

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

***MODELO DE FORMACIÓN GERENCIAL EN SERVICIOS DE SALUD
CONSIDERANDO EL DERECHO MÉDICO***

**Trabajo de Grado que se presenta como requisito parcial para optar al
Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud**

Autor: Dra. Alexandra Guayana

Tutor: Dr. Augusto Peñaloza

Caracas, Mayo de 2008

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado *Modelo de Formación Gerencial en Servicios de Salud Considerando el Derecho Médico*, presentado por la ciudadana **ALEXANDRA GUAYANA SÁNCHEZ**, para optar al Grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, considero que dicho Trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los 4 días del mes de Marzo de 2008

Dr. Augusto Peñaloza
CI: 2960438

INDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: EL PROBLEMA	11
1.1. Contextualización y delimitación del problema	11
1.2. Interrogantes de la Investigación	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	17
1.4. Justificación de la investigación	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la Investigación	20
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1. Marco Legal	26
2.2.2. Modelos Gerenciales	28
2.2.3. Funciones gerenciales en el sector salud	38
2.2.4. Derecho médico y responsabilidad gerencial	40
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	42
3.1. Tipo y diseño de investigación	42
3.2. Población y muestra (Unidades de análisis)	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información	45
3.4. Procedimientos	48
CAPITULO IV:PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
4.1. Revisión y análisis de regulación	50
4.2. Revisión de sentencias	102
4.3. Encuesta de opinión.....	149

4.4. Lineamientos para el Desarrollo de un Modelo de Formación Gerencial basado en el Derecho Médico	167
4.4.1. Objetivos.....	168
4.4.2. Participantes	169
4.4.3. Estructuración temática	169
4.4.4. Perfil del egresado.....	175
4.4.5. Modalidad y duración.....	175
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	176
REFERENCIAS	179
ANEXOS	183
01 Modelo de encuesta de opinión	184
02 Formato evaluación de confiabilidad.....	186
CURRICULUM VITAE.....	189

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	pp.
1. Distribución de sentencias por años de presentación.....	146
2. Proporción de encuestados que conoce el concepto de Derecho Médico	152
3. Proporción de encuestados que ha escuchado el término Derecho Médico	153
4. Proporción de encuestados que ha asistido a algún curso de Derecho Médico	154
5. Proporción de encuestados interesados en participar en un curso de formación en Derecho Médico	155
6. Proporción de encuestados que considera inútil la realización de un curso de formación en Derecho Médico	156
7. Proporción de encuestados que considera útil el conocimiento y manejo de los conceptos de Derecho Médico	157
8. Proporción de encuestados que considera aplicables los conceptos al quehacer diario	158
9. Proporción de encuestados que considera factible la realización de los conceptos al quehacer diario	159
10. Proporción de encuestados que considera importante el conocimiento del Derecho Médico para los profesionales de Venezuela	160
11. Proporción de encuestados que conoce el código de ética de su profesión	161

12. Distribución de los encuestados según profesión	162
13. Distribución de los profesionales según lugar donde laboran	163
14. Distribución de los profesionales según tipo de cargo	164
15. Distribución de los profesionales según tipo de entidad	165
16. Distribución de los profesionales según edad.....	166

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

**MODELO DE FORMACIÓN GERENCIAL EN SERVICIOS DE SALUD
CONSIDERANDO EL DERECHO MÉDICO**

Autor: Alexandra Guayana
Tutor: Dr. Augusto Peñaloza
Fecha: Mayo de 2008

RESUMEN

El presente trabajo aborda una temática de importancia en la actualidad para las Instituciones de Servicios de Salud de Venezuela, que hoy por hoy tanto en el ámbito público como privado, requieren ser dirigidas por profesionales de la salud con formación gerencial, que puedan garantizar su funcionamiento eficiente y proyección al futuro. Dentro del desarrollo de sus funciones, los Gerentes se encuentran enfrentados en su quehacer diario a una serie de factores de riesgo legal, por sus actuaciones directas y por las de sus subordinados, sumado al creciente número de demandas médicas presentadas en la actualidad; motivo por el cual este estudio tiene como propósito, formular los lineamientos de un Programa de Formación Gerencial, para Líderes del Siglo XXI del sector salud, basado en el Derecho Médico, con el fin de brindar una serie de conocimientos, que le permita a este grupo de profesionales desempeñar su labor de una manera eficiente y segura. Para construir los lineamientos, se realizó primero una revisión de la regulación legislativa existente en Venezuela, para establecer los deberes y responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas, y de moral pública, de los encargados de liderar y prestar servicios de salud; posteriormente, se revisaron sentencias en el campo de la salud, estableciendo algunos de los eventos de mayor riesgo legal, y finalmente, se aplicó un instrumento de sondeo para conocer la opinión de los profesionales Venezolanos, acerca de la necesidad, aplicabilidad y utilidad de los conceptos del derecho Médico en su trabajo cotidiano. Con lo anterior, se establecieron los lineamientos generales, del programa, incluyendo objetivos, propuesta temática, y perfil del egresado, con lo cual se espera aportar conocimientos importantes para el grupo de profesionales de la salud que ocupe posiciones directivas en Instituciones Venezolanas, ya que en el país no existe actualmente ningún programa con estas connotaciones.

Descriptor: Derecho Médico, Gerentes, Servicios de Salud, Demandas, Riesgo legal, Responsabilidad, Programa Formación

INTRODUCCIÓN

Existen varias definiciones de Derecho Médico, en las cuáles se establece la naturaleza jurídica de la relación médico-paciente, ofreciendo un entendimiento de los principios de la responsabilidad legal médica, referidos a la obligación de reparación, resarcimiento e indemnización por aquellos daños sufridos como producto de la actividad profesional médica. De otra parte existen también las responsabilidades de diferente índole (civiles, penales, administrativas, etc.), y los riesgos a los que se ven enfrentados aquellos profesionales que ejercen labores directivas en Instituciones de Salud, que obligan muchas veces a ejercer una “medicina defensiva”, ante el creciente número de demandas que se presentan día a día.

El grupo de profesionales de la salud no conoce o no brinda la suficiente importancia, al conjunto de acciones de tipo jurídico en los que se pueden ver involucrados en su quehacer diario, y no maneja suficientemente bien los conceptos, ignorando incluso la responsabilidad que tienen por cada una de las actuaciones de sus subordinados, independientemente del tipo de vinculación que posean con la entidad prestadora de servicios de salud.

De poseer el Gerente una serie de conocimientos en el área del Derecho Médico o Sanitario, podría desempeñar su labor de manera más eficiente y segura, con claros beneficios para él, sus colaboradores y por su puesto para la Institución que tenga a cargo.

Derivado de lo anterior, con este estudio se propone realizar una revisión profunda de la materia existente en Derecho Médico o Sanitario, y plantear los lineamientos para el establecimiento de un Modelo de Formación Gerencial para Líderes de Instituciones de Salud en el País.

Existe en la literatura mundial suficiente información publicada en la materia, que se apoyará con la revisión de la legislación existente en el País

y se complementará con el estudio de los diversos modelos gerenciales que se han desarrollado a lo largo de la historia, muchos de los cuáles han sido implementados en el sector salud.

El estudio contiene elementos de tipo documental y de campo, teniendo un alcance esencialmente de tipo descriptivo. Se realizó en cuatro fases; en la primera de ellas se llevó a cabo una revisión de tipo documental, utilizando datos de tipo secundario, que corresponden a la regulación legislativa existente en la actualidad en Venezuela, describiendo en cuáles de ellas se hace referencia a los deberes y responsabilidades de las personas que ejercen labores Gerenciales en organismos de salud y posteriormente haciendo una aplicación práctica de estos conceptos, en su labor cotidiana, gerencial y administrativa. La segunda, también de tipo documental, en la cual se revisaron sentencias de otros países, con el fin de realizar una aproximación o predicción de los eventos que mayor riesgo legal y frecuencia de presentación pueden tener. En la tercera fase, se realizó un estudio de campo, en donde se aplicó una encuesta de opinión entre 50 profesionales de la salud, para establecer su percepción con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de un programa de formación basado en el Derecho Médico o Sanitario. Con lo anterior, en la cuarta y última fase se organizó el conocimiento y se establecieron los lineamientos del programa.

Este trabajo ha sido dividido en cinco grandes capítulos. En el primer capítulo se realiza la contextualización y delimitación del problema, se plantean los interrogantes de la investigación, junto con el objetivo general y los específicos, y se realiza la justificación de la investigación. El segundo capítulo abarca los antecedentes y las bases teóricas de la investigación. El capítulo tercero, que aborda el marco metodológico, incluye el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de la información y procedimientos. En el cuarto capítulo se presentan y analizan los resultados de las primeras tres etapas y se construyen los lineamientos del programa de formación gerencial, y en el

quinto capítulo se enuncian las conclusiones y recomendaciones. Todo soportado con las referencias bibliográficas que se presentan en la parte final.

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1. Contextualización y delimitación del problema

En la actualidad, existe la necesidad de que las Instituciones Sanitarias sean dirigidas por profesionales de la salud con formación Gerencial, cuya finalidad como cabezas de organizaciones de características empresariales, consiste en lograr resultados positivos, cuantificables desde los puntos de vista médico-asistencial y económico, con el objeto de asegurar el funcionamiento adecuado de la institución y su proyección al futuro, para beneficio general (Malagón-Londoño, Galán, Pontón, 1996). Son muchas las funciones que debe desarrollar un Gerente de servicios de salud, tanto hacia el exterior de la organización, en lo referente a las actividades que realiza con la Junta Directiva, altos funcionarios y la comunidad; como hacia el interior con los funcionarios en cada una de las labores administrativas (Planeación, dirección, organización, control, manejo de personal, etc.) y en las actividades relacionadas con la atención asistencial (pacientes y sus familias).

Dentro del desarrollo de estas funciones, el Gerente se encuentra frente a una serie de factores de riesgo legal, entre las que pueden mencionarse: (1) Responsabilidad objetiva institucional: relativos a los daños causados a los usuarios de los servicios por el ilícito de sus dependientes, de las cosas, instrumentos o equipos bajo su guarda. (2) Daños derivados por incumplimiento del contrato hotelero: derivados de insumos, de los servicios, de las comidas, del transporte y traslado de pacientes dentro de la institución

o fuera de ella, etc. (3) Mandato: el mandatario responde no solamente del dolo, sino también de la culpa de la ejecución del mandato. (4) Responsabilidad solidaria de los administradores: por la ejecución de las decisiones de la asamblea, y en general, del exacto cumplimiento de los deberes que le impone la ley y los estatutos sociales de la empresa, (5) Falsa certificación: ocurre no solo cuando él sino alguno de los médicos que están bajo su supervisión, falsea datos relativos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con el fin de lograr una mayor cobertura o cancelación de gastos por parte de las empresa aseguradoras, compañías de medicina prepagada, etc. Estas son solo algunas de las situaciones a las que se enfrenta día a día, y que conllevan a una responsabilidad de tipo civil y/o penal.

El Sector de la Salud, con todo el complejo de interrelaciones que generan sus funciones no sólo de restauración, sino también de protección del estado de salud de las poblaciones humanas mediante acciones de prevención, ha desarrollado un conjunto de normas que constituyen, sin duda, una rama del Derecho con características definitorias de muy amplio espectro. Sin embargo, no existe una anuencia en el ámbito internacional sobre el tema, pues las diferencias en la concepción y ejercicio de la Medicina en los diversos sistemas sociales dificultan la uniformidad de una doctrina el respecto.

La actividad del profesional de la salud en el desarrollo del arte de curar es, en la actualidad, objeto de interés creciente. El acceso a la comunicación hace que la práctica médica sea cuestionada continuamente, lo que deriva en acciones judiciales que intentan encontrar responsabilidad ante eventos calificados de adversos. Por ello, legislación, jurisprudencia y doctrina se ocupan cada vez más del tema.

En las sociedades de consumo, donde el ejercicio de la Medicina deviene con mayor frecuencia en forma usual de enriquecimiento, los médicos se protegen cada vez más de las reivindicaciones de los pacientes y

se ejerce una ya denominada "Medicina defensiva" con perjuicio en el tratamiento particularizado del enfermo, lo que ha originado el desarrollo, en mayor o menor grado de definición, de un conjunto de disposiciones, resoluciones o leyes del llamado Derecho Médico, cuya delimitación y objetivos, preocupa a los especialistas de distintas ramas jurídicas.

Los albores del siglo XXI sorprenden a la humanidad con un alto grado de desarrollo médico si se compara con lo que ofrecía la Medicina a sus pacientes hace sólo 100 años. Sin embargo, resulta paradójico que cuando la ciencia médica ofrecía poco para los pacientes, los castigos y los juicios por mala práctica eran excepcionales, y hoy que los médicos pueden poner a disposición de los pacientes recursos y soluciones mucho más efectivas, el número de juicios legales, en lugar de ser una excepción es infinitamente mayor, y Venezuela no escapa a este fenómeno.

En el referido contexto, el Derecho Médico, Derecho Sanitario o Derecho Laboral Médico se constituye en una referencia de especial pertinencia en el ejercicio de la actividad profesional médica con extensión a los gerentes de los centros asistenciales de salud (Aguar-Guevara, 2001; Domínguez, 2003; Rodríguez, 2004).

Existen varios conceptos de Derecho Médico, entre los cuáles pueden mencionarse (Castaño, 2006):

- "Rama autónoma del Derecho que regula la actividad del médico, en su ejercicio profesional, la relación médico-paciente y las consecuencias derivadas de esta", según Celia Giglio.
- "Es la parte del ordenamiento jurídico referida al ejercicio de la profesión médica y, por asimilación, de otras profesiones sanitarias o no vinculadas directamente con la salud", refiere Carlos María Romero Casabona.
- "Es una nueva forma de estudiar jurídicamente las consecuencias del desarrollo, aplicación y práctica de las ciencias de la salud en el ser humano", define Enrique Varsi.

- “La rama del derecho que estudia las relaciones de los profesionales de la salud (médicos y no médicos) entre sí, con los usuarios de los servicios sanitarios (públicos y privados), con el sistema de salud y, de un modo más general, las relaciones entre las ciencias de la salud y la sociedad”, anota Hugo Rodríguez Almada.

Según el Doctor Rafael Aguiar-Guevara (2001), el Derecho médico “*Es el conjunto de normas jurídicas y preceptos ético morales, de carácter Público y Privado, que regulan la actividad del médico con motivo del ejercicio de su profesión, la relación jurídica médico-paciente y las consecuencias derivadas de la misma; estableciendo así los principios generales de la responsabilidad legal médica*”. Se establece entonces, según lo refiere el mismo autor, la naturaleza jurídica de la relación médico-paciente, y una vez así constituida, ofrece un amplio entendimiento de los principios fundamentales de la responsabilidad legal médica, especialmente referidos a la obligación de reparación, resarcimiento e indemnización por aquellos daños sufridos como producto de la actividad profesional médica.

El grupo médico y en general el de los profesionales de la salud en Venezuela no conoce o no brinda la importancia suficiente, al conjunto de acciones de tipo jurídico en los que pueden verse involucrados en su quehacer diario, y el número de eventos a los que se ven enfrentados diariamente que los pone en riesgo legal y en desventaja ante una presunta demanda. Por otra parte el grupo de directivos o gerentes, no maneja suficientemente estos conceptos, ignorando además la responsabilidad que tienen por cada una de las actuaciones de sus subordinados, independientemente del tipo de vinculación laboral que posean con la entidad prestadora de servicios de salud.

De poseer el Gerente una serie de conocimientos en el área de Derecho Médico o Derecho Sanitario, como se ha denominado en otras latitudes, podría desempeñar su labor de una manera más eficiente y segura, en donde se protegería no solo él sino su grupo de colaboradores, pudiendo

crear los procesos y procedimientos para evitar o minimizar los riesgos, con la capacidad de orientar y capacitar al resto de funcionarios en estos temas que cobran cada día más relevancia, frente por ejemplo al creciente número de demandas. En Estados Unidos, se estimó una frecuencia en 1979 de una demanda por cada ocho médicos, a una por cada cinco en 1983 (Aguilar, 2001), registrando su mayor volumen en la década de los 90, con un pico en el año 2001; estimando que entre 1994 y el 2003, solamente en el estado de Massachusetts, 1 de cada 15 médicos ha hecho algún pago por una demanda, dentro o fuera de la corte, con costos que ascienden a los 119 millones de dólares en el 2003, con un incremento en los costos de seguros para médicos de hasta el 11% en las especialidades de mayor riesgo como gineco-obstetricia o neurocirugía. (Allen, 2004). A su vez, se lograría mejorar la situación de atención asistencial, pues al implementar procedimientos como el consentimiento legítimamente declarado, en donde se requiere establecer una relación de tipo horizontal entre el médico y el paciente, para explicar e informar de una serie de situaciones con respecto a los tratamientos o procedimientos que se van a realizar, se establece una relación de confianza, en donde se brinda una información oportuna y veraz. Este por citar solo un ejemplo de lo que puede obtenerse con el manejo gerencial de los principios del derecho médico.

Derivado de lo anterior es que se pretende con esta investigación, realizar una revisión profunda de la materia existente en Derecho Médico o Sanitario, y plantear unos lineamientos para el establecimiento de un modelo de formación para gerentes del siglo XXI, basado en estos principios; lo cual va a crear un perfil de liderazgo con la capacidad de establecer las directrices de funcionamiento de las Instituciones, con mayor conocimiento y poder de orientación hacia las diferentes esferas de la organización asistencial de salud.

El conocimiento recopilado y organizado en esta investigación será de gran importancia para el gremio médico y demás personal asistencial que

ocupa posiciones directivas de diversos niveles en los centros de atención en salud tanto públicos como privados, pudiéndose aplicar a los programas docentes de formación gerencial existentes o creando nuevas propuestas.

1.2. Interrogantes de la Investigación

- ¿Qué aspectos debe abarcar los lineamientos para el desarrollo de un modelo de formación gerencial basado en el Derecho Sanitario?
- ¿Qué importancia tendría la aplicación de un programa teórico-práctico de este tipo, para el grupo de profesionales de la salud en Venezuela?
- ¿Qué factibilidad existe en su aplicación en Venezuela?
- ¿Cuáles serían los requerimientos para la realización del modelo?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Formular los lineamientos con miras al establecimiento de un Modelo de Formación Gerencial, para líderes del siglo XXI del Sector Salud Venezolano, basado en el Derecho Médico.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar la regulación legislativa existente acerca de los deberes, y responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas y de moral pública, de los encargados de liderar y prestar servicios de salud en Venezuela.
- Determinar los eventos de mayor riesgo legal que acompañan la prestación de servicios de salud de Venezuela y de ser posible, estimar su frecuencia de presentación.
- Determinar la opinión y conocimiento de los profesionales de la salud de algunas instituciones públicas y privadas de Venezuela, con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad, de los conceptos del Derecho Médico en su trabajo cotidiano.
- Organizar los conceptos necesarios y suficientes, para establecer los lineamientos de un programa de formación y liderazgo que abarque los más relevantes aspectos médico-legales, que cualquier gerente de servicios asistenciales de salud en Venezuela debe conocer y manejar adecuadamente, para lograr resultados eficientes, de calidad y con minimización de los riesgos.

1.4. Justificación de la investigación

La idea que se plantea en la presente investigación es novedosa, y se establece como una respuesta ante una necesidad creciente en el país, en donde cada vez se incrementa el número de demandas médicas, no contando actualmente con estadísticas locales, pero apoyándose en datos de otros países como Inglaterra, en donde se registraron en 1985 una magnitud

de demandas por negligencia médica de £679.264 (744.466.800 aproximadamente), pero que desde entonces han sido duplicadas (Aguiar, 2001), o cifras más recientes de Estados Unidos, en donde los costos legales son del orden de \$27,000 dólares por demanda, por pagos y juicios de \$4.4 billones de dólares, y por seguros \$700 millones de dólares; siendo un 50% mayores que en Inglaterra o Australia y 35% más que en Canadá, países en lo cuáles también se genera un gran impacto (Reportado por Kurt Andersen, 2005); por tanto el conocimiento de estos temas le permitirá al Gerente establecer un sistema de control para disminuir riesgos y con esto generar menores costos de la no calidad, como correspondería por ejemplo a los pagos por demandas o litigios.

En la literatura revisada se encontró que no existe un programa de formación gerencial para líderes del sector salud con base en el Derecho Médico; tan solo se incluye como una asignatura en diferentes estudios de postgrado, o de otra parte, hay una gran oferta de estudios de especialización y maestría en Derecho Médico en varios países como Colombia, Argentina, España y Australia entre otros , dirigidos a diferentes tipos de profesionales – especialmente médicos y abogados-, cuyo fin es lograr un mejor desempeño en su campo de trabajo, apoyado en el conocimiento de la normatividad y los principios generales del Derecho Médico, pero brindándole un campo de acción y un rol limitado en el quehacer particular, sin establecer la real magnitud de lo que comprende este tema, que abarca transversalmente el quehacer diario de un Gerente de servicios de salud, no solo en Venezuela, sino en cualquier institución en cualquier parte del mundo, que pretenda lograr las metas de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad.

Así pues, se considera que esta investigación se justifica, en la medida en que se podrá presentar un modelo de formación para Gerentes de Servicios de Salud, apoyado en la experiencia acumulada en varias latitudes, en donde la realidad ha llevado a realizar una actividad asistencial y

administrativa de tipo defensivo, lo cual no está muy lejos de nuestra realidad; brindándole al grupo de profesionales interesados además de la concientización de su necesidad, los elementos necesarios para desarrollar su sistema de control preventivo en nuestro país, que además se encuentra en proceso de transformación de su sistema de salud, lo cual traerá cambios y necesariamente oportunidades para aquellos profesionales que cuenten con la capacitación.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Dentro de la revisión sistemática que se realizó, para establecer los antecedentes en el tema que atañe a la presente investigación, se mencionarán inicialmente dos Trabajos de grado del Curso de Especialista Universitario en Derecho Sanitario y Bioética de la Universidad de Murcia (España), y posteriormente dos estudios realizados en Colombia y publicados en la Revista Médico Legal.

El primero de ellos, fue realizado por Francisca Isabel Fernández Zapata (Noviembre 2005), titulado *Responsabilidad Sanitaria: análisis de la jurisprudencia civil y penal en la Región de Murcia*. La Autora menciona inicialmente cómo los supuestos de responsabilidad sanitaria han experimentado un incremento paulatino a lo largo del tiempo, en proporción directa con el progreso de la ciencia médica y de sus técnicas más usuales. Los problemas derivados de esta situación, se ubican en un lugar prominente en Jurisprudencia y en la ciencia médica, pudiendo derivar en responsabilidades de tipo contractual (secundarias a las obligaciones adquiridas en el momento del establecimiento de la relación médico-paciente), o extracontractuales (por acción u omisión culposa o negligente, cuando no existe contrato alguno). Se plantea entonces como objetivo del trabajo, el realizar una semblanza del panorama jurisprudencial de los tribunales del orden civil y penal de la Región de Murcia, en materia de

responsabilidad sanitaria, recogiendo algunas de las sentencias más significativas, tanto en la vía civil como penal, de tipo absolutorio y condenatorio. Se realizó entonces la revisión, presentación y análisis de 74 sentencias, entre los años 1992 y 2004, presentando como conclusiones, que existe un incremento en la litigiosidad en materia de responsabilidad sanitaria en Murcia, lo cual lleva a que el personal sanitario exprese una profunda preocupación, debido a que la medicina por no ser una ciencia exacta no puede garantizar los resultados, y que prácticamente cualquier paciente que no esté satisfecho con su tratamiento podrá interponer una demanda; ante lo cual se interpone la doctrina sentenciada por el Tribunal supremo, en donde promulga que la obligación en la ciencia médica es de medios y no de resultados. Y finalmente plantea la recomendación, de que debe extremarse la precaución a la hora de juzgar las demandas por responsabilidad del personal sanitario, evitando acudir a la vía penal.

El segundo estudio, realizado por Gines Madrid García (Noviembre de 2005), publicado en la misma dirección electrónica del estudio anterior, se titula *Situación Actual del Ejercicio de la Radiología en España, bajo el punto de vista Médico-Legal*. La Autora inicialmente plantea que el Radiodiagnóstico es una especialidad médica que ha sido regulada ampliamente desde el punto de vista legal en todo el mundo, en lo que se refiere a aspectos técnicos y en lo que respecta estrictamente al ejercicio profesional. Menciona además que es una actividad con un impacto decisivo en el ejercicio de la medicina, puntualizando que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), establece que en los países desarrollados, el 80% de las decisiones médicas se toman con la ayuda de la radiología; y finaliza la introducción expresando que en Estados Unidos, la radiología se está situando dentro de las especialidades que mayores demandas está presentando, por aspectos de radioprotección, como por casos de errores en el diagnóstico. En el trabajo entonces se establecen como objetivos a desarrollar, realizar una revisión de la situación actual del ejercicio de la

radiología como especialidad médica y presentar un soporte legal del ejercicio de la especialidad en España, para finalmente establecer unas recomendaciones para un ejercicio profesional sin riesgos legales, los cuáles comprenden aspectos de Lex Artis, en donde establece cómo en el caso de la Imagenología, la Doctrina de la obligación de medios y no de resultados, no es aplicable, dados los avances y precisión de los equipos existentes; exaltando la importancia del consentimiento informado, como medio de prevalencia del principio de autonomía del paciente, y finalmente lo correspondiente, a la responsabilidad de tipo civil, penal y patrimonial. Culmina su trabajo, anotando que el 40% de los radiólogos durante el desarrollo de su ejercicio profesional, se verán enfrentados a un juicio por malpraxis, en donde las causas más frecuentes son errores en diagnóstico, complicaciones en procedimientos, fallas en la realización o ausencia del consentimiento informado e informes no tramitados correctamente.

El tercer estudio revisado fue realizado por la Doctora Gloria Astrid Carmona, de la División Científica SCARE (Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación), publicado en la Revista Medico-Legal, Volumen 1 de 2006, titulado *Casos de Responsabilidad Médica en Parto Instrumentado*. Inicia el artículo con una breve introducción teórica, empezando con la definición de parto complejo: el que requiere de apoyo instrumental, ya sea con Fórceps, Espátulas, o la ventosa conocida también como vacuum extractor. Anota que en diferentes estudios se ha descrito que existe diferencia estadísticamente significativa en las lesiones maternas y fetales cuando se comparan los diferentes instrumentos. En Estados Unidos, el fórceps es el instrumento más empleado, aunque su uso está disminuyendo. En la mayoría de los países de Europa y Asia la ventosa obstétrica es el instrumento preferido. Las espátulas se utilizan en España, Francia, Bélgica y algunos países sudamericanos como Colombia y Chile. En el estudio se revisaron 16 asesorías de responsabilidad médica realizadas por la División Científica de SCARE relacionadas con la atención de parto instrumentado

entre los años de 1994 y 2005. Se revisaron un total de 13 casos, encontrando en 4 casos que no se cumplen con los requisitos exigidos para la instrumentación. En las madres los desgarros vaginales y el trauma craneoencefálico en el recién nacido, fueron las principales complicaciones presentadas. Las espátulas fueron el instrumento empleado con mayor frecuencia. En los 13 casos fueron involucrados 16 profesionales en las acciones de responsabilidad: 2 médicos generales, 12 ginecólogos y 2 residentes de ginecología. En un mismo caso se comprometieron 3 profesionales y en otro 2. Los tipos de procesos jurídicos, se distribuyeron en: 8 penales, 4 éticos, 1 civil. Luego de esta revisión se presentan algunas conclusiones y recomendaciones de relevancia para el cuerpo médico, estableciendo en primera instancia que el uso de la instrumentación de parto es un procedimiento válido que requiere del adecuado entrenamiento por parte del profesional que lo va a utilizar, y que secundario a su utilización pueden presentarse riesgos tanto maternos como para el recién nacido, que varían de acuerdo a cada paciente. De todas formas, se enfatiza en la importancia de una buena relación médico - paciente, que permite mantener una comunicación dinámica que aclare cualquier inquietud que se presente. Otro aspecto fundamental con relación a las deficientes descripciones del procedimiento de instrumentación en la historia clínica, que dificultan probar la relación entre ésta y el perjuicio demandado; recordando por tanto la importancia del registro de la historia clínica. Finalmente reiterar la importancia de la información a la paciente sobre los procedimientos que se le van a realizar, así como sus riesgos, y dejar constancia de ello en la historia clínica, pues es claro que todo procedimiento puede generar complicaciones, como el caso del parto instrumentado.

El cuarto estudio fue realizado por la Doctora Nathalie Marulanda, quien pertenece también a la División Científica de SCARE-FEPASDE (Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación – Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas) y cuyo artículo *Descripción de las*

características de casos de responsabilidad médica en Pediatría, se publicó en la revista Medico-Legal volumen 2 de 2005. Inicialmente se plantea que la frecuencia de los juicios por mala práctica contra los pediatras ha sido creciente y sostenida, y se aceleró en los últimos años, presentando cifras de diferentes países alrededor del mundo. En cuanto a los datos de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE-FEPASDE), para el año 2001, las demandas en pediatría ocuparon el décimo lugar en frecuencia, frente a otras especialidades. Para este último año, la frecuencia de demandas en esta especialidad ocupa el octavo lugar. En el presente estudio se revisaron 43 casos de responsabilidad médica en pediatría atendidos por la división científica de la SCARE-FEPASDE (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas), entre 1999 y 2004, encontrando que los procesos penales ocuparon el primer lugar en la forma de reclamación y la atención al recién nacido fue el principal motivo de atención en los casos evaluados; la causa más frecuente de las complicaciones se presentó por la condición clínica del paciente, en el área de hospitalización. Importante destacar que en la mayoría de casos no se encontró culpa por parte del profesional. Posterior a esto emiten algunas recomendaciones; debido a que la atención neonatal es el motivo de consulta más involucrado en las reclamaciones, donde las expectativas de vida hacen en ocasiones complejo su manejo, no solo médico sino emocional para los padres, es por lo tanto la comunicación con la familia un hecho primordial, al igual que con cualquier menor de edad. El trabajo en equipo hace que la responsabilidad sea individual para cada profesional, por lo tanto cada cual basado en su propia actividad, será quien responda ante una atención específica. Aunque los casos pueden presentarse en cualquier servicio, el área hospitalaria junto con urgencias son los principales lugares donde se observan situaciones que pueden generar procesos de responsabilidad médica en pediatría. El seguimiento de protocolos y guías de manejo es muy importante para avalar los diferentes

procesos en salud. Es imprescindible tener en cuenta que la historia clínica es el principal elemento para la adecuada defensa de nuestras actuaciones médicas. Nuestros resultados mostraron una calidad media en las historias clínicas, lo cual en varios casos dificultó la sustentación de los actos profesionales. Nuestra recomendación para este punto es no olvidar registrar todo lo concerniente al acto médico, así como el deber de información ético que nos corresponde.

Los estudios referidos anteriormente muestran solo algunos ejemplos de la creciente atención que ha generado el tema de la responsabilidad del personal sanitario frente a sus actuaciones, de importancia fundamental para el Gerente de los servicios de Salud, porque como se mostraba en los párrafos anteriores, se ve reflejado en cualquier tipo de especialistas, clínicos, quirúrgicos, intervencionistas (radiología), pero que también cobija a todos aquellos que en cualquier momento tienen relación con los pacientes, como es el caso del personal de enfermería, farmacéuticos, bioanalistas, etc. que hacen parte de la comunidad hospitalaria que están bajo la dirección del Gerente, quien además debe establecer una serie de políticas relacionadas entre otras con el fortalecimiento de una adecuada relación médico paciente, que establezca una información completa, adecuada, oportuna, que respeta el principio de autonomía de voluntades (a través del consentimiento informado), que genere un adecuado registro de las acciones en la Historia Clínica, que trabajen de acuerdo con unos protocolos o guías de manejo que garanticen una atención de calidad, etc., pero que además no desconozca que existe una responsabilidad solidaria de los administradores, en donde el Gerente va a responder por todo aquello que realicen los funcionarios que estén a su cargo. De ahí que estos cuatro estudios aportan información importante, para obtener algunos elementos que puedan incorporarse en los lineamientos que debe contener el Modelo de Formación Gerencial que se pretende realizar con el presente estudio, y ratifica la importancia y magnitud del tema que se está desarrollando en la investigación.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Marco Legal

De importancia en el contexto de la presente investigación, es tener como marco de referencia el conjunto de normas de carácter específico y general que constituyen las fuentes del Derecho Médico, y que se enumeran a continuación.

2.2.1.1. De carácter específico

a) Específico principal

- Ley de Ejercicio de la Medicina, Bioanálisis, Enfermería, Odontología y Farmacia
- Código de Deontología Médica y códigos de ética de las diferentes profesiones

b) Específico accesorio:

- Ley orgánica de Salud
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social
- Ley Sobre Trasplante de Órganos
- Código de Instrucción Médico Forense
- Ley Orgánica del Poder Judicial
- Ley de Inmunizaciones
- Ley sobre Transfusiones y Bancos de Sangre
- Ley de Defensa contra Enfermedades Venéreas

- Reglamento Orgánico de la Superintendencia del Subsistema de Salud
- Ley Orgánica contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
- Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente
- Ley de Medicamentos
- Resoluciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como son:
 - Reglamento de Quirófanos
 - Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria de los Servicios Médico-Asistenciales Públicos y Privados
 - Normas que establecen los Requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Quirófanos de los Establecimientos de Salud Médico-Asistenciales Públicos y Privados
 - Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias
 - Reglamento Orgánico de la Superintendencia del Subsistema de Salud

2.2.1.2. Carácter general

- a) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
- b) Código Civil
- c) Código Penal
- d) Código Orgánico Procesal Penal
- e) Ley Orgánica del Trabajo y su Reglamento
- f) Ley del Estatuto de la Función Pública

- g) Ley Orgánica de Protección, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo y su Reglamento
- h) Ley de Abogados
- i) Ley contra la Corrupción
- j) Ley Protección al Consumidor y Usuario
- k) Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- l) Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal

Las fuentes anteriormente citadas corresponden a cuerpos normativos debidamente legislados que en una forma específica o general, regulan directa o indirectamente tanto la medicina como el ejercicio profesional médico. Este marco normativo regula la profesión médica, le da el carácter y naturaleza jurídica a la relación médico-paciente, las consecuencias que de esa relación se derivan y establece los pilares fundamentales de la responsabilidad legal médica, pudiendo adicionalmente para aquellas otras profesiones del área de la salud, sustituir las leyes particulares del ejercicio de cada profesión, y aplicar las de carácter general cuando sea posible (Aguiar-Guevara, 2001). De ahí que deban ser conocidas y analizadas durante el proceso de formación de cualquier Gerente de Servicios de Salud.

2.2.2. Modelos Gerenciales

El concepto de que el proceso de la Administración es un Ciencia Social compuesta de principios técnicos y prácticos, cuya aplicación en conjuntos humanos, permite establecer sistemas racionales de fuerza

cooperativa, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr, es aplicable a cualquier institución y/o Empresa.

El conocimiento, la comprensión y el dominio del proceso de administración, así como el desarrollo de habilidades para acometer el trabajo multidisciplinario de la Dirección, forma parte de las herramientas para alcanzar la calidad y eficiencia en cualquier entidad.

La aplicación de los métodos y técnicas de gestión para la solución de los problemas reales con los recursos disponibles, requieren de dirigentes capaces que teóricamente estén familiarizados con los distintos modelos de gerencia.

La comprensión de los modelos de Gerencia del pasado, el análisis de los presentes, constituyen desafíos al hombre como eslabón fundamental de los equipos de dirección y para ellos, un factor importante es el perfeccionamiento y actualización de los conocimientos científicos, los métodos y las técnicas de Dirección afines a las funciones que deben ejecutar como miembro de ese equipo de trabajo.

Al analizar el desarrollo Gerencial, desde la aparición del Capitalismo hasta la actualidad se puede observar varios cambios sustanciales en los métodos, técnicas y estilos de dirección que transcurren en un período relativamente breve si se compara con la propia existencia de la humanidad.

A continuación se presentan algunos de los conceptos más importantes de algunos de los modelos más representativos a lo largo de la historia (Hernández Rodríguez, 2005):

TAYLORISMO

Frederick W. Taylor fue un Ingeniero Mecánico Inglés cuyo método se basó en el estudio del tiempo, la supervisión y la estandarización. Por ejemplo, el movimiento de los trabajadores en su puesto de trabajo. En este modelo se utilizan algunas técnicas de planificación, aplicación de la Teoría

de la Administración, el Sistema de Rutas, el uso de Reglas de Cálculos, entre otros. Algunas de sus características más importantes son:

- Idea de tarea en Administración
- Bonificación por exitosos cumplimientos
- Sistemas modernos de costos.
- Sistema nemotécnico para clasificar productos manufacturados.

Con Taylor se da inicio a la Organización Funcional, en el cambio al siglo XX, pero se considera al hombre como un apéndice de la máquina.

FAYOL

Henry Fayol fue un Ingeniero Francés, que considera la administración como un proceso, como operaciones: Técnicas- Componentes – Seguridad- Finanzas –Contabilidad. Establece las funciones (Prever, Organizar, Dirección, Coordinación y Control) y principios de la administración, que surgió durante principios del Siglo XX.

Principios de la administración:

- a. Principio de especialización
- b. Principio de la Unidad de Dirección
- c. Principio de Autoridad y responsabilidad
- d. Principio de Cadena Escalonada

Plantea adicionalmente que un dirigente o líder, debe poseer ciertas características como son: conocimiento completo del personal, eliminar al incompetente, crear un buen equipo, estar informado de los acuerdos entre empresa y trabajador, realizar auditorias periódicas de la organización

Da una panorámica más completa de la administración, valorando la importancia del ejemplo, sin embargo tampoco le da la relevancia que merece el aspecto humano.

ELTON MAYO

Este autor planteó las Teorías de las Relaciones Humanas, en donde se consideran ciertas características como son:

- Influencia de las Condiciones Psíquicas del trabajador en la productividad.
- Idea Inicial: Relación directamente proporcional entre la psiquis y la productividad.
- Organización Informal: Grupos con poder por ejercer influencia y aumentar la productividad.

Entre sus aportes más importantes están, la concepción de la Empresa como Sistema Social, el establecimiento de roles que pueden ser diferentes a la organización formal, la incorporación de la motivación del ser humano y el postulado de que la satisfacción en el trabajo da aumento de la productividad.

ENFOQUE EN SISTEMAS

Su puesta en marcha se atribuye al biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy, quien acuñó la denominación a mediados del siglo XX.

Un sistema se define como un conjunto de elementos o actividades interrelacionadas para lograr un objetivo. Cuenta con una entrada, realiza un proceso, que es una secuencia de pasos en los cuales algo se modifica para producir un resultado, y entre la salida y entrada existe retroalimentación.

Como aportes importantes se encuentra: todos los procesos están reglamentados, las medidas adaptadas son para alcanzar un propósito no son el fin, toda organización tiene que tener reglas, lo particular se guía por lo general y el Administrativo coordina con los Subsistemas y con el Entorno

MODELO BUROCRATICO DE MAX WEBER

Establece que las relaciones personales se vuelven interpersonales, teniendo entonces como principio la interpersonalidad. No apoya la

autocracia. Es un tipo de organización. Entre los aportes más importantes pueden mencionarse:

- Especialización de las funciones .Revisión del trabajo basado en esto.
- Jerarquía de la autoridad muy bien definida.
- Sistema de reglas: Especificar Derechos y obligaciones.
- Sistema de procedimientos para controles de situación de trabajo.
- Sistema de promoción : Selección de los trabajadores, según competencia técnica
- Poder (autoridad), que puede ser de tres tipos: a.) Tradicional: La que se hereda o se trasmite; b.) Carismático: Rasgo de la Personalidad, y c.) Legal o Racional: El reconocido. Se divide en el poder que ocupa (Burocrático)

TEORIA ZETA

William Ouchi, un experto norteamericano, hijo de padres japoneses, escribe en 1981 su libro sobre lo que él llama la Teoría Z: cómo pueden las empresas norteamericanas enfrentar el desafío japonés.

Su esencia es participación y trabajo en equipo, para lo cual forma grupos de trabajo. Es un sistema de gestión Japonés aplicado a Empresas en Estados Unidos. Se divide en Estrategias y Técnicas

ESTRATEGIAS

a. Empleo permanente (De por vida)

- **En tiempos buenos:** Horas Extras. Empleos temporales y contratos
- **En tiempos difíciles:** Disminuir el salario y horas de trabajo .Congela nuevos empleos.

b. Filosofía única: Hacer sentir que pertenece a una familia. Crea cooperación y grupos de trabajo.

c. Socialización Interna: Relación personal. Entrenamiento al personal nuevo.

TÉCNICAS

1. Rotación de Puesto de Trabajo: Fuerza de trabajo generalista
2. Sistema de Evaluación compleja basado en resultados y personalidad
3. Énfasis en los grupos de trabajo
4. Comunicación abierta: Toma decisiones mediante proceso consultivo.
5. Interés por el bienestar del empleo.

El grupo de trabajo es la base del Modelo, y para ello se requiere:

- Premisa para el funcionamiento del grupo.
- Participación de los subordinados en los objetivos.
- Revisión por el grupo de las metas y su alcance.
- Diálogos entre equipos y entre subordinados y superiores.
- Buenas relaciones entre todos.
- El todo es mayor que la suma de las partes (sinergia)
- De la discusión en grupos emergen nuevas alternativas y soluciones muy superiores de la suma de los criterios individuales.

TEORIA X y TEORÍA Y: Desarrolladas por Douglas McGregor en "El lado humano de las organizaciones" en 1960, referentes al estilo de mando de los directivos:

TEORÍA X

- Un ser humano promedio rechaza el trabajo y lo evitaría si puede
- La gente necesita ser controlada, dirigida, amenazada o recompensada para que sirva a la empresa.
- La mayor parte de la gente prefiere no tener que pensar, carece de ambiciones y obedece pasivamente

TEORIA Y

- El esfuerzo físico y mental, su empleo es tan natural como el juego.
- El hombre es capaz de ejercitar su propia dirección y control en pos de los objetivos que se le encomienden.

- La mejor recompensa es la satisfacción del Ego y la auto –realización que pueden ser obtenidos por medio del logro de objetivos.
- El ser humano bajo ciertas condiciones busca y acepta responsabilidades
- La capacidad imaginativa y creadora está ampliamente distribuida entre las personas.
- En las condiciones de la moderna organización industrial, las potencialidades intelectuales del ser humano normal apenas se utiliza

CALIDAD TOTAL

El concepto de calidad total aparece luego de una evolución de los términos referentes a calidad, que iniciaron con la aparición de las primeras industrias (Siglo XIV), incluso antes de la revolución industrial a finales del siglo XVIII, en donde el obrero o productor individual era quien realizaba la inspección de su producto. Con la revolución industrial la producción de bienes se hizo masiva y se requirieron inspectores de calidad en el proceso, haciendo uso de metodologías más formales de la evaluación de la calidad, acuñando el término de *control de calidad*. Este panorama dura hasta el proceso de reconstrucción japonesa luego de la segunda guerra mundial, en donde aparecen personas como Edwards Deming y Joseph Juran, quienes introducen técnicas estadísticas de muestreo y se empieza a hacer evidente que la calidad estaba en toda la organización, desde el proceso de diseño hasta el de mercadeo. Esto sería llamado el *Control total de calidad* (término originado por Feigenbaum). Apareció la necesidad de involucrar a todos los trabajadores de la organización en el control de la calidad y se creó un sistema de *gestión para la calidad*, al cual Deming aportó un listado de 14 puntos. Juran, por su parte, presentó lo que él denominó la *planeación de la calidad*, cobrando vital importancia como mecanismo preventivo para evitar deficiencias en los productos. Posteriormente se cambia esta visión, hacia un sistema más detallado y formal de hacer ingeniería, con estándares creados

para tal fin, apareciendo el término *aseguramiento de la calidad*. Posteriormente se da un paso hacia el mejoramiento continuo de calidad, como un proceso dinámico, apareciendo el concepto de *calidad total o TQM* (Total Quality Management). (Kerguelén, 2003)

El mejoramiento continuo de la calidad, según planteó Berwick en 1990, puede definirse como un “Método gerencial que busca desarrollar la organización, para que de una forma ordenada y planeada todo el mundo desempeñe un papel activo en el entendimiento de los problemas y los procesos que los soportan, recopilando y analizando datos de estos procesos, generando y probando hipótesis acerca de las causas de los errores, y diseñando, implementando y probando soluciones”. Tiene cuatro componentes:

- 1) Orientación a clientes: “Gente que depende de uno”. Internos y externos. Los empleados quieren dar lo mejor de sí mismos (Teoría de las manzanas podridas)
- 2) Habilidades analíticas: utilización de datos y herramientas analíticas
- 3) Habilidades interpersonales: Gestión participativa, formación continuada
- 4) Estructura y organización: Equipo de mejora – esfuerzo individual

De importancia estos conceptos para el sector salud, en donde fueron adoptados, y en donde aparecen varios autores, entre ellos Avedis Donabedian, quien plantea el Concepto Unificador de la Calidad, como “aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes”. Lo que integra el modelo son los beneficios, riesgos y costos. Este autor también plantea las dimensiones de la calidad (Técnico-científica, administrativa, interpersonal, personal y familiar, y social), estableciendo una serie de atributos para poder determinar si un servicio de salud es de calidad o no, dada la dificultad en establecer una definición específica del término calidad. (Kerguelén, 2003)

REINGENIERÍA

La reingeniería es uno de los fenómenos gerenciales de mayor impacto en las últimas décadas, debido a que su rápida y abrumadora expansión ha provocado y continúa provocando cambios de grandes dimensiones en muchas organizaciones. En apenas diez años la reingeniería ha completado casi todas las etapas por las que pasan los enfoques. En efecto, de la fase emergente paso rápidamente a la fase de alto impacto y diseminación del enfoque en el mundo empresarial, produciéndose casi de inmediato la fase crítica, en que desde diversos ángulos se cuestionaron varias de sus propuestas. Ahora esta por ingresar a la fase madura, donde la experiencia acumulada enriquece sustancialmente la aplicación del enfoque, disminuyendo el riesgo de fracaso en su aplicación.

En la década de los años ochenta se dio la primera fase, cuando varias empresas dieron un vuelco radical en sus negocios por medio del rediseño de sus procesos. Era la época en que emergía este enfoque y su aplicación se circunscribía a unas cuantas corporaciones norteamericanas. La segunda fase se inicia en 1993, al publicarse los casos de las empresas que habían rediseñado con éxito sus procesos y la forma en que lo habían logrado. Michael Hammer y James Champy, por medio del libro Reingeniería, permitieron la divulgación masiva y rápida del rediseño. Ese mismo año se publicó el libro Innovación de Procesos: Reingeniería por medio de la Tecnología de la Información, de Thomas H. Davenport, profesor de la Universidad de Boston, considerado una de las máximas autoridades en el tema.

Durante este período las empresas en muchos países iniciaron procesos de reingeniería y el enfoque tuvo una expansión extraordinaria. Esta fase incluye a las primeras empresas seguidoras del enfoque. Breve tiempo después siguen el camino de la reingeniería las empresas más conservadoras, dando paso a la tercera fase. A partir de 1995 se inicia la

cuarta fase: la fuerte crítica a la reingeniería; consultores, investigadores universitarios y ejecutivos empezaron a acumular experiencias que mostraban algunas limitaciones de la versión original de este enfoque y detectaron los factores que atentaban contra su éxito. A los críticos de la concepción inicial de la reingeniería se unieron también sus principales promotores: Hammer y Champy, cada uno escribió un nuevo libro con sus propios puntos de vista y experiencias sobre la forma en que se estaba aplicando la reingeniería y la necesidad de hacer ajustes a la versión original. En el primer caso *The reengineering Revolution*, Michael Hammer y Steven Stanton, en el segundo, *Reingeniería de la Gerencia: Cómo modificar el trabajo de la gerencia*, James Champy. La quinta fase empieza a emerger al concluir los años noventa y tomará fuerza al iniciarse éste nuevo siglo, replanteando el rediseño en un clima menos influido por la moda y dejando de lado a los detractores superficiales de la reingeniería. Los principios en que se base la reingeniería, lejos de responder ahora a una moda más, revolucionan radicalmente la forma en que se ha diseñado el trabajo en el siglo XX, constituyendo una alternativa permanente de efectividad organizacional para los ejecutivos (Morales, 2007).

DIRECCIÓN POR OBJETIVOS

Es un modelo bastante difundido que tiene sus orígenes en los Estados Unidos en la década de los 50, cuando el enfoque basado en la preocupación por los procesos, fue sustituido por el enfoque hacia los resultados: cómo hacer el trabajo apropiadamente para lograr los objetivos de la organización con el fin de lograr la eficacia, constituyéndose así en una técnica de dirección de actividades mediante la planeación y el control administrativo, basado en el principio de que, para alcanzar resultados, la organización necesita definir que negocio está realizando y a donde pretende llegar (Coos, 2003). En este enfoque gerencial el sujeto y el objeto de dirección, conjuntamente definen y estructuran los objetivos del Sistema y

establecen las áreas de responsabilidad de cada cual como base para la medición de los resultados a alcanzar. La premisa fundamental es la participación colectiva en la formulación y ejecución de objetivos alcanzables.

2.2.3. Funciones gerenciales en el sector salud

Con el análisis de las funciones y responsabilidades del gerente del hospital, no se busca abarcar todas sus actividades pero sí presentar un esquema que permita observar en conjunto sus obligaciones y sirva de referencia para organizar sus funciones o desarrollar programas sistemáticos dentro de las técnicas de administración moderna. (Malagón-Londoño, Galán, Pontón, 1996).

El Gerente o Director del hospital es la cabeza o el motor de la institución, y el gestor o catalizador de los siguientes componentes fundamentales (Malagón-Londoño, Galán, Pontón, 1996):

- a) *Recursos humanos*: Compuestos por diferentes grupos de profesionales, técnicos y auxiliares calificados y no calificados que trabajan tanto en el hospital como externamente, directamente o a través de instituciones o empresas de servicios o de asesoría.
- b) *Pacientes, clientes externos, usuarios*, o como se les designe hoy y que son la razón de ser del hospital y que acceden solos o acompañados de familiares o amigos, en solicitud de servicios de diferentes grados de complejidad, según los alcances médico-científicos y los recursos con que cuente el hospital.

- c) *Proveedores de bienes o servicios* cuyos objetivos no necesariamente se confunden o son paralelos a los del hospital; sin embargo, son indispensables bajo la óptica de costo-beneficio para la institución.
- d) *Recursos materiales* duraderos, como edificios, equipos, instrumental, elementos fijos o fungibles, disponibles bajo el criterio de la logística moderna, para ser utilizados en el momento oportuno, en la cantidad adecuada, para dar cumplimiento cabal a los requerimientos de salud.
- e) *Organización del hospital*, vista como el planteamiento y estructura racional de las funciones administrativas y científicas para la buena gestión, que permitan aplicar los principios de optimización de esfuerzos con ingredientes de inmensa importancia como son la comunicación en general y la sistematización de la misma en diferentes medios y formas.
- f) *Solución de problemas de los pacientes*, lo cual involucra la toma de decisiones frente a carencias, necesidades o conflictos.

Estas soluciones han creado últimamente infinidad de conceptos (o teorías), como las teorías M, Z, L, la gerencia estratégica, la gerencia de servicios, los círculos de calidad, y muchos otros de los planteados anteriormente.

El director o gerente del hospital debe buscar que su institución atienda oportunamente los pacientes de una comunidad determinada, sin restricciones de categoría; si es sobrepasada, debe remitirlos al hospital de nivel superior, atendiendo a la clasificación en tres niveles de atención de las instituciones de salud. Esta es su responsabilidad; para afrontarla debe cumplir funciones y actividades en tres grandes áreas dirigidas hacia el exterior del hospital, en cuanto a sus relaciones con socios, junta directiva, altas personalidades y por supuesto la comunidad; hacia el interior del hospitales relación con el personal de trabajadores de la salud, de los pacientes y familiares, para dar asistencia médica, docencia e investigación, apoyo administrativo, económico y financiero, así como un sistema interno e interconectado de información científica y administrativa. Finalmente el

director en la mayoría de los casos es el representante legal de la entidad, el responsable de la gestión presente, del desarrollo futuro de la institución; de ahí sus funciones de planificador, organizador, de innovador y líder tanto en el hospital como en la comunidad de usuarios.

2.2.4. Derecho médico y responsabilidad gerencial

El Derecho Médico tiene un ámbito de aplicación muy especial en el establecimiento de los parámetros de responsabilidad médica en general. Sin embargo, encuentra específica aplicación en las diversas especialidades médico-quirúrgicas conocidas y cada una de ellas en sus más variadas suposiciones fácticas. Establece las condiciones de realización de la relación médico-paciente, la estudia, regula y establece los parámetros fundamentales de las consecuencias derivadas del ejercicio particular de esta relación, bien sea de orden civil, penal, laboral, administrativo, ético-deontológico, educaciones, etc. (Aguiar-Guevara, 2001)

Por extensión analógica se pueden aplicar estos principios a otras áreas de la salud en general como: bioanálisis, odontología, nutrición, enfermería, etc., en las cuales se establecen leyes especiales de ejercicio e igualmente, también se conforma una relación entre el profesional de la salud y el paciente quien, a través de su consentimiento legítimamente manifestado, acepta del profesional en cuestión sus indicaciones diagnósticas o terapéuticas especializadas. (Aguiar-Guevara, 2001)

Otro ámbito de aplicación se conforma alrededor de las especialidades de gerencia de servicios de salud, los cuales a través de las últimas leyes y resoluciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social o Ministerio de la Salud, se encuentran normados, regulados, supervisados y sancionados por una gran parte de las leyes que conforman las fuentes del Derecho Médico,

ya antes mencionadas. Se establecen en dichas normativas los requisitos de su ejercicio y por estar estrechamente vinculados a la responsabilidad objetiva institucional, se encuentran entonces, bajo el ámbito de cobertura de esta especial rama del derecho.

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con la contextualización y delimitación del problema referido en el Capítulo I, se define que el presente estudio tendrá un alcance que involucra elementos, inicialmente de tipo exploratorio y posteriormente de tipo descriptivo. La perspectiva exploratoria inicial se plantea debido a que si bien el Derecho Médico es un tema previamente estudiado, en el presente trabajo quiere dársele un sentido diferente (Hernández Sampieri, 2006), en la medida en que los conceptos de esta materia se analizaron y organizaron con miras a plantear los lineamientos, para el desarrollo de un Programa de formación Gerencial para líderes del sector salud. Posteriormente se involucraron elementos descriptivos, en donde por definición, se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población (Hernández Sampieri, 2006). Sobre los datos obtenidos acá se establecieron las bases para formular los lineamientos del Programa.

Para cumplir entonces con los objetivos propuestos, el estudio se desarrolló en cuatro etapas. En la primera de ellas, se llevó a cabo una revisión de tipo documental, en donde se utilizaron datos secundarios, impresos o electrónicos, que corresponden a la regulación legislativa existente, para realizar una descripción de los hallazgos, estableciendo cual es la normatividad en la que se hace referencia a los deberes y

responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas y de moral pública, de aquellas personas que ejerzan labores Gerenciales en organismos de salud en Venezuela.

Posteriormente se realizó la segunda etapa también de tipo documental, en donde se realizó la revisión de algunas sentencias presentadas, en casos de demandas interpuestas en el campo de la salud en Colombia y España, realizando la descripción de las causas más frecuentes y de los fallos proferidos, haciendo una aproximación o predicción incipiente (Hernández Sampieri, 2006), de los eventos de mayor riesgo legal que pueden presentarse durante la prestación de servicios de salud.

La tercera etapa involucró un estudio de campo, en donde se aplicó una encuesta para determinar la opinión y conocimiento que tienen los profesionales de la salud de algunas instituciones públicas y privadas, de los conceptos del derecho médico, con el fin de explorar y describir su percepción y expectativas con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de un programa de formación basado en esta disciplina.

La cuarta y última etapa, reunió los datos recopilados en las tres fases anteriores, organizando el conocimiento por ellos generado, con lo que se establecieron los lineamientos generales del Programa de formación gerencial, de manera que abarca la normatividad existente, contempla los aspectos más relevantes motivo de demandas, y responde a las expectativas que los profesionales de la salud tienen frente a un tipo de postgrado como este.

En conclusión, el presente estudio contiene elementos de tipo documental y de campo, teniendo un alcance esencialmente descriptivo.

Habiendo considerado y delimitado el tipo de investigación realizado en el estudio, se estableció que el diseño de investigación más adecuado era el de tipo no experimental, en donde por definición, se observan los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural, y en este sentido, no se manipulan de manera intencional las variables. Adicionalmente, dentro

del diseño no experimental, el presente estudio es de tipo transeccional o transversal, debido a que la descripción de las variables y su análisis se realiza tomando en cuenta su interrelación e incidencia, y la recolección de los datos se efectúa sólo una vez y en un tiempo único (Balestrini, 2002).

3.2. Población y muestra (Unidades de análisis)

Partiendo de la definición de población, como “cualquier conjunto de elementos de los cuáles pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación”, pudiendo ser finito o infinito desde el punto de vista estadístico (Balestrini, 2002); el presente estudio comprendió una población finita, constituida por el grupo de profesionales de la salud que ejercen su profesión en la República Bolivariana de Venezuela, y que pueden o no ocupar cargos administrativos o directivos en Instituciones de salud públicas o privadas.

Debido a que la fase de estudio de campo se realizó con el fin de hacer una exploración de la opinión y conocimiento que tienen los profesionales de la salud de los conceptos del derecho médico, con el fin de explorar y describir su percepción y expectativas con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de un programa de formación basado en esta disciplina, se empleó una muestra dirigida o no probabilística, que por definición es aquella en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación (Hernández Sampieri, 2006).

Para realizar este sondeo se buscó la opinión de 50 profesionales pertenecientes a diferentes áreas de la salud, como médicos, odontólogos, enfermeras y bioanalistas entre otros, que trabajaban en Instituciones tanto

del Sector Público como Privado, ocupando cargos asistenciales y/o administrativos, en organismos de salud de la República Bolivariana de Venezuela. De acuerdo a lo que se perseguía con el presente estudio, se buscó conseguir en lo posible opiniones de profesionales con responsabilidades de dirección o gerencia de departamentos, servicios o entidades hospitalarias. Se aplicó en profesionales de la ciudad de Caracas y de algunas poblaciones cercanas.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Teniendo en cuenta lo planteado en la sección 3.1, en donde se establece que el estudio se llevó a cabo en cuatro etapas, en las cuales se realizó la recolección de la información en las tres primeras y la consolidación de la información para obtener el producto final del proyecto en la última, se presentan a continuación las técnicas e instrumentos vinculados a cada etapa.

Durante la primera etapa en donde se llevó a cabo una investigación de tipo documental a través de datos secundarios provenientes de fuentes impresas y/o electrónicas, se utilizó inicialmente una técnica de subrayado, para resaltar la información requerida y posteriormente se realizó una matriz comparativa para registrar los datos obtenidos previamente (Peñaloza, 2005). Para esto se utilizó un formato como el que se presenta a continuación:

ANÁLISIS DE NORMATIVIDAD	
LEY	ASPECTOS A LOS QUE HACE REFERENCIA

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de la información, con el fin de extraer la aplicación práctica que tendría para el Gerente de Servicios de Salud, en el desarrollo de sus funciones, el conocimiento y manejo de los contenidos de las diferentes Leyes.

Para tal efecto la normatividad se ordenó de acuerdo con la Pirámide Kelsiana de Supremacía Jerárquica de las Leyes, y se consignó la información en una matriz como la que se muestra a continuación:

ANÁLISIS DE NORMATIVIDAD	
LEY	ASPECTOS DE IMPORTANCIA EN LA LABOR GERENCIAL

La segunda fase, también de tipo documental y cuya fuente de información de tipo secundaria correspondió a sentencias disponibles proferidas en Colombia y España, utilizó una técnica de matriz comparativa, para obtener y organizar la información, que permitió obtener conclusiones aplicables en la fase cuatro. La estructura de la matriz es semejante a la que se presenta a continuación:

CAUSAS DE DEMANDAS INTERPUESTAS				
No.	AÑO	CAUSA DEMANDA	SENTENCIA	OBSERVACIONES
1				
2				

La tercera etapa involucró un trabajo de campo, en el cual se utilizó una técnica de encuesta escrita, a través de un cuestionario que contenía 10 preguntas, con escala de respuesta tipo Likert, para ser diligenciada directamente por el encuestado; un ejemplar del instrumento se presenta en

la sección de anexos identificado como Anexo A. Este instrumento fue sometido previamente a la determinación de su validez y confiabilidad.

Para establecer la validez, que está vinculada con la exactitud con que pueden efectuarse las medidas de interés, o en otras palabras al grado en que el instrumento realmente mide el rasgo, características o variables que pretende medir; se utilizó el criterio de Validez de Contenido, para lo cual se utilizó el procedimiento de Juicio de Expertos, en donde se seleccionaron tres jueces o expertos en el tema, para que estimaran de manera independiente la adecuación o ajuste de los ítems del instrumento en términos de: coherencia con los objetivos de la investigación, claridad de la redacción de instrucciones e ítems, formato utilizado, extensión y tendenciosidad o sesgo en la formulación de los reactivos (Peñaloza, 2005). Los formatos utilizados se incluyen en anexos (Anexo B).

Así mismo, en lo relativo a la confiabilidad, que tiene que ver con la exactitud con que los ítems o reactivos que conforman el instrumento representan al universo de donde fueron seleccionados, y se vincula con el grado de reproductibilidad de los resultados, es decir, al grado en el cual su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados; se utilizó el Tipo de confiabilidad entre observadores o grado de acuerdo inter-observadores, para lo cual se estableció en el formato de evaluación en donde se listaron los diferentes ítems, la posibilidad de que los observadores indicaran su acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos, para finalmente obtener el coeficiente de Haynes, que está dado por el cociente entre el total de acuerdos sobre la sumatoria de acuerdos y desacuerdos, lo cual debería ser mayor de 0.60. (Peñaloza, 2005).

3.4. Procedimientos

Para la etapa de trabajo de campo, en la que se utilizó el instrumento y como se mencionaba en el punto anterior, una vez establecidas la validez y la confiabilidad del instrumento, se llevó a cabo su aplicación a la muestra determinada previamente.

Con la culminación de la recolección de la información, se llevó a cabo la tabulación de los datos, la cual se realizó manualmente, utilizando una tabla de Excel. Posteriormente se analizaron los datos obteniendo proporciones de cada uno de los ítems en las diferentes preguntas, los cuáles se mostraron en tablas y gráficas. Finalmente se presentaron los resultados y conclusiones, que sirvieron como sustrato para la última etapa en donde se establecieron los lineamientos del Programa de Formación Gerencial.

Una vez obtenida la información proveniente de la revisión de la regulación legislativa existente (Primera etapa), de las sentencias disponibles (Segunda etapa), y del sondeo de opinión de los profesionales (Tercera etapa), se establecieron y estructuraron los lineamientos del Programa.

Con este material se llevó a cabo la redacción del informe final, incluyendo un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados y el análisis de las primeras tres etapas de la investigación planteadas en el Marco Metodológico, la primera de ellas consistente en la revisión de tipo documental de la regulación legislativa existente en Venezuela, estableciendo cuál es la normatividad en la que se hace referencia a los deberes y responsabilidades civiles, penales, administrativas, disciplinarias, éticas y de moral pública, de las personas que ejerzan labores Gerenciales en entidades de salud en el país; la segunda en la cual se llevó a cabo la revisión de algunas sentencias presentadas, en casos de demandas interpuestas en el campo de la salud, realizando una descripción de las causas más frecuentes y de los fallos proferidos; y la tercera que presenta los hallazgos de la aplicación de un instrumento de sondeo de opinión realizado entre profesionales de la salud, con el fin de explorar y describir su percepción y expectativas con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de un programa de formación gerencial basado en el Derecho Médico.

Los hallazgos de éstas etapas se utilizaron como insumo para establecer los lineamientos del Modelo de Formación Gerencial con base en el Derecho Médico, dando así cumplimiento al Objetivo General del presente estudio.

4.1. Revisión y análisis de regulación

A continuación se presenta en una matriz el registro de los aspectos más importantes a que hace referencia cada una de las leyes revisadas, en lo referente a los deberes, responsabilidades e información que debe conocer cualquier funcionario que ejerza labores de dirección en organismos de salud; posteriormente se realiza una segunda matriz, en la cual se presenta el análisis de la información encontrada durante el proceso de revisión.

REVISIÓN DE NORMATIVIDAD	
LEY	ASPECTOS A LOS QUE HACE REFERENCIA
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999)	De importancia el conocimiento del carácter constitucional del consentimiento informado, expresado en el artículo 46, ordinal 3: Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, en consecuencia: [...] 3. Ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley.
Ley del Ejercicio de la Medicina (1.983)	<ul style="list-style-type: none">- Presenta las disposiciones que rigen el ejercicio de la medicina, definiendo aspectos como: requisitos para ejercer la profesión en la República (Art. 8: rural), para nacionales y extranjeros.- Tiempos máximos de trabajo en Instituciones públicas y privadas.- Requisitos de registro e inscripción de Títulos

	<ul style="list-style-type: none"> - Deberes generales de los médicos: Respetar la voluntad del paciente o de sus representantes manifestado por escrito; autorización por escrito en los casos de realización de actos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos que produzcan el acondicionamiento o la pérdida transitoria de las facultades mentales (consentimiento voluntario legítimamente declarado) - Lineamientos en el cobro de Honorarios: obligación del médico de informar al paciente el monto de sus honorarios antes de la realización de los actos médicos, quirúrgicos o de otro tipo. - El Secreto Médico - Definición y funciones de los Colegios Médicos y Federación Médica Venezolana - Aspectos de Previsión social del Médico, ejercicio de la medicina institucional, lineamientos de Investigación en Seres Humanos. - Infracciones y el Ejercicio Ilegal de la Medicina y tipos de sanciones al respecto (disciplinario, administrativo y penal)
<p>Código de Deontología Médica (1.985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración de principios: ética, código de ética - Deberes de los médicos: generales, hacia los pacientes (El médico no expondrá al paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente), hacia los colegas (referencia de pacientes, juntas médicas, etc.), profesiones afines

	<p>y auxiliares de medicina, ejercicio en Medicina Social.</p> <ul style="list-style-type: none">- Derechos y Deberes de los pacientes (ser informado de la naturaleza de su padecimiento, recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre), previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico), del enfermo terminal (derecho a participar en la toma de decisiones, decidir el tipo de información que será revelada después de su muerte, exigir se le permita morir sin la aplicación de medidas de mantenimiento artificial de la vida, respetar la decisión de no aplicación de medidas de reanimación, y de disponer de su cuerpo luego de su muerte para transplantes, investigación, estudios de disección anatómicos).- Del Secreto Profesional y Uso de Computadoras en Medicina, sobre el procesamiento de datos que puedan poner en peligro el carácter confidencial de la información que se recoja.- De las certificaciones médicas, situaciones para su expedición (nacimiento, acto médico, estado de salud o enfermedad y defunción), condiciones de expedición y sanciones en el caso de falsedad en el documento.- Honorarios médicos.- De la Historia Clínica, disposiciones de manejo, custodia, utilización con fines de investigación.- Investigación en seres humanos y transplantes de órganos.- Normas disciplinarias: condiciones de violación del Código de Ética y sanciones.
--	---

<p>Ley de Ejercicio del Bioanálisis (1.973)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de la Profesión, profesionales autorizados para ejercerla y requisitos del ejercicio. - Deberes y Derechos de los Bioanalistas - De los Colegios y Federación de Colegios de Bioanalistas - La Dirección y atención debe ser realizada por Bioanalistas - La instalación y dotación de los laboratorios regulada por el Ministerio de Salud - Sanciones de carácter administrativo, disciplinario y penal
<p>Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2.005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de la Profesión y requisitos para el ejercicio. - Cargos de dirección, supervisión y coordinación de los departamentos de enfermería, deben ser desempeñados por profesionales Venezolanos - Deberes y Derechos de los profesionales de la Enfermería - Del Secreto profesional como inviolable - Prohibiciones, infracciones y ejercicio ilegal de la Profesión - De los Colegios y Federación de Colegios de Enfermería - Sanciones de carácter administrativo, disciplinario y penal
<p>Ley del Ejercicio de la Odontología (1.970)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de la Profesión, profesionales autorizados para ejercerla y requisitos del ejercicio. - Consideraciones del personal auxiliar de odontología

	<ul style="list-style-type: none"> - Deberes y Derechos de los Odontólogos - Del Colegio de Odontólogos - Previsión Social del Odontólogo - Sanciones de carácter administrativo, disciplinario y penal
Ley Orgánica de Salud (1.998)	<p>De vital importancia para cualquier gerente de servicios de salud el conocimiento de esta Ley que rige todo lo relacionado con la salud, determinando la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud. Además de lo anterior regula los derechos y deberes de los beneficiarios, encontrando en los derechos lo referente a la información en proyectos de investigación y al consentimiento informado ante opciones diagnósticas y terapéuticas, derecho a una Historia clínica, a negarse a medidas extraordinarias de prolongación de su vida cuando se encuentre en condiciones vitales irrecuperables, y a tener un trato confidencial con la información médica sobre su persona, entre otros.</p> <p>Importante además revisar los aspectos contenidos en el proyecto de reforma de la Ley.</p>
Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2.002)	<ul style="list-style-type: none"> - Definición del sistema - Plazo de afiliación por parte de empleadores de 3 días hábiles siguientes al inicio de la relación laboral - Prestaciones garantizadas por la ley - Estructura del sistema: sistemas prestacionales de Salud, Previsión Social y Vivienda y Hábitat. - Cotizaciones a la Seguridad Social: aportes de los

	empleadores, cotización de los trabajadores y base del cálculo de las cotizaciones.
<p>Ley Sobre Transplante de Órganos (1.992)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definiciones generales del tema - Necesidad de realizar los transplantes solo en las entidades autorizadas por el Ejecutivo Nacional, que deben contar con las condiciones técnicas y humanas requeridas - Los médicos a cuyo cargo esté la operación del transplante, informarán suficientemente al receptor del riesgo que implique la operación, y de sus secuelas. Deberá constar por escrito el consentimiento del receptor o, en su defecto, el de sus familiares o representantes legales, y a falta de éstos, o si no pudieran prestarlo, el de las personas que convivan con el receptor. - Prohibición de recibir cualquier retribución o compensación por los órganos, tejidos, derivados o materiales anatómicos retirados con fines terapéuticos - Está prohibido el transplante total de órganos únicos o vitales entre personas vivientes, o de piezas o materiales anatómicos, cuya separación pueda causar la muerte o la incapacidad, total o permanente, del donante. No obstante, podrá realizarse el transplante parcial de órganos únicos, cuando su separación no cause la muerte o la incapacidad física, total o permanente, del donante - Especificaciones y condiciones para transplantes en personas vivas y muertas. Consentimiento por escrito para donantes vivos: Haber expresado su

	<p>voluntad por escrito, libre de coacción física o moral, otorgada ante dos (2) testigos idóneos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se presumirá la voluntad de donar órganos, tejidos, derivados o materiales anatómicos en caso de muerte cerebral, a menos que se obtenga la aceptación de los parientes. - Obligatoriedad de expedición de cualquier documento de identificación con la aceptación o no de donación de órganos y grupo sanguíneo.
<p>Código de Instrucción Médico Forense (1.878)</p>	<p>De importancia tener en cuenta que: “Todo médico cirujano se considera adjunto al Juzgado de la demarcación en que resida, y acudirá al llamamiento del Juez, a menos que motivos legítimos se lo impidan.”</p> <p>Esta Ley plantea los procesos y procedimientos que deben llevar a cabo los facultativos en casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atentados contra costumbres y reproducción - Atentados contra la salud y vida; en los casos en que los médicos son llamados a reconocer pacientes con heridas - Defunción de personas; de importancia en aquellos casos de pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con lesiones violentas - Experticias químicas; cuando se sospeche envenenamiento - Enfermedades mentales - Experticias civiles, aclarando que: “En el orden civil, lo mismo que en el criminal, la intervención de los facultativos se hace necesaria siempre que se

	<p>trate de comprobar ciertos hechos”.</p> <p>Reconocimiento de individuos destinados al servicio militar</p>
<p>Ley Orgánica del Poder Judicial (1.998)</p>	<p>Como punto inicial en esta Ley, tomar en cuenta lo establecido en el Art. 3: Las personas y las entidades públicas y privadas están obligadas a prestar la colaboración requerida por los jueces, en la forma que la ley establezca.</p> <p>Importante lo contemplado en el Título VIII, con respecto a los Médicos Forenses: requisitos, constitución del Servicio de Medicatura Forense, condición de libre nombramiento y remoción, procedimientos de registro, sanciones de carácter disciplinario y correctivas a que hubiere lugar en caso de faltas.</p>
<p>Ley de Inmunizaciones (1.996)</p>	<p>El objetivo de la Ley es establecer un sistema de inmunización preventivo para todos los habitantes de la República, como instrumento fundamental de la política sanitaria nacional, estableciendo como obligatoria la inmunización de todos los habitantes de la República, contra las enfermedades prevenibles que se determinen.</p> <p>- Importante tener en cuenta que “todo establecimiento público o privado destinado a la actividad sanitaria asistencial, así como los profesionales autorizados en materia de inmunizaciones, tienen la obligación de cumplir con las normas y procedimientos previstas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social referente al</p>

	<p>transporte, conservación, aplicación, registro, notificación del producto utilizado, identificación y dirección del o los inmunizados, aún cuando el o los productos no hayan sido suministrados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social”.</p> <ul style="list-style-type: none">- La inmunización debe cubrir a toda embarazada y niño, siendo exigido para este último grupo (<10 años) la certificación en aeropuertos al viajar dentro o fuera del país y al ingreso a cualquier Institución educativa pública o privada.- Los directores de instituciones que atienden a la salud, pública o privada, velarán porque todo su personal haya recibido las primovacunaciones y reciba las revacunaciones necesarias para prevenir los riesgos de enfermedades generadas por la actividad que cumplen de acuerdo a Resolución que al respecto emita el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.- Todo Médico Cirujano, Doctor en Ciencias Médicas, Profesional en Enfermería o cualquier otro profesional de la salud que asista o tenga conocimiento de la existencia de una enfermedad que haya podido prevenirse por inmunización, deberá notificarlo de inmediato a la autoridad sanitaria de su localidad.- Todo Médico Cirujano, Doctor en Ciencias Médicas, Profesional de la Enfermería u otro profesional de salud que expida un certificado falso de inmunización o de imposibilidad para ser inmunizado,
--	--

	<p>será sancionado por la autoridad sanitaria competente de acuerdo a lo señalado en la ley de ejercicio profesional correspondiente, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal en que pudiere incurrir.</p>
<p>Ley Sobre Transfusiones y Bancos de Sangre (1.977)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se dictan disposiciones generales con respecto a toda actividad relacionada con la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y suministro de la sangre humana y de sus componentes o derivados, así como su distribución y fraccionamiento. - Se puntualiza que la única fuente de aprovisionamiento de sangre es el ser humano, y su obtención y preparación es función privativa de los bancos de sangre, salvo condiciones especiales, en donde puede ser realizado por profesionales de la salud bajo las normas establecidas. - Con respecto a los bancos de sangre, deben funcionar preferiblemente en hospitales públicos o privados, estando bajo la supervisión del Ministerio de Salud, quien a su vez autorizará su establecimiento. Deberán contar además con personal idóneo especializado en hematología y otras disciplinas aplicables. Tipos de informes de actividades que se deben presentar al Ministerio. - Sanciones por incumplimiento de las normas, y por ejemplo por utilización con fines de lucro de la sangre y sus derivados.
<p>Reglamento Orgánico de la Superintendencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las atribuciones de la Superintendencia del Subsistema de Salud se ejercen conforme a las siguientes definiciones:

<p>del Subsistema de Salud (1.999)</p>	<p>1. Regulación: Comprende el conjunto de actividades tendientes a normar aspectos relacionados con el desarrollo y funcionamiento de las instituciones que participan en el Subsistema y de sus relaciones con la Superintendencia.</p> <p>2. Inspección: Comprende el conjunto de actividades encaminadas al seguimiento y evaluación puntual y periódica de los entes que conforman el Subsistema. En virtud de ella, podrá efectuar visitas de verificación, revisar la contabilidad y demás documentos que requiera la Superintendencia y solicitar en cualquier momento la información que considere necesaria para el cabal cumplimiento de sus funciones.</p> <p>3. Vigilancia: Comprende el conjunto de actividades encaminadas a procurar el adecuado desarrollo del Subsistema a través del seguimiento, el monitoreo y la verificación permanente del cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias establecidas para los entes que participan en el Subsistema.</p> <p>4. Control: Comprende el conjunto de actividades destinadas a instruir, asesorar, prevenir, corregir y adoptar las medidas necesarias para subsanar las situaciones que puedan afectar el Funcionamiento del Subsistema.</p> <p>Define además la estructura de la superintendencia, las condiciones de designación del superintendente, estructura financiera y administrativa, Direcciones que se crearán (Dirección de Entidades Financiadoras y de Aseguramiento, Dirección de Instituciones y Profesionales Prestadores de Servicios, Dirección de</p>
---	--

	Supervisión y Resolución de Conflictos).
Ley Orgánica contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (2.005)	<ul style="list-style-type: none"> - Definición del ámbito de la Ley, definiciones - Definición de actividades lícitas, haciendo referencia a las cantidades necesarias para el tratamiento médico, producción legal de medicamentos o investigaciones científicas, y solo las personas legalmente autorizadas. - Utilización de formulario especial numerado distribuido por el Ministerio de Salud, para prescripción de las Sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Lapso de validez de dicha prescripción (5 días continuos). <p>Sistema de control y fiscalización para las instituciones hospitalarias; custodia, libro especial sellado y foliado, inventarios.</p>
Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente (1.998)	<p>Esta Ley tiene por objeto garantizar a todos los niños y adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de su concepción.</p> <p>Se define niño como toda persona menor de 12 años, y adolescente entre 12 años y menor de 18.</p> <p>Dentro de los derechos de este grupo de población, importante en gerencia de salud el conocimiento de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a la identificación: Las instituciones, centros y servicios de salud, públicos y, privados, deben llevar un registro de los casos de nacimientos

que se produzcan en los mismos, por medio de fichas médicas individuales, en las cuales constará, además de los datos médicos pertinentes, la identificación del recién nacido mediante el registro de su impresión dactilar y plantar, y la impresión dactilar, nombre y la edad de la madre, así como la fecha y hora del nacimiento del niño, sin perjuicio de otros métodos de identificación.

- **Derecho a la Salud y a Servicios de Salud.**

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

- El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

- El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

- **Derecho a Información en Materia de Salud.**

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser

	<p>informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Protección del Vínculo Materno Filial. Todos los centros y servicios de salud deben garantizar permanencia del recién nacido junto a su madre a tiempo completo, excepto cuando sea necesario separarlos por razones de salud.- Derecho a Ser Vacunado. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la inmunización contra las enfermedades prevenibles.- Derecho a Atención Médica de Emergencia. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.<ul style="list-style-type: none">- Todos los centros y servicios de salud públicos y privados deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia.- Permanencia del Niño o Adolescente Junto a sus Padres, Representantes o Responsables. En los casos de internamiento de niños o adolescentes en centros o servicios de salud, públicos o privados, éstos deben permitir y asegurar condiciones para la permanencia a tiempo completo de, al menos, uno de los padres, representantes o responsables junto a
--	--

	ellos, salvo que sea inconveniente por razones de salud.
Ley de Medicamentos (2.000)	<ul style="list-style-type: none"> - Regula los aspectos relacionados con la política farmacéutica, a fin de asegurar la disponibilidad y uso racional de medicamentos eficaces, seguros y de calidad. - Medicamentos esenciales y utilización del Formulario Terapéutico Nacional - Procesos de farmacovigilancia - Prescripción, dispensación y suministro de medicamentos al público. Clasificación de los medicamentos a dispensar. - Régimen sancionador
Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria de los Servicios Médico-Asistenciales Públicos y Privados (1.998)	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de cirugía ambulatoria y clasificación en menor y mayor, definición de Unidad de Cirugía Ambulatoria y objetivo (realizar procedimientos electivos cuya recuperación no sea mayor a 12 horas). - Estructura y equipamiento: dotación de personal calificado, equipamiento acorde a los procedimientos y equipo de reanimación (básico y avanzado) independiente de salas de cirugía, contar con Hospital o Clínica cercana que tenga sala de emergencias y cuidado intensivo, equipo completo de anestesia local, regional y general; contar con sala de recuperación. - Clasificación de las Unidades de Cirugía Ambulatoria en: integrada al Hospital, autónoma controlada por el Hospital, Satélite del Hospital, Satélite Independiente. Todas deben contar con un

	<p>centro de referencia, que debe estar a no más de 5 Km. con una vialidad que permita su acceso en un tiempo no mayor a 10 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Del personal: la Unidad debe estar dirigida por un Médico Jefe o Médico Director, quien deberá tener aprobado el curso medio de salud pública, por lo menos o especialidad en el área de administración de hospitales o administración sanitaria. Se enuncian sus obligaciones, junto con las de los médicos adjuntos y residentes - Especifica horarios de funcionamiento, tipos de procedimientos a realizar y clasificación de los pacientes que pueden ser intervenidos (ASA I y ASA II) - Procedimientos de información previa, obligatoriedad del consentimiento informado, valoración anestésica previa, requisitos de ingreso y manejo postoperatorio.
<p>Normas que establecen los requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Quirófanos de los Establecimientos de Salud Médico-Asistenciales Públicos y</p>	<p>Definición de quirófanos: El Servicio de Quirófanos es el área del establecimiento de salud donde se realizan los procedimientos quirúrgicos de diagnóstico y/o tratamiento a los pacientes procedentes de los diferentes servicios que lo conformen.</p> <p>Se establecen las normas de la estructura organizativa, ubicación, acceso y relaciones funcionales, especificaciones de requerimientos espaciales, conformación de las unidades, condiciones ambientales, instalaciones, que deben tener los quirófanos de los establecimientos, Públicos</p>

privados (1.998)	y Privados, dispensadores de servicios de salud.
Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias (1.999)	<p>Este Comité será el organismo rector en materia de planificación, programación y proyectos de edificaciones de establecimientos de salud públicos y privados y estará adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.</p> <p>Se establecen sus funciones y miembros que lo conforman con sus requisitos especiales.</p> <p>Entre sus funciones más importantes están:</p> <p>a) Elaborar, unificar y coordinar los estudios necesarios para determinar las necesidades de edificaciones médico asistenciales, a ser incluidas en los planes de la Nación y en los presupuestos de los organismos públicos que tienen injerencia en la defensa, promoción y restitución de la salud de los ciudadanos.</p> <p>b) Estudiar y elaborar los programas requeridos para el desarrollo de los anteproyectos arquitectónicos de las edificaciones médico-sanitarias planificadas y a realizar por el Ejecutivo Nacional.</p> <p>c) Verificar que los anteproyectos de edificaciones de establecimientos de salud a ejecutarse por organismos públicos o por iniciativa privada, estén desarrollados de acuerdo con los programas elaborados al efecto por el Comité de Programas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social e interpreten la capacidad de los espacios y relaciones funcionales de los diversos servicios.</p>

	<p>d) Aprobar los anteproyectos de construcción de edificaciones de establecimientos de salud públicos y privados, sin perjuicio de la aprobación que debe ser impartida por otros organismos, necesarios para su construcción y funcionamiento.</p> <p>e) Verificar que los programas de edificaciones de establecimientos de salud de tipo privado, estén adaptados a las necesidades que satisfagan los propósitos para los que serán construidos, así como las exigencias funcionales y de espacio que los adelantos de la técnica, ciencia médica y arquitectónica precisen.</p> <p>f) Estudiar, revisar o elaborar, según el caso, los programas de ampliaciones y modificaciones que afecten el funcionamiento de las edificaciones de establecimientos de salud públicos o privados.</p>
<p>Código Civil (1.982)</p>	<p>- Contratos: definición, requisitos para la validez (Capacidad de las partes contratantes, vicios del contratante, objeto, causa, efectos). Útil para definir la relación médico-paciente como fuente de obligaciones, y para su aplicación en los diferentes procesos de contratación administrativa ha realizar en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p> <p>- De los Hechos Ilícitos (Art. 1185). Señala la reclamación civil que puede hacerse al causar un daño a tercero por negligencia o imprudencia.</p>
<p>Código Penal (2.005)</p>	<p>- La ignorancia de la ley no excusa ningún delito ni falta (Art. 60); esto como base para apoyar el</p>

	<p>conocimiento de la materia para el personal que dirige Instituciones de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none">- Responsabilidad civil además de la responsabilidad penal, y su extensión a los dueños de las casas o empresas en donde se cometan los delitos.- Responsabilidad subsidiaria de los directores de los establecimientos, de efectos robados a huéspedes, siempre y cuando se hubiera dado conocimiento de su depósito. Aplicable para aquellos casos en que los pacientes porten objetos de valor dentro de la institución, o se dejen en la habitación mientras se desplaza a otra área de la misma.- Definición de delitos contra la cosa pública: peculado, concusión, de la corrupción de funcionarios, de los abusos de autoridad.- Falsedad en documentos privados (Art. 321), falsa certificación (Art. 330).- Tipificación de los delitos culposos (Art.409): el que por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigada con prisión.- De la omisión de dar referencias (Art. 488), al prestar asistencia a personas en casos que parezcan presentar caracteres de delito contra las personas, y los haya llamado o tardado en denunciar. Puede aplicar en casos en que se atiendan pacientes por el servicio de emergencias en un Hospital, para establecer los mecanismos de reporte oportuno.
--	--

<p>Código Orgánico Procesal Penal (2.001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presunción de inocencia (Art. 8): cualquiera a quien se le impute la comisión de un hecho punible tiene derecho a que se le presuma inocente y a que se le trate como tal mientras no se establezca su culpabilidad mediante sentencia firme. Importante como guía de actuación del Director, ante la posibilidad de una demanda a alguno de los empleados de la Institución que dirige. - Objetivos del proceso penal, la protección y reparación del daño casado a la víctima del delito. (Art. 118) - Experticias: el Ministerio Público ordenará la práctica de experticias cuando se requiera del conocimiento o habilidades especiales en alguna ciencia, arte u oficio. Lo anterior puede llegar a requerirse frecuentemente en las ciencias de la salud.
<p>Ley Orgánica del Trabajo (1.997) y Reglamento de la L.O.T. (2.006)</p>	<p>Muy importante para el Gerente de Instituciones de Salud, el conocimiento de esta Ley, en los aspectos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposiciones generales: esta Ley rige las situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social. En ningún caso serán renunciables las normas y disposiciones que favorezcan a los trabajadores. Las disposiciones son de orden público y rigen a venezolanos y extranjeros. Importante: Los jefes de relaciones industriales y jefes de personal deberán ser venezolanos. - Del Deber de Trabajar y del Derecho al Trabajo (Capítulo II). Prohibición de cualquier tipo de

	<p>discriminación, establecimiento del porcentaje de personal (90%) que debe ser venezolano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De la Libertad de Trabajo. Definición de despido masivo. - Definición de trabajador y tipificación de los trabajadores de acuerdo con su naturaleza. Definición de patrono o empleador, utilización de intermediarios, responsabilidad solidaria en labores de contratación. - Prescripción de acciones. - Definición del contrato de trabajo y especificaciones al respecto, período de prueba. - Aspectos relacionados con la suspensión y terminación de la Relación de Trabajo. De la estabilidad en el trabajo. - De la remuneración, disposiciones generales, clases de salario, del pago del salario y de su protección en términos de inembargabilidad. - De las condiciones del trabajo: disposiciones generales, jornada de trabajo, horas extraordinarias de trabajo, días hábiles, vacaciones, higiene y seguridad en el trabajo (como base a lo expresado en la LOPCYMAT). - Derecho Colectivo al trabajo: todos los aspectos relacionados con las organizaciones sindicales, Fuero Sindical, Convención Colectiva de Trabajo, etc. - Sanciones por incumplimiento de esta norma.
<p>Código de Procedimiento Civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Art. 38: Cuando el valor de la cosa demandada no conste, pero sea apreciable en dinero, el demandante la estimará; el demandado podrá rechazar dicha

(1.990)	<p>estimación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 39: Se consideran apreciables en dinero todas las demandas, salvo las que tiene por objeto el estado y la capacidad de las personas. De importancia puesto que en caso de daños a terceros, ellos podrán estimar cuánto vale el daño que se ha ocasionado, lo cual podrá repercutir en el presupuesto de la Institución, si el demandante gana.
Ley del Estatuto de la Función Pública (2.002)	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos para optar a un cargo en la Administración Pública - Derechos y derechos exclusivos (estabilidad, ascenso, organización sindical), y deberes - Incompatibilidades: solo puede desempeñar un cargo público - Personal contratado - Sistema de Administración de Personal: Selección, Ingreso y Ascenso - Evaluación del desempeño - Condiciones de retiro y reingreso - Responsabilidades y Régimen disciplinario
Ley Orgánica de Protección, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2.005) y su Reglamento (2.007)	<p>De suma importancia para el Gerente conocer los aspectos de esta norma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los contratos individuales, convenciones colectivas o acuerdos colectivos de trabajo podrán establecer mayores beneficios o derechos de los allí contemplados en materia de seguridad y salud en el trabajo, siempre que no modifiquen el Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Aplicación a todo tipo de trabajadores independiente

	<p>de su forma de vinculación, incluyendo aquellos vinculados mediante formas temporales</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participación, como principio fundamental de aplicación de la norma. Mecanismos de participación de trabajadores y patronos. - Registro, afiliación y cotización al Régimen Prestacional, obligatoriedad de afiliación dentro de los primeros tres días hábiles siguientes al inicio de la relación laboral y las cifras de cotización (entre 0.75% y 10% del salario). - Funciones de los Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Aspectos relacionados con el Comité de Seguridad y Salud Laboral. - Derechos y deberes de los trabajadores y empleadores. - Disposiciones con respecto a Higiene, Seguridad y Ergonomía. - Definición, clasificación y declaración de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales. - Clasificación de empresas por categoría de riesgo y pago de cotizaciones de acuerdo con esta.
<p>Ley de Abogados (1.967)</p>	<p>Retasa de honorarios (Art. 25, 27, 28 y 29). Referido del Art. 43 de la Ley del Ejercicio de la Medicina.</p>
<p>Ley Contra la Corrupción (2.003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Están sujetos a esta Ley los particulares, personas naturales o jurídicas y los funcionarios públicos en los términos que en esta Ley se establecen. - Obligatoriedad de informar trimestralmente a los ciudadanos sobre la utilización de los bienes y el

	<p>gasto de los recursos que integran el patrimonio público cuya administración les corresponde; mediante un informe detallado de fácil manejo y comprensión, sobre el patrimonio que administran, con la descripción y justificación de su utilización y gasto.</p> <ul style="list-style-type: none">- Los funcionarios y empleados públicos deberán administrar los bienes y recursos públicos con criterios de racionalidad y eficiencia, procurando la disminución del gasto y la mejor utilización de los recursos disponibles en atención a los fines públicos.- Los funcionarios y empleados públicos responden civil, penal, administrativa y disciplinariamente por la administración de los bienes y recursos públicos, de conformidad con lo establecido en la ley.- Obligatoriedad de presentar declaración jurada de su patrimonio dentro de los treinta (30) días siguientes a la toma de posesión de sus cargos y dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en la cual cesen en el ejercicio de empleos o funciones públicas.- Tipificación de los delitos contra el patrimonio público: enriquecimiento ilícito, peculado, daño de bienes que le hayan sido encomendados por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de leyes; malversación de fondos, categorización de situaciones de urgencia para evadir los procedimientos de rigor como licitaciones, sin causa justa, recepción de retribuciones por realizar sus funciones, retardar u omitir algún acto de sus
--	--

	<p>funciones Conferir empleos públicos, subsidios, pensiones u honores, o hacer que se convenga en contratos relacionados con la administración a la que pertenezca el funcionario, soborno, tráfico de influencias buscando un beneficio propio o hacia un tercero.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordenen pagos por obras o servicios no realizados o defectuosamente ejecutados (Art. 80), apertura de cuentas a nombre propio o de un tercero utilizando fondos públicos.
<p>Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (2.004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La presente Ley tiene por objeto la defensa, protección y salvaguarda de los derechos e intereses de los consumidores y usuarios, su organización, educación, información y orientación así como establecer los ilícitos administrativos y penales y los procedimientos para el resarcimiento de los daños sufridos por causa de los proveedores de bienes y servicios y para la aplicación de las sanciones a quienes violenten los derechos de los consumidores y usuarios. - Definición de consumidor (adquiera, utilice o disfrute bienes), usuario (utilice o disfrute servicios), proveedor - Derechos de consumidores y usuarios, entre otros: La información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los diferentes bienes y servicios puestos a su disposición en el mercado, con especificaciones de precios, cantidad, peso, características, calidad, riesgos y demás datos de interés inherentes a su

	<p>naturaleza, composición y contraindicaciones; que les permita elegir conforme a sus necesidades y obtener un aprovechamiento satisfactorio y seguro; y la indemnización efectiva o la reparación de los daños y perjuicios atribuibles a responsabilidades de los proveedores en los términos que establece la presente ley.</p> <ul style="list-style-type: none">- El Ejecutivo dará prioridad y protección especial a los grupos de consumidores y usuarios, que por circunstancias extraordinarias se encuentren en una situación de inferioridad, desprotección o indefensión de sus derechos o del ejercicio de los mismos.- La protección especial establecida en el presente artículo comprenderá la atención jurídica, administrativa y de actuaciones específicas según lo dispuesto en la presente Ley, en especial a los niños y adolescentes, las mujeres gestantes, los ancianos, los enfermos, los discapacitados y los turistas o personas desplazadas temporalmente de su residencia habitual.- De igual forma que en el código civil, menciona que los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, incurrirán en responsabilidad civil, y administrativa tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aún cuando no tengan con los mismos una relación laboral.- Protección de Intereses: Artículo 15.- Se prohíbe
--	--

	<p>todo acto o conducta por parte de los proveedores de bienes y prestadores de servicios que tengan por objeto o efecto la imposición de condiciones discriminatorias abusivas en relación con los consumidores y usuarios, y en particular las siguientes:</p> <p>1) La aplicación injustificada de condiciones desiguales para proveer bienes o prestar un servicio que ponga a los consumidores y usuarios en situación de desventaja frente a otros.</p> <p>4) La imposición discriminatoria de precios y otras condiciones de comercialización de bienes y servicios sin que medie justificación económica.</p> <p>- Adopción de Medidas: Artículo 17. - Para la protección y satisfacción del derecho recogido en el artículo anterior, los poderes públicos adoptarán las medidas apropiadas, dirigidas a garantizar:</p> <p>b) La elección por parte del cliente de la forma de pago que más le convenga dentro de las posibilidades ofrecidas por el vendedor o prestador del servicio.</p> <p>c) La entrega de recibo o documentación acreditada de las operaciones realizadas, debidamente desglosadas según el caso.</p> <p>- Del instituto para la defensa y educación del consumidor y el usuario INDECU</p>
<p>Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de</p>	<p>- La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las</p>

<p>Violencia (2.007)</p>	<p>mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Especifica la Ley, dentro de las garantías para ejercer los derechos de las mujeres, que: Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de protección, de apoyo y acogida y de recuperación integral. En cada estado y municipio se crearán dichos servicios, con cargo al presupuesto anual. La atención que presten dichos servicios deberá ser: permanente, urgente, especializada y multidisciplinaria profesionalmente y los mismos serán financiados por el Estado. - Así mismo, que Los colegios de abogados y abogadas, de médicos y médicas, de psicólogos y psicólogas, de enfermeros y enfermeras de los distintos estados y distritos metropolitanos, deben establecer servicios gratuitos de asesoría especializada integral a las mujeres víctimas de violencia de género. - Define las formas de violencia como son: violencia psicológica, acoso u hostigamiento, amenaza, violencia física, violencia doméstica, violencia sexual, acceso carnal violento, violencia obstétrica, esterilización forzada, entre otras.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Define Violencia obstétrica como: la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.- Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación, un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.- De importancia el conocimiento de los derechos laborales: Las trabajadoras o funcionarias víctimas de violencia tendrán derecho, en los términos previstos en las leyes respectivas, a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la excedencia en los términos que se determinen.- A los fines de acreditar el estado físico de la mujer víctima de violencia, ésta podrá presentar un
--	---

	<p>certificado médico expedido por profesionales de la salud que presten servicios en cualquier institución pública. De no ser posible, el certificado médico podrá ser expedido por una institución privada; en ambos casos, el mismo deberá ser conformado por un experto o una experta forense, previa solicitud del Ministerio Público.</p> <p>- En la tipificación de los delitos, establece para el caso de violencia obstétrica lo siguiente: Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el
--	--

	<p>consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.</p> <ul style="list-style-type: none">- En el caso de esterilización forzada: Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener su consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado o sancionada con pena de prisión de dos a cinco años.- Finalmente, establece en materia de responsabilidad civil, la indemnización (Todos los hechos de violencia previstos en esta Ley acarrearán el pago de una indemnización por parte del agresor a las mujeres víctimas de violencia o a sus herederos y herederas en caso de que la mujer haya fallecido como resultado de esos delitos, el monto de dicha indemnización habrá de ser fijado por el órgano jurisdiccional especializado competente, sin perjuicio de la obligación del agresor de pagar el tratamiento médico o psicológico que necesitare la víctima) y reparación de los daños (Quien resultare condenado por los hechos punibles previstos en esta Ley, que haya ocasionado daños patrimoniales en los bienes muebles e inmuebles de las mujeres víctimas de violencia, estará obligado a repararlos con pago de los deterioros que hayan sufrido, los cuales serán determinados por el órgano jurisdiccional especializado competente. Cuando no sea posible su
--	---

	<p>reparación, se indemnizará su pérdida pagándose el valor de mercado de dichos bienes).</p>
<p>Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (2.001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La presente Ley tiene por objeto regular las funciones de la Contraloría General de la República, el Sistema Nacional de Control Fiscal y la participación de los ciudadanos en el ejercicio de la función contralora. - La Contraloría General de la República, en los términos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y de esta Ley, es un órgano del Poder Ciudadano, al que corresponde el control, la vigilancia y la fiscalización de los ingresos, gastos y bienes públicos, así como de las operaciones relativas a los mismos, cuyas actuaciones se orientarán a la realización de auditorías, inspecciones y cualquier tipo de revisiones fiscales en los organismos y entidades sujetos a su control. - A los fines de esta Ley, se entiende por Sistema Nacional de Control Fiscal, el conjunto de órganos, estructuras, recursos y procesos que, integrados bajo la rectoría de la Contraloría General de la República, interactúan coordinadamente a fin de lograr la unidad de dirección de los sistemas y procedimientos de control que coadyuven al logro de los objetivos generales de los distintos entes y organismos sujetos a esta Ley, así como también al buen funcionamiento de la Administración Pública. - Los entes y organismos del sector público, los servidores públicos y los particulares están obligados

	<p>a colaborar con los órganos que integran el Sistema Nacional de Control Fiscal, y a proporcionarles las informaciones escritas o verbales, los libros, los registros y los documentos que les sean requeridos con motivo del ejercicio de sus competencias. Asimismo, deberán atender las citaciones o convocatorias que les sean formuladas.</p> <ul style="list-style-type: none">- El Sistema Nacional de Control Fiscal tiene como objetivo fortalecer la capacidad del Estado para ejecutar eficazmente su función de gobierno, lograr la transparencia y la eficiencia en el manejo de los recursos del sector público y establecer la responsabilidad por la comisión de irregularidades relacionadas con la gestión de las entidades aludidas.- Quienes administren, manejen o custodien recursos de los entes y organismos señalados en el artículo 9, numerales 1 al 11, de esta Ley, estarán obligados a formar y rendir cuenta de las operaciones y resultados de su gestión, en la forma, oportunidad y ante el órgano de control fiscal que determine la Contraloría General de la República, mediante Resolución que se publicará en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Tienen igual obligación quienes administren o custodien, por cuenta y orden de los referidos entes y organismos, recursos pertenecientes a terceros. La rendición de cuentas implica la obligación de demostrar formal y materialmente la corrección de la administración, manejo o custodia de los recursos. La obligatoriedad
--	---

	<p>de rendir cuentas cobija a Directores y Gerentes de instituciones públicas de salud.</p> <ul style="list-style-type: none">- Del control de gestión: Los órganos de control fiscal, dentro del ámbito de sus competencias, podrán realizar auditorías, estudios, análisis e investigaciones respecto de las actividades de los entes y organismos sujetos a su control, para evaluar los planes y programas en cuya ejecución intervengan dichos entes u organismos. Igualmente, podrán realizar los estudios e investigaciones que sean necesarios para evaluar el cumplimiento y los resultados de las políticas y decisiones gubernamentales.- De las Responsabilidades: Los funcionarios, empleados y obreros que presten servicios en los entes señalados en el artículo 9, numerales 1 al 11, de esta Ley, así como los particulares a que se refiere el artículo 52 de esta Ley, responden penal, civil y administrativamente de los actos, hechos u omisiones contrarios a norma expresa en que incurran con ocasión del desempeño de sus funciones; la responsabilidad penal se hará efectiva de conformidad con las Leyes existentes en la materia.- Muy importante para el conocimiento de los directivos, la relación de hechos que generan responsabilidad administrativa como son:<ol style="list-style-type: none">1. La adquisición de bienes, la contratación de obras o de servicios, con inobservancia total o parcial del procedimiento de selección de contratistas que corresponda, en cada caso, según lo previsto en la
--	--

	<p>Ley de Licitaciones o en la normativa aplicable.</p> <ol style="list-style-type: none">2. La omisión, retardo, negligencia o imprudencia en la preservación y salvaguarda de los bienes o derechos del patrimonio de un ente u organismo público3. El no haber exigido garantía a quien deba prestarla o haberla aceptado insuficientemente.4. La celebración de contratos por funcionarios públicos, por interpuesta persona o en representación de otro, con los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, salvo las excepciones que establezcan las Leyes.5. La utilización en obras o servicios de índole particular, de trabajadores, bienes o recursos que por cualquier título estén afectados o destinados a los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley.6. La expedición ilegal o no ajustada a la verdad de licencias, certificaciones, autorizaciones, aprobaciones, permisos o cualquier otro documento en un procedimiento relacionado con la gestión de los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, incluyendo los que se emitan en ejercicio de funciones de control.7. La ordenación de pagos por bienes, obras o servicios no suministrados, realizados o ejecutados, total o parcialmente, o no contratados, así como por concepto de prestaciones, utilidades,
--	--

	<p>bonificaciones, dividendos, dietas u otros conceptos, que en alguna manera discrepen de las normas que las consagran. En estos casos la responsabilidad corresponderá a los funcionarios que intervinieron en el procedimiento de ordenación del pago por cuyo hecho, acto u omisión se haya generado la irregularidad.</p> <p>8. El endeudamiento o la realización de operaciones de crédito público con inobservancia de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público o de las demás Leyes, reglamentos y contratos que regulen dichas operaciones o en contravención al plan de organización, las políticas, normativa interna, los manuales de sistemas y procedimientos que comprenden el control interno.</p> <p>9. La falta de planificación, así como el incumplimiento injustificado de las metas señaladas en los correspondientes programas o proyectos.</p> <p>10. La afectación específica de ingresos sin liquidarlos o enterarlos al Tesoro o patrimonio del ente u organismo de que se trate, salvo las excepciones contempladas en las Leyes especiales que regulen esta materia.</p> <p>11. Efectuar gastos o contraer compromisos de cualquier naturaleza que puedan afectar la responsabilidad de los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, sin autorización legal previa para ello,</p>
--	---

	<p>o sin disponer presupuestariamente de los recursos necesarios para hacerlo; salvo que tales operaciones sean efectuadas en situaciones de emergencia evidentes, como en casos de catástrofes naturales, calamidades públicas, conflicto interior o exterior u otros análogos, cuya magnitud exija su urgente realización, pero informando de manera inmediata a los respectivos órganos de control fiscal, a fin de que procedan a tomar las medidas que estimen convenientes, dentro de los límites de esta Ley.</p> <p>12. Abrir con fondos de un ente u organismo de los señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, en entidades financieras, cuenta bancaria a nombre propio o de un tercero, o depositar dichos fondos en cuenta personal ya abierta, o sobregirarse en las cuentas que en una o varias de dichas entidades tenga el organismo público confiado a su manejo, administración o giro.</p> <p>13. El pago, uso o disposición ilegal de los fondos u otros bienes de que sean responsables el particular o funcionario respectivo, salvo que éstos comprueben haber procedido en cumplimiento de orden de funcionario competente y haberle advertido por escrito la ilegalidad de la orden recibida, sin perjuicio de la responsabilidad de quien impartió la orden.</p> <p>14. La aprobación o autorización con sus votos, de pagos ilegales o indebidos, por parte de los</p>
--	---

	<p>miembros de las juntas directivas o de los cuerpos colegiados encargados de la administración del patrimonio de los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, incluyendo a los miembros de los cuerpos colegiados que ejercen la función legislativa en los Estados, Distritos, Distritos Metropolitanos y Municipios.</p> <p>15. La adquisición, uso o contratación de bienes, obras o servicios que excedan manifiestamente a las necesidades del organismo, sin razones que lo justifiquen.</p> <p>16. Autorizar gastos en celebraciones y agasajos que no se correspondan con las necesidades estrictamente protocolares del organismo.</p> <p>17. El concierto con los interesados para que se produzca un determinado resultado, o la utilización de maniobras o artificios conducentes a ese fin, que realice un funcionario al intervenir, por razón de su cargo, en la celebración de algún contrato, concesión, licitación, en la liquidación de haberes o efectos del patrimonio de un ente u organismo de los señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley, o en el suministro de los mismos.</p> <p>18. El empleo de fondos de alguno de los entes y organismos señalados en los numerales 1 al 11 del artículo 9 de esta Ley en finalidades diferentes de aquellas a que estuvieron destinados por Ley, reglamento o cualquier otra norma, incluida la</p>
--	--

	<p>normativa interna o acto administrativo.</p> <p>19. Quienes ordenen iniciar la ejecución de contratos en contravención a una norma legal o sublegal, al plan de organización, las políticas, normativa interna, los manuales de sistemas y procedimientos que comprenden el control interno.</p> <p>20. Quienes estando obligados a permitir las visitas de inspección o fiscalización de los órganos de control se negaren a ello o no les suministraren los libros, facturas y demás documentos que requieren para el mejor cumplimiento de sus funciones.</p> <p>21. Quienes estando obligados a rendir cuenta, no lo hicieren en la debida oportunidad, sin justificación, las presentaren reiteradamente incorrectas o no prestaren las facilidades requeridas para la revisión.</p> <p>22. La retención o el retardo injustificado en el pago o en la tramitación de órdenes de pago.</p> <p>- Prescripción: Las acciones administrativas sancionatorias o resarcitorias derivadas de la presente Ley, prescribirán en el término de cinco (5) años, salvo que en Leyes especiales se establezcan plazos diferentes.</p>
--	--

Una vez realizada la revisión de la regulación legislativa existente, tanto de carácter específico como general, se llevó a cabo el análisis de la información, con el fin de extraer la aplicación práctica que tendría para el

Gerente de Servicios de Salud, en el desarrollo de sus funciones, el conocimiento y manejo de los contenidos de las diferentes Leyes.

Para tal efecto la normatividad se ordenó de acuerdo con la Pirámide Kelsiana de Supremacía Jerárquica de las Leyes, que establece la siguiente clasificación:

- A. Constitución Nacional
- B. Leyes Orgánicas, Leyes Especiales y Tratados Internacionales
- C. Leyes Ordinarias y Códigos
- D. Decretos-Leyes
- E. Resoluciones Ministeriales, Ordenanzas Municipales

ANÁLISIS DE NORMATIVIDAD	
LEY	ASPECTOS DE IMPORTANCIA EN LA LABOR GERENCIAL
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999)	Adquiriendo el libre consentimiento el carácter constitucional, es deber del Gerente de Servicios de Salud, establecer los mecanismos necesarios, para que no se lleve a cabo en la Institución que esté a su cargo, ningún examen (médico o de laboratorio) ni procedimiento (diagnóstico y/o tratamiento), sin que se realice por escrito, el consentimiento legítimamente declarado, de acuerdo con los términos establecidos en la Ley, disminuyendo por tanto los riesgos en que puedan verse involucrados no solo los profesionales de la salud, sino también el mismo gerente.
Ley Orgánica de Salud (1.998)	Esta Ley aporta conocimientos básicos para cualquier Gerente de Servicios de Salud, pues le indica cómo está organizado el Sistema de Salud en el País, cómo funciona, se financia y se controla la prestación de los

	<p>servicios de salud. Adicionalmente, contiene elementos relacionados con el consentimiento informado, ante lo cual, como se comentaba anteriormente, el Gerente tiene el deber de establecer los mecanismos necesarios (procesos, formatos, capacitación del persona) para que se lleve a cabo este proceso, mediante el cual se establece una relación horizontal médico-paciente, se disminuyen riesgos de carácter legal y se mejora la calidad del servicio que se presta, al brindar una información completa al paciente.</p>
<p>Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2.002)</p>	<p>Esta Ley aporta conocimientos que apoyan al Gerente en el desarrollo de sus funciones administrativas, al conocer la estructuración del sistema y aspectos puntuales en el manejo del Recurso Humano, como plazos de afiliación por parte de los empleados y cotizaciones (aportes del empleador y bases de cálculo).</p>
<p>Ley Orgánica del Poder Judicial (1.998)</p>	<p>Importante el conocimiento de los aspectos relacionados con los Médicos Forenses, en cuanto a requisitos, condiciones del servicio y las sanciones disciplinarias que se pueden presentar en caso de fallas; lo anterior en caso de dirigir un servicio de este tipo.</p>
<p>Ley Orgánica contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias</p>	<p>Esta Ley aporta conocimientos de importancia para un Gerente de Servicios de Salud, brindándole elementos que le ayudan a establecer los procesos de farmacia, específicos para el manejo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, en el caso por</p>

<p>Estupefacientes y Psicotrópicas (2.005)</p>	<p>ejemplo de unidades de anestesia, psiquiatría, oncología, etc. Dentro de los procedimientos están: requisitos de prescripción, utilización del formulario especial, tiempos de validez del formulario, custodia de las sustancias, libro de control (sellado y foliado), manejo de inventarios, entre otros.</p>
<p>Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente (1.998)</p>	<p>De importancia para el Gerente de Servicios de Salud el conocimiento de esta Ley, y el establecimiento o verificación de la existencia de procedimientos administrativos específicos dentro de la Institución que tenga a su cargo, tales como: 1. Establecimiento de fichas de identificación individuales para Recién Nacidos con los requisitos establecidos en la presente Ley; 2. Procedimientos de atención médica inmediata de emergencias para niños y adolescentes; 3. Adecuación de habitaciones de hospitalización para niños y adolescentes, que permitan la permanencia de sus padres y representantes; 4. Procedimientos de obstetricia para asegurar la permanencia del Recién Nacido con su madre lo más pronto posible; 5. Al igual que en las Leyes comentadas anteriormente, establecer el procedimiento de consentimiento informado para los niños y adolescentes, y para sus padres, representantes o responsables quienes son los garantes inmediatos de la salud de sus representados.</p>
<p>Ley Orgánica del Trabajo (1.997) y su Reglamento</p>	<p>Debido a que esta Ley rige las situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social, es de vital importancia para un Gerente de</p>

(2.006)	<p>Instituciones de Salud, conocer y manejar los conceptos que allí se expresan, pues constituyen los principios de manejo de uno de los capitales más importantes de las organizaciones, como lo es el recurso humano. El Gerente, aunque no realizará el manejo directo de cada uno de estos procesos, debe tener un conocimiento global, que le permita impartir directrices apropiadas al funcionario que esté encargado de esta área, para realizar un adecuado manejo del personal. Esta norma aplica tanto a Instituciones de carácter público como privado, derivando en una serie de sanciones a los patronos por incumplimiento, siendo además una causa frecuente de demandas contra las Instituciones.</p>
<p>Ley Orgánica de Protección, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2.005) y su Reglamento (2.007)</p>	<p>Esta Ley, junto con la anterior, es de importante conocimiento para el Gerente de Servicios de Salud, pues establece las pautas de salud ocupacional que brinden condiciones adecuadas del sitio del trabajo para prevenir situaciones como accidentes laborales y enfermedades profesionales. En el caso de los servicios de salud aplica tanto a la parte asistencial como administrativa, encontrando situaciones que hasta el momento no han sido manejadas con el rigor que requiere como son las condiciones de bioseguridad, prevención del riesgo biológico, programas de vigilancia epidemiológica, higiene y seguridad industrial, etc. De aplicación tanto al sector público como privado, permite al Gerente poder realizar la supervisión del área encargada, o la</p>

	<p>adecuada contratación de un ente externo que lleve a cabo las funciones, contando con elementos de juicio que le permitan hacer el seguimiento a su implementación, so pena de incurrir en sanciones de tipo monetario por incumplimiento.</p>
<p>Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2.007)</p>	<p>Desde el punto de vista de la Gerencia de las Instituciones Sanitarias, es muy importante el conocimiento de esta reciente ley, en donde se definen dos tipos de violencia que se relacionan directamente con el área de salud: obstétrica y de esterilización forzada, tipificando dos tipos de delitos que acarrearán responsabilidad civil, con la consiguiente obligación de indemnización y reparación, tanto para el médico tratante como para el Director o Gerente, que responde solidariamente. El conocer esto, obliga a los directores de Hospitales o Clínicas que posean unidades de Ginecología y Obstetricia, a revisar, actualizar o desarrollar sus guías de manejo, en los servicios de emergencias, indicaciones de cesárea, manejo del trabajo de parto, complicaciones del embarazo y parto y de al menos las 10 causas más frecuentes de consulta en estos servicios, de acuerdo con el perfil epidemiológico de las diferentes instituciones. Todo esto sin perder de vista lo contemplado en otras leyes analizadas anteriormente, y que acá nuevamente se hace referencia, y es en lo concerniente al consentimiento voluntario, expreso e informado.</p>
<p>Ley Orgánica de la</p>	<p>Muy importante el conocimiento de esta Ley, como</p>

<p>Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (2.001)</p>	<p>apoyo a la labor Gerencial administrativa y financiera de las Instituciones de Salud Públicas, en donde se establece en primer lugar la obligatoriedad de rendición de cuentas de las operaciones y resultados de la gestión. La Contraloría además en cualquier momento puede solicitar información o realizar visitas de auditoría, análisis e investigación. Acá la responsabilidad es de tipo penal, civil y administrativo, por los actos, hechos u omisiones contrarios a lo que se promulga en esta Ley. Estos hechos que generan responsabilidad administrativa, se relacionan básicamente con los procesos de contratación y de manejo administrativo (salvaguada de bienes) y financiero de las instituciones (presupuesto, pagos, etc.), para lo cual se deben establecer claramente los procesos, estandarizarlos y establecer sistemas de control, con el fin de que se tenga claridad y transparencia en estas áreas.</p>
<p>Ley del Ejercicio de la Medicina (1.983)</p>	<p>Esta Ley presenta las disposiciones que rigen el ejercicio de la Medicina, brindándole al Gerente de Servicios de Salud, información acerca de los requisitos que deben cumplir los profesionales para poder ser contratados (tanto nacionales como extranjeros), en cuanto a deberes nuevamente toca el tema del consentimiento informado, y manifiesta el tipo de sanciones, de orden disciplinario, administrativo y penal en que se puede incurrir por infracciones o ejercicio ilegal de la profesión, que como se ha comentado previamente afectan no solo</p>

	al profesional asistencial sino al Gerente de la Institución.
Ley del Ejercicio del Bioanálisis (1.973)	Esta Ley brinda, al igual que la anterior, información al Gerente acerca de los requisitos que deben cumplir los profesionales que quieran ejercer como Bioanalistas, lo cual será útil para la contratación de este grupo, y para la conformación de los Laboratorios Clínicos, en lo que a estructura física y de personal se refiere. Al igual que en la anterior, se establecen las sanciones de tipo administrativo, disciplinario y penal, que pueden llegar a cobijar al Gerente, por la responsabilidad solidaria que ejerce.
Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2.005)	Esta Ley brinda información acerca de otro grupo muy importante y numeroso de profesionales de cualquier institución prestadora de servicios de salud, como lo es el grupo de enfermería, estableciendo los requisitos para el ejercicio de la profesión y las condiciones de las personas que ejerzan cargos directivos en los departamentos de enfermería. Al igual que en las anteriores, se establecen las sanciones en que puede incurrirse por incumplimiento o ejercicio ilegal, que son de tipo administrativo, disciplinario y penal, que pueden llegar a cobijar al Gerente, por la responsabilidad solidaria que ejerce.
Ley del Ejercicio de la Odontología (1.970)	De igual manera que para los demás grupos mencionados anteriormente, esta Ley brinda información acerca de los requisitos para el ejercicio de la Odontología, tanto a nivel profesional como auxiliar, estableciendo las mismas sanciones que en

	<p>las leyes anteriores en caso de incumplimiento. Con estas se brindan herramientas para el manejo del personal profesional por parte de las áreas de recursos humanos, las cuáles deben ser conocidas y coordinadas por el Gerente de la Institución.</p>
<p>Código de Deontología Médica (1.985)</p>	<p>Ratifica una vez más dentro de los deberes de los pacientes y los derechos de los enfermos, el concepto del consentimiento libre, haciendo mención al principio de autodeterminación. Establece además algunos lineamientos con respecto al manejo de la Historia Clínica, los cuáles pueden ser utilizados para la elaboración del Manual de Historias Clínicas de la Institución, y establece también los parámetros de expedición de certificaciones médicas, con las sanciones en caso de falsedad en documento privado, lo cual puede servir como base para el establecimiento de reglamentaciones dentro de la Institución. Establece también los lineamientos en casos de investigación en seres humanos, que pueden aplicarse en los Hospitales Universitarios, y los principios de trasplantes de órganos, aunque posteriormente se estableció una Ley específica para este aspecto.</p>
<p>Ley Sobre Transplante de Órganos (1.992)</p>	<p>De gran importancia para el conocimiento de los Gerentes, especialmente de aquellas Instituciones autorizadas para realización de estos procedimientos, en donde se debe establecer con claridad el proceso en caso de realización de un transplante en persona viva o muerta, en donde nuevamente la obtención del</p>

	consentimiento informado por escrito está en primer orden, resaltando lo expresado en cuanto a que no se presumirá la voluntad de donar órganos o materiales anatómicos en casos de muerte cerebral.
Ley de Inmunizaciones (1.996)	Importante el conocimiento de la existencia de esta Ley, que cubre tanto a Instituciones públicas como privadas, para la elaboración de los procesos y procedimientos de vacunación de la Institución, en donde se especifiquen las condiciones de conservación, aplicación, registro y expedición de certificación de vacunación realizada a los grupos contemplados en la Ley (niños y embarazadas); junto con la responsabilidad de los Gerentes de Instituciones de Salud, de realizar la vacunación preventiva al personal de su Institución (Ej. Hepatitis).
Ley Sobre Transfusiones y Bancos de Sangre (1.977)	El conocimiento de esta Ley sirve también de base al Gerente de Servicios Sanitarios para establecer las condiciones y procedimientos de los Bancos de Sangre, en cuanto a ubicación, infraestructura, recurso humano, inscripción en el registro del Ministerio de Salud, procedimientos de obtención de sangre, conservación, procesamiento, suministro y cobro. Lo anterior para evitar las diferentes sanciones por incumplimiento.
Ley de Medicamentos (2.000)	La presente Ley brinda elementos fundamentales para la constitución de los procesos de la Farmacia de la Institución, en donde se debe asegurar la disponibilidad y dispensación eficaz y segura de los medicamentos, para lo cual se deben establecer

	<p>todos los procesos de compras, conservación y almacenamiento de los medicamentos, control de fechas de vencimiento, dispensación y administración, farmacovigilancia, etc., que garanticen la adecuada realización de este macroproceso, garantizando la calidad del servicio y minimizando riesgos y sanciones civiles y penales.</p>
<p>Código de Instrucción Médico Forense (1.878)</p>	<p>Esta antiquísima Ley brinda información al Gerente acerca de los procesos y procedimientos que deben llevar a cabo los facultativos en casos de reconocimientos en diferentes situaciones puntuales que plantea la Ley.</p>
<p>Código Civil (1.982)</p>	<p>Aquí se brinda información al Gerente de Servicios de Salud principalmente en relación con aspectos referentes a los contratos, lo cual es útil de una parte para definir la relación médico-paciente, como fuente de obligaciones de ambas partes, y como base para la contratación que en múltiples oportunidades tendrá que llevar a cabo, como líder de la Institución que dirija. En este aspecto también se deberá contar con el manual de contratación, que reúna todos los requerimientos que la Ley al respecto tenga.</p>
<p>Código Penal (2.005)</p>	<p>Dos aspectos fundamentales que deben conocer los Gerentes de Servicios Sanitarios: la responsabilidad penal conlleva también responsabilidad civil, y se hacen responsables por los delitos que se comentan en los establecimientos que dirijan; así como también responden subsidiariamente por los objetos robados en las instituciones. Derivado de lo anterior se deben</p>

	<p>establecer los procesos de custodia de objetos de los pacientes en la Institución, y todos los procesos de capacitación al personal, pues la responsabilidad también cubre al Director de la Institución. Acá vale la pena mencionar la elaboración de Guías de Atención Clínica, Manual de Historias Clínicas (evitar falsedad en documentos privados, registro completo de todas los procedimientos realizados a los pacientes, en orden cronológico, con letra clara, sin enmendaduras, con firma y sello del médico), entre otros, con el fin de minimizar riesgos.</p>
<p>Ley del Estatuto de la Función Pública (2.002)</p>	<p>Esta Ley aporta información muy importante para los Directores de Instituciones de Salud Públicas, con respecto a los requisitos para optar a un cargo en la Administración Pública, y de los aspectos fundamentales para la administración del grupo de funcionarios públicos, desde el momento de su selección hasta el retiro; condiciones estas que deben ser manejadas con total claridad en el Departamento de Recursos Humanos, con el fin de evitar sanciones o demandas.</p>
<p>Ley de Abogados (1.966)</p>	<p>Esta Ley solamente se revisó por los artículos que hacen referencia a la retasa de honorarios, que se referían desde la Ley del Ejercicio de la Medicina.</p>
<p>Ley Contra la Corrupción (2.003)</p>	<p>Esta Ley es de gran importancia para los Directores de Instituciones de Salud de carácter Público, quienes al administrar bienes y recursos públicos, responden civil, penal, administrativa y disciplinariamente. De resaltar la obligatoriedad de presentar declaración</p>

	<p>juramentada de bienes al posesionarse y luego del retiro del cargo. Además se obtiene información acerca de la tipificación de los delitos contra el patrimonio público, en los cuales se puede llegar a incurrir durante la Gestión; de ahí que deba establecer con claridad los procesos administrativos y financieros, y documentar cada una de las acciones, para poder soportar la transparencia de sus acciones.</p>
<p>Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (2.004)</p>	<p>La aplicación de esta Ley al sector salud empieza con la definición de usuario, que en este caso es el paciente, quien va a utilizar un servicio (salud), y que tiene como derechos entre otros, el recibir una información suficiente, oportuna, clara y veraz, con el fin de realizar una elección conforme a sus necesidades; se pone de manifiesto una vez más el consentimiento informado.</p>
<p>Reglamento Orgánico de la Superintendencia del Subsistema de Salud (1.999)</p>	<p>Importante el conocimiento de esta Ley, que establece las funciones de la Superintendencia del Subsistema de Salud, como son: regulación, inspección, vigilancia y control, como forma de asegurar el adecuado funcionamiento del Subsistema de Salud en el País.</p>
<p>Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria de los Servicios Médico-Asistenciales</p>	<p>Para el Gerente de Servicios de Salud el conocimiento de esta norma le permitirá hacer una revisión de las condiciones de estructura y equipamiento de la Unidad de Cirugía Ambulatoria que tenga a su cargo, para establecer el porcentaje de cumplimiento, y de existir variaciones, establecer un plan de acción para corregirlas. De otra parte, para</p>

<p>Públicos y Privados (1.998)</p>	<p>tener en cuenta que el Director de la Unidad debe ser un médico con formación administrativa o gerencial en salud. Adicionalmente, debe establecer los procesos y procedimientos del área (valoración anestésica previa, admisión, recuperación, egreso, facturación, Guías de Anestesia y Cirugía, etc.), dentro de los cuáles se debe involucrar el consentimiento informado por escrito.</p>
<p>Normas que establecen los requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Quirófanos de los Establecimientos de Salud Médico-Asistenciales Públicos y privados (1.998)</p>	<p>Para un Gerente de Instituciones de Salud es fundamental conocer la normativa existente con respecto a las diferentes áreas Hospitalarias; en este caso correspondiente a las áreas de quirófanos, en donde es obligación del Gerente realizar todas las actividades concernientes al cumplimiento de los requisitos, con el fin de prestar un servicio de calidad, con bajos riesgos tanto para el paciente como para el personal de salud. En el caso de servicios que se vayan a construir, es una guía que orienta para realizar el diseño de estas áreas de acuerdo con lo que establece la norma, de cumplimiento en cualquier tipo de institución que realice procedimientos quirúrgicos.</p>
<p>Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias (1.999)</p>	<p>De importancia conocer la existencia del Comité, que es el órgano rector en proyectos de edificaciones en salud, para edificaciones nuevas o ampliaciones y modificaciones de estructura existente, a nivel público y privado.</p>

4.2. Revisión de sentencias

En la siguiente matriz se presenta la información obtenida luego de la revisión de algunas sentencias presentadas en el área de la salud, estableciendo el año de presentación, la causa de la demanda, la sentencia proferida y algunas observaciones cuando el caso lo amerita.

REVISIÓN Y ANÁLISIS DE SENTENCIAS EN SALUD				
No.	AÑO	CAUSA DEMANDA	SENTENCIA	OBSERVACIONES
1	1.999	Falla del Servicio Médico Ausencia de Consentimiento informado	- Se declara a la Institución administrativamente responsable de los daños y perjuicios por falla del servicio médico - Como consecuencia de lo anterior se condena a pagar al Instituto por perjuicios morales (1.000 gr. Oro), fisiológicos (2.500 gr. Oro) y materiales (51.352.328 Pesos)	1. Se trata de una paciente menor de edad con diagnóstico de tumor en columna vertebral, quien ingresa para ser operada y realizar la extracción del tumor. Al realizar la cirugía se encuentra que el tumor correspondía a un hemangioma, por lo que al incidir sobre este produce una gran hemorragia que produce un shock hipovolémico en la paciente. Es necesario realizar varias maniobras para detener la hemorragia las cuáles no son exitosas, motivo por el que deciden aplicar cera ósea, procedimiento con el cual detienen el sangrado, pero producen compresión de la médula espinal, ocasionando cuadriplejia en la paciente, la cual no es reversible. 2. Denuncian el hecho de no haber realizado los estudios necesarios para determinar la naturaleza del tumor y a la falta de pericia durante la realización del procedimiento. 3. También denuncian que no se solicitó consentimiento para la realización de los demás procedimientos. Al

				<p>revisar el documento que firmaron al ingreso se encontró: estaba firmado por la madre y la menor, quien por esta condición no puede consentir; el documento no contenía el procedimiento específico y carecía de información sobre las consecuencias, secuelas y riesgos del mismo; se autorizaba en forma genérica la práctica de todos los exámenes que se consideraran necesarios inclusive examen post-mortem. Se considera entonces que el solo hecho de no obtener el consentimiento informado compromete la responsabilidad del centro asistencial, y que el consentimiento no puede contener renuncia a reclamaciones por daños.</p> <p>4. Se trata de un caso de apelación.</p>
2	1.994	Ausencia de Consentimiento informado	Se concede la tutela instaurada contra la Institución de Salud, permitiéndole al paciente elegir el tratamiento que más se ajuste a sus condiciones	Se trata de un paciente con Insuficiencia Renal Crónica en manejo con diálisis peritoneal, quien no cumple con las recomendaciones impartidas por su médico tratante, estableciéndose un deterioro en la relación médico-paciente. El médico envía al paciente a valoración por psiquiatría, quienes conceptúan que cursa con un trastorno grave de personalidad, motivo por el cual el médico decide cambiar el tratamiento a Hemodiálisis, sin

				<p>obtener consentimiento de su paciente, motivo por el cual este último presenta la acción de tutela.</p> <p>Durante el proceso no se confirma el hecho de que exista algún componente mental que lo haga incapaz de tomar una decisión.</p> <p>Al final se conceptúa que el paciente tiene la capacidad de decidir, y que es necesario preservar su derecho de autonomía, más aún tratándose de una intervención extraordinaria. Igualmente se establece que el médico podrá retirarse de la relación instaurada con su paciente en el evento de tener objeciones de fondo respecto de la decisión tomada por este último.</p> <p>Todo paciente tiene derecho a rehusar la aplicación de un determinado tratamiento sobre su cuerpo.</p>
3	1.994	Ausencia de Consentimiento informado	Se confirma el fallo mediante el cual se tuteló el derecho a la vida y a la salud de la menor	<p>Se trata de una paciente de 10 meses de edad, que es valorada por médico, quien hace un diagnóstico de bronconeumonía y desnutrición, ordenando su hospitalización. Esta indicación no es aceptada por los familiares por pertenecer a una religión que no permite hospitalización.</p> <p>El médico presenta la acción de tutela, alegando el</p>

				<p>derecho a la vida y a la salud, motivo por el cual recuerda la Sala que el derecho a la salud es irrenunciable, y por tanto carecen de fundamento legal pretensiones tales como las que constan en el expediente, relativas a la presión de ciertos grupos religiosos sobre sus miembros para no recibir los tratos mínimos razonables que la salud y derecho a la vida exigen, como bienes irrenunciables e inalienables por ser inherentes a la naturaleza humana.</p>
4	1.996	Ausencia de Consentimiento informado	Se ordena al Instituto de Salud continuar con la atención del menor.	<p>Se trata del caso de un menor adulto de edad (16 años), quien es sometido a una amputación por presentar un tumor, y quien luego de firmar junto con su padre el consentimiento para su realización, realiza y firma otro documento, en donde se niega a aceptar la colocación de sangre o sus derivados, afirmando ser de una religión que lo prohíbe (Testigo de Jehová). Este documento lo realiza junto con personas de su misma religión.</p> <p>El padre interpone la acción de tutela, argumentando que él tiene la patria potestad y que con esto se está poniendo en peligro la vida de su hijo.</p> <p>Luego de realizar la revisión del caso, se conceptúa que</p>

				no es válido el consentimiento del menor adulto que pone en riesgo su vida, sino que prevalece el consentimiento paterno.
5	1.995	Ausencia de Consentimiento informado	Ordénase al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que le preste a la persona vulnerada la protección adecuada consistente en el tratamiento integral físico y psicológico requerido para la readecuación del menor, previo consentimiento informado, y en relación con la mutilación sufrida y a la cual se ha hecho referencia en este	<p>Paciente masculino de seis meses de edad, quien según refieren los padres, sufre amputación traumática de sus genitales externos. Al ser llevado al Hospital, los médicos conceptúan que la mejor opción es realizar el cambio de sexo, haciendo una remodelación de sus genitales externos para convertirlo en mujer. Para esto los padres firman un consentimiento e incluso tramitan el cambio de los datos en el registro civil.</p> <p>El niño crece, y no logra la identificación con el sexo opuesto. Vive en varias casas diferentes a la propia. Posteriormente el niño alega su derecho a decidir, él no quiere ser mujer.</p> <p>Se instala la acción de tutela contra el médico que practicó la cirugía, concediéndosele al menor; por lo tanto se le protegen los derechos fundamentales a la identidad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. No puede realizarse un cambio de sexo sin obtener el consentimiento del paciente, así sea menor de edad.</p>

			fallo. Este tratamiento integral podrá tener continuidad más allá de los 18 años siempre y cuando un grupo científico interinstitucional lo considere conveniente.	
6	1999	Ausencia de Consentimiento Informado	Realización del procedimiento quirúrgico y suministro de medicamentos solicitados por parte del Seguro Social	Se presenta el caso de una menor de sexo femenino, de dos años de edad, con diagnóstico de Hiperplasia Suprarrenal Congénita, que generó un pseudohermafroditismo femenino, con presencia de órganos sexuales ambiguos. El padre de la menor interpone una acción de tutela contra el Seguro, debido a que cumplidos los dos años no le han realizado una cirugía de remodelación de genitales externos y no se han suministrado unos medicamentos que requieren. En primera instancia se falló a favor de esta familia, ordenando al Seguro Social disponer de todo lo necesario para realizar la cirugía. Posteriormente en la

				revisión del caso, se discute es la validez del consentimiento paterno, en casos de ambigüedad sexual y hermafroditismo, concluyendo que esta autorización paterna para la remodelación genital en casos de menores de cinco años es legítima, si se trata de un “consentimiento informado cualificado y persistente”.
7	2.002	Ausencia de Consentimiento informado	Declarar administrativamente responsable al Hospital de los daños y perjuicios ocasionados al demandante con motivo de la pérdida de oportunidad representada en la omisión a comunicarle los riesgos de la intervención médico-quirúrgica que le fue practicada; así como	Paciente de 48 años de edad, quien ingresa para extracción de un tumor en carótida, con estudios prequirúrgicos completos. El paciente es llevado a cirugía, realizando Cervicotomía en J, por cirujano vascular, sin complicaciones durante la cirugía. Evoluciona bien en el postoperatorio inmediato. Al día siguiente presenta signos neurológicos dados por parálisis facial y hemiplejía derecha, motivo por el cual es llevado nuevamente a cirugía; se encuentra trombosis de carótida, se realiza trombectomía, documentando desprendimiento de placa ateromatosa. Posterior TAC muestra gran compromiso cerebral, infartos múltiples en territorio de arteria cerebral media y hemorragia gangliobasal izquierda. Paciente con mal pronóstico neurológico. Se realiza traqueostomía y gastrostomía con

			<p>por los perjuicios morales causados a la esposa e hijos por las mismas circunstancias y hechos padecidos por la víctima.</p> <p>Condenar al Hospital al pago de indemnizaciones por:</p> <p>A. Por perjuicios morales a favor del demandante (\$8'251.224 Pesos).</p> <p>B. Por el daño a la vida de relación a favor del mismo demandante (\$15'471.045). C. Por perjuicios materiales (\$45'991.260). D. Por</p>	<p>consentimiento de la esposa. Se da de alta con gran compromiso neurológico como secuela definitiva.</p> <p>Se interpone demanda contra la Institución, se estudia el caso por presunta falla del servicio, pero se determina que no hubo tal, debido a que la institución puso a disposición del paciente toda la tecnología requerida y que no hubo negligencia por parte del médico. Lo que sí se evidenció es que no se llevó a cabo un consentimiento informado por parte del paciente, impidiendo que él pudiera tomar la decisión de someterse o rehusar a la realización del procedimiento, perdiendo la oportunidad de no resultar afectado por una intervención que podía aceptar o no. De igual forma se anota que el consentimiento debe ser específico para los riesgos concretos del procedimiento y que en los actos posteriores de ejecución cuando se requiere una intervención quirúrgica ampliatoria, "no vale el consentimiento dado para la primera intervención".</p>
--	--	--	---	---

			perjuicios morales a favor de la esposa (\$4'125.550). E. Por perjuicios morales, a favor de los hijos, (\$4'125.550), para cada uno de ellos.	
8	1.992	Falla del servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta	Administrativamente responsable al Seguro Social por la atención médica, quirúrgica y hospitalaria prestada a la paciente, y en consecuencia se condena al pago del equivalente en pesos a 1300 gramos de oro	Paciente quien asiste a control prenatal en un centro ambulatorio, con posibilidad de presentar incompatibilidad RH, lo cual es descartado por pruebas de laboratorio (Prueba de Coombs), se maneja como embarazo de bajo riesgo, y al cumplir 41 semanas de embarazo y no iniciar trabajo de parto, se remite de urgencia a uno de los Hospitales del Seguro Social para realizar cesárea. La paciente no es atendida prontamente, a pesar de que se realizan monitoreos que muestran sufrimiento fetal. Al realizar la cesárea se obtiene un recién nacido con hidrops fetal, falla cardiaca e ictericia, que fallece un día después. La paciente sufre una depresión posterior, y demanda por fallas en el servicio que le prestaron. Al hacer la

				<p>revisión del caso, de las pruebas y los interrogatorios a diferentes médicos, aparecen una serie de interrogantes sin respuesta en el proceso, que conducen a la Sala a referirse al tema de la prueba y la carga de la misma, en casos en que, como el sub - judice, se reclama la responsabilidad por falla en los servicios médicos de una entidad oficial. Se dice que, por norma general le corresponde al actor (en este caso el médico o grupo de médicos) la demostración de los hechos y cargas relacionados en la demanda, con el fin de atribuir a éstos la carga de la prueba de haber cumplido una conducta carente de culpa.</p> <p>En procesos de responsabilidad médica estatal la carga de la prueba se traslada del paciente al médico. Para exonerarse de responsabilidad la entidad demandada debe demostrar diligencia y cuidado en los servicios de salud prestados, situación que no sucedió en este caso, en donde solo se pudo constatar que hubo demoras en la atención.</p>
9	1.992	Falla del servicio (Carga dinámica	Declárese responsable al	Paciente en su tercer embarazo, asiste a control prenatal con médico general, posteriormente en remitida a

		de la prueba y falla presunta)	<p>Instituto de los Seguros Sociales de la muerte de la paciente con ocasión de los hechos narrados en la demanda.</p> <p>Se le condena a pagar por concepto de perjuicios morales el equivalente a 1.000 gramos oro para su esposo y cada uno de sus dos hijos; y por perjuicios materiales \$12.000.000 de pesos.</p>	<p>especialista en ginecología y obstetricia, quien programa para realización de cesárea. El día de la programación presenta dolor abdominal y sangrado, ingresa en centro de baja complejidad en donde horas más tarde es operada, se realiza cesárea, presentando sangrado posterior, motivo por el cual se realiza histerectomía en sitio de mayor complejidad. Continua sangrando, llevan a cuidado intensivo y fallece.</p> <p>De manera similar al anterior, los demandantes deberían demostrar la existencia de la falla en el servicio y el nexo causal, lo cual no es fácil, dado el nulo manejo de los conceptos técnicos de medicina que se tienen, por lo que se traslada la carga de la prueba del paciente al médico.</p> <p>De acuerdo con la evaluación que hace la sala, manifiesta que la evidencia muestra que el servicio funcionó mal, sin que existan pruebas que contradigan esta afirmación, motivo por el cuál se falla a favor de los demandantes.</p>
--	--	--------------------------------	---	--

10	2.000	Falla del servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta)	<p>Declarar responsables a la Universidad Industrial de Santander y al Hospital Universitario Ramón González Valencia de los perjuicios ocasionados con la muerte del joven en cuestión.</p> <p>Condenar a cada una las entidades demandadas a pagar solidariamente, a cada uno de los padres, la suma de dinero equivalente, en pesos colombianos, al valor de seiscientos (600) gramos de oro</p>	<p>Se presenta el caso de un estudiante que consulta al servicio médico de la Universidad por presentar cuadro de dolor abdominal. El médico que lo valora inicialmente hace una impresión diagnóstica de apendicitis aguda, solicita exámenes paraclínicos que pide sean mostrados al médico de turno, en caso de que el no esté. El joven trae los resultados y la persona que los lee, interpreta como cuadro viral. El paciente continuo con el cuadro, consultó varias veces, se dan diferentes interpretaciones al cuadro, no siempre se registran las atenciones en la Historia Clínica. En vista de la no mejoría, decide consultar al Hospital Universitario, en donde es valorado por varios médicos, la mayoría en entrenamiento, solicitan varios exámenes, descartan que se trate de una patología quirúrgica, orientan hacia patología hepática o biliar. Debido al deterioro, la familia decide llevarlo a una clínica particular, en donde realizan laparoscopia, encontrando peritonitis generalizada por apendicitis retrocecal, sepsis generalizada. El paciente fallece.</p> <p>En esta caso se revisa la apelación que hace el servicio médico y el Hospital Universitario, ante un fallo anterior</p>
----	-------	---	---	---

			<p>puro, y a cada uno de los tres hermanos del fallecido la suma de dinero equivalente, en pesos colombianos, al valor de cien (100) gramos de oro puro.</p>	<p>condenatorio, pero luego de revisar el caso a profundidad, este fallo es confirmado, debido a que se considera que hubo fallas en la atención que se realizó, produciendo un retardo en el diagnóstico, lo cual lleva a la muerte del paciente.</p>
11	1.992	<p>Falla del servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta.) Falta Consentimiento informado</p>	<p>Declara administrativamente responsable, en proporción de un ochenta por ciento (80%), al Instituto de Seguros Sociales por los daños causados al demandante al ser intervenido quirúrgicamente por médicos de dicha entidad. Como consecuencia</p>	<p>Paciente con diagnóstico de Osteomastoiditis crónica bilateral, a quien se le realiza mastoidectomía y timpanoplastia derecha. Durante el acto quirúrgico se encuentra sección parcial del nervio facial, que intenta suturarse fallidamente, motivo por el cual presenta en el postoperatorio, parálisis facial y disminución importante (80%) de la agudeza auditiva. El paciente se programa para realizar injerto del nervio, sin obtener resultados positivos. Demanda por falla del servicio. Al revisar el caso se encuentra que el procedimiento fue bien hecho, por personal calificado, sin embargo, a pesar de ser un proceso crónico, no se estudio previamente el estado del nervio facial, lo cual se encontró como hallazgo durante el acto quirúrgico; además de esto, no</p>

			<p>de la anterior declaración condénese al Instituto de Seguros Sociales a pagar los siguientes valores :</p> <p>a) Por concepto de indemnización por perjuicios morales el equivalente en pesos a 800 gramos de oro fino, y la equivalencia en pesos a 400 gramos del mismo metal para su esposa.</p> <p>b) Por concepto de indemnización por perjuicios materiales la suma de \$ 1.953.541.04 pesos.</p>	<p>se realizó el consentimiento informado, con las explicaciones de posibles complicaciones del procedimiento, motivo por el cual se considera culpable al Instituto en el 80%, el 20% restante corresponde al paciente, quien no asistió a consulta durante 2 años, tiempo en el que empeoró su lesión.</p>
--	--	--	--	--

12	1.990	Falla del Servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta)	Se considera administrativamente responsable al Instituto por falla del servicio, condenándose a realizar pagos por perjuicios morales (equivalente a 1.000 gramos oro) y materiales (daño emergente y lucro cesante)	Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, madre de cinco hijos, quien consulta para realización de cesárea y además firma consentimiento para realización de Pomeroy; procedimientos que se realizan con anestesia peridural. Al día siguiente presenta dolor, y parestesias en miembros inferiores, lo cual progresa hasta desencadenar en hemiplejía con pérdida del control de esfínteres. Se realizaron valoraciones en Instituto Nacional de Neurología y se diagnosticó aracnoiditis lumbar. Estado irreversible, motivo por el cual la paciente demanda, aduciendo falla del servicio. Durante la evaluación que se realiza (se trata de una apelación del fallo inicial), se considera que no puede demostrarse la existencia de negligencia, ni dolo en la actuación del médico, sin embargo al comprobarse que no se realizó evaluación preanestésica a la paciente, la sala declara que está probada la falla del servicio, demostrando que no se tuvo la diligencia y cuidados debidos. Por lo anterior se confirma la sentencia anterior.
13	1.997	Falla del Servicio (Carga dinámica)	No se considera que exista responsabilidad	Paciente que presentaba luxofractura de C4-C5, motivo por el cual fue llevada a cirugía para realizar una fusión

		de la prueba y falla presunta)	por las lesiones sufridas por la paciente.	vertebral. El procedimiento lo realizó un especialista en ortopedia, anotando como complicación desgarró de la duramadre. La paciente presenta cuadriplejía, es llevada nuevamente a cirugía, sin encontrar causa alguna para este cuadro. En esta oportunidad asiste también un neurocirujano, quien refiere no haber encontrado signos de trauma medular, hematomas ni hemorragias que puedan explicar el cuadro. La paciente demanda al Instituto, por considerar que hubo falla en el servicio. Luego del estudio del caso, del análisis de las pruebas y testimonios de los médicos, se concluye que no obstante estar acreditado que la paciente sufrió un daño como consecuencia de la intervención quirúrgica que le fue practicada por el ISS, con el acervo probatorio se acredita que la demandada obró diligentemente, lo cual la exime de responsabilidad.
14	1.997	Falla del servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta)	Se revoca la sentencia apelada y se deniegan las súplicas de la demanda.	Paciente de sexo femenino que ingresa con cuadro de dolor abdominal severo al Hospital Universitario, el médico que la atiende inicialmente solicita valoración por cirugía, por impresión diagnóstica de apendicitis. La paciente continúa con severo dolor y en vista de que seis

				<p>horas luego del ingreso no había sido valorada, decide abandonar la Institución y dirigirse a otra en donde niegan la atención, y luego a una segunda en donde realizan laparotomía exploratoria, encontrando líquido libre en cavidad y signos de pelviperitonitis. La paciente evoluciona bien en el postoperatorio inmediato, pero luego empieza a deteriorarse, motivo por el cual se recomienda traslado nuevamente al Hospital Universitario, en donde se cuenta con mayores recursos. Allí es operada nuevamente, encontrando trombosis mesentérica intestinal, con necrosis de un gran porcentaje de intestino, es llevada a cuidado intensivo, y luego de casi un mes desde el inicio del cuadro, fallece. La familia demanda al Hospital Universitario, por presunta falla del servicio, debido a que por la demora en la valoración del cirujano, se produjo la muerte.</p> <p>Se revisa el caso, que corresponde a una apelación del fallo inicial, en donde no se encontró responsable a la Institución, encontrando que no existen pruebas de responsabilidad y de nexo causal que pueda establecer que debido a la demora en la valoración de cirugía, se</p>
--	--	--	--	---

				contribuyó a la muerte, secundario a trombosis mesentérica. Motivo por el cual se revoca la sentencia apelada.
15	2.001	Falla del Servicio (Carga dinámica de la prueba y falla presunta)	No se considera responsable administrativamente al ISS por la muerte del paciente.	Se relata el caso de un paciente de sexo masculino que consultó por urgencias al Instituto de Seguros Sociales, a una de sus clínicas más grandes, de donde es remitido a un centro ambulatorio, en el cuál diagnostican Varicela, dando tratamiento sintomático e incapacidad. Solicitan una cita de control, pero en vista de que se demora demasiado, es llevado a una Clínica particular, en donde refieren que la enfermedad le había afectado otros órganos y le dan tratamiento antibiótico. Al día siguiente presenta dificultad respiratoria, motivo por el cual es llevado nuevamente a la clínica del Instituto de Seguros Sociales, donde es hospitalizado. La esposa lo visita y encuentra en un pasillo, luego le asignan habitación y lo trasladan a otra habitación, informando que cursa con una enfermedad infectocontagiosa. Cinco días después de la primera consulta, el paciente fallece. La esposa solicita que se realice autopsia; la causa de muerte según medicina legal es de Insuficiencia Respiratoria,

				<p>secundaria a TBC miliar, secundario a SIDA.</p> <p>La esposa demanda, por fallas en el servicio, debido a prestación tardía del servicio y error en el diagnóstico, pues en la prueba que se realizó en la clínica no se comprobó el diagnóstico de SIDA.</p> <p>La revisión que se hace, evidencia que el demandante no pudo probar la consulta inicial a la clínica y su remisión al centro ambulatorio, como tampoco la atención en la clínica particular. De otra parte, sí queda comprobada, mediante la historia clínica, la atención que recibió durante su hospitalización, y que aunque no se comprobó su diagnóstico, se administró tratamiento antiviral.</p> <p>En síntesis, considera la Sala que la causa de la muerte del señor quedó debidamente acreditada en el proceso y que ésta no tuvo ningún vínculo causal con el servicio prestado por el Instituto de Seguros Sociales al paciente. La atención brindada al mismo en dicha institución fue oportuna y adecuada a la impresión diagnóstica que luego confirmó el legista. Por lo tanto, no hay razón para considerar que la demandada haya restado.</p>
16	1.992	Falla del servicio	Se declara	Paciente que consulta para atención del parto. Durante el

		(Obligación de medios)	administrativamente responsable al ISS por los daños ocurridos a la demandante. Se condena al pago por perjuicios morales a la Señora del equivalente a 1800 gramos Oro y a su hija, del equivalente a 700 gramos.	evento, se presenta desgarro perineal Grado IV, que compromete esfínter anal, el cual no es reparado, dejando como secuela una fístula recto vaginal, que debe ser reparada en posterior acto quirúrgico. Paciente demanda por falla del servicio. La falla del servicio médico no implica una obligación de resultado, sino de medio. En el <i>sub - lite</i> esa obligación de medio fue incumplida en forma flagrante, porque todo da a entender que el servicio de maternidad del hospital no funcionó de acuerdo con las exigencias de la ciencia médica y que otra hubiera sido la suerte de la paciente si se hubieran puesto a su servicio los medios adecuados y oportunos que su estado (embarazo) requería y que sus condiciones morfológicas mostraban.
17	2.000	Falla del servicio (obligación de medios y no de resultados).	Se declara al ISS administrativamente responsable de los daños producidos a la demandante y a su hijo. Se condena al pago	Se presenta el caso de una paciente en embarazo, quien consulta en varias oportunidades por contracciones, y es devuelta a su casa explicándole que se trata de un “falso trabajo de parto”. Finalmente cuando su estado empeora y deciden hospitalizarla, permanece un tiempo sin ser examinada, solo hasta cuando empieza a presentar fuerte dolor abdominal y sangrado vaginal. Es necesario

			<p>por perjuicios morales del equivalente en pesos a 1000 gramos oro a cada uno, y \$27.000.000 al niño por daño material, lucro cesante.</p>	<p>llevarla a cirugía por presentar ruptura uterina, realizar histerectomía, y se recibe un bebé, que por estar expuesto a una situación de anoxia, presenta parálisis cerebral como secuela.</p> <p>Se demanda al ISS por negligencia y mala calidad del servicio (falla del mismo).</p> <p>Al revisar el caso, se discute, que si bien la medicina es de medios y no de resultados, en el caso de ginecología, dadas unas condiciones en que se lleva a cabo un control prenatal adecuado, casi se pudiera hablar de resultados, salvo en presencia de situaciones fortuitas, que no se consideran acá. En este caso, se terminó que no se llevaron a cabo todos los estudios, que pudieron haber evitado tal complicación, como son monitoreos fetales, vigilancia de síntomas prodrómicos de ruptura uterina, y estudios pelvimétricos, configurando un servicio deficiente, con la consiguiente responsabilidad.</p>
18	1.993	Ausencia de Consentimiento informado	Se declara responsable administrativamente al	Paciente quien ingresa para realización de cesárea segmentaria, durante el mismo acto quirúrgico el médico realiza pomey. La paciente consulta a otro médico por

			<p>Hospital de los perjuicios causados a los demandantes. Se condena al pago por perjuicios fisiológicos (2.000 gramos oro) y morales (1.000 gramos para la señora, 1.000 gramos para el esposo y 500 gramos para el hijo).</p>	<p>infertilidad y al revisar la historia se da cuenta de que esta era la causa. La paciente y su esposo demandan por haber realizado dicho procedimiento sin autorización. El médico refiere haber realizado la cirugía para conservar la salud de la paciente, pero esto no es avalado por la ciencia médica ni por otros colegas. Por lo anterior se considera responsable a la Institución, no se obtuvo consentimiento y era un procedimiento que no se consideraba de urgencia.</p>
19	1.999	Falla del Servicio (Pérdida del Chance)	<p>Declárase administrativamente culpable al ISS por la muerte del paciente. Se condena a pagar por perjuicios morales (1.000 gramos oro), perjuicios materiales modalidad lucro cesante \$37.167.511.</p>	<p>Paciente que presenta cefalea y trastornos de comportamiento, es valorado por psiquiatra quien ordena un electroencefalograma, que la esposa le manda realizar por neurólogo al día siguiente. Este encuentra alteraciones, motivo por el cual sugiere realizar una escanografía. Para esto, la esposa lo lleva al ISS, en donde es valorado por neurocirujano, quien ordena este examen pero por consulta externa. Ante esto, la esposa consigue su pronta realización y llevan resultados. Es valorado por médico quien decide enviar a unidad de</p>

				<p>salud mental, en donde es hospitalizado y fallece por presentar encefalitis.</p> <p>El Tribunal fundamentó su decisión en el régimen de presunción de falla de servicio y concluyó luego de un análisis amplio de la prueba que la entidad demandada no demostró que su actuación se haya enmarcado “dentro de los parámetros de la eficiencia, prudencia o idoneidad”. Consideró el a-quo que el ISS no cumplió la obligación de medio que le correspondía porque existió retardo en la prestación del servicio, pues “entre los días 7 y 10 de septiembre de 1990 no se le brindó al señor ninguna atención seria y adecuada, no obstante la gravedad que se evidenciaba con la sintomatología presentada”. El haber remitido el paciente a la unidad de salud mental retardo aún más el diagnóstico y la posibilidad de evitar el desenlace fatal.</p>
20	1.996	Falla del servicio (Responsabilidad solidaria)	Declárase que la Nación - Ministerio de Salud, y el Departamento de Caldas, Dirección-	Paciente quien consulta a un Hospital para la realización de cesárea por diagnóstico de embarazo postérmino (43 semanas). La cirugía se realiza sin complicaciones, pero la paciente presenta dolor abdominal posterior, motivo por el cual vuelve a consultar, encontrando que en

			<p>Seccional de Salud de Caldas, son solidaria y administrativamente responsables, de las lesiones sufridas por la demandante</p> <p>Se a pagar solidariamente por concepto de perjuicios morales el equivalente en pesos de quinientos (500) gramos de oro fino para la señora, trescientos (300) para su esposo y cien (100) gramos del mismo metal para cada uno de los tres hijos.</p> <p>Condénase</p>	<p>cavidad abdominal fue dejada una compresa, que ha producido infección, motivo por el cual es necesario realizar una nueva intervención quirúrgica.</p> <p>La señora instaura demanda contra la Nación Colombiana Ministerio de Salud y el Servicio Seccional de Salud del Departamento de Caldas, para que estas entidades sean declaradas solidaria y patrimonialmente responsables por las lesiones ocurridas en el Hospital, que depende técnica y administrativamente de la Seccional.</p> <p>Se realiza la revisión del caso, encontrándose que durante la cirugía no se pusieron a disposición todos los medios de cuidado necesarios para evitar que una compresa se quedará olvidada, actuando negligentemente, estableciendo por tanto una responsabilidad, demostrando con esto una relación de causalidad.</p> <p>Se debate también la diferencia entre responsabilidad patrimonial del estado, en la cual se realiza la evaluación global de la prestación; y compromiso profesional en la actividad privada y particular, en donde se evalúa el</p>
--	--	--	---	---

			igualmente a pagar por concepto de perjuicios materiales la suma de \$1.971.451.36	comportamiento y condiciones particulares del médico.
21	2.002	Falla del Servicio (Responsabilidad solidaria)	Declárase responsables por la muerte del paciente al cirujano tratante, médico de turno, 2 enfermeras de turno y comunidad religiosa que maneja la clínica. Condénase al pago por perjuicios morales y materiales, en porcentajes del 60%, 30% 5% y 40% respectivamente.	Paciente masculino de 21 años de edad, quien ingresa a la clínica para realización de cirugía maxilofacial, procedimiento que se realiza sin complicaciones, luego de lo cual es trasladado a piso; en el postoperatorio presenta sangrado nasal, por lo cual la madre llama a enfermería, responden que es un proceso normal en ese tipo de cirugías, y en una segunda oportunidad le hacen entrega de gasas y pañuelos para que lo limpien; continúa con el sangrado y el paciente presenta angustia, tos y la madre refiere movimientos como si se estuviera ahogando. (Debido al tipo de cirugía tiene cerclaje en los dientes.) El sangrado aumenta y ahora es por boca y nariz; la enfermera llama al médico de turno quien revisa cánula nasal y destapa, coloca succión y ordena sedante (Valium). El paciente continúa en mal estado, las enfermeras llaman al médico de turno quien no asiste y

				<p>ordena llamar al tratante. El paciente presenta paro cardiorespiratorio que no responde a maniobras. Reporte de necropsia: muerte por shock hipovolémico, broncoaspiración hemática. La madre demanda en forma solidaria al equipo de la clínica, incluida la comunidad religiosa que está a cargo de su manejo administrativo.</p> <p>Luego de realizar la revisión del caso, se decide que existe responsabilidad solidaria: del médico tratante por no haber realizado ningún tipo de valoración postoperatoria y no haber dejado consignadas en la historia las recomendaciones específicas en caso de complicación; al médico de turno por haber realizado solo una valoración, haber ordenado sedación a un paciente que requiere estar despierto por su condición, y no haber respondido al segundo llamado de urgencia; a las dos enfermeras por no haber tenido una dedicación y cuidado mayor con el paciente, de manera tal que se hubiera podido evitar el desenlace fatal; y a la comunidad religiosa, por no contar con el personal adecuado y porque deben responder solidariamente por las actuaciones de sus empleados.</p>
--	--	--	--	---

22	1.997	Acción por incumplimiento de contrato de ejecución de obra (cirugía estética)	Estima demanda y condena al médico a una indemnización de 4.500.000 pesetas, por cirugía que no ofreció los resultados pretendidos y dejó importantes secuelas. Médico no especialista es cirugía plástica.	<p>El perito judicial dictamina que el resultado no ha sido positivo, y la cicatriz es apreciable, cuando no debería ser así, estando ubicada en un lugar no habitual en este tipo de intervenciones (blefaroplastia para corrección de ptosis bilateral).</p> <p>Se trata de un contrato de ejecución de obra (“en el propio contrato se habla de resultado final), acudiendo la paciente no como persona enferma, sino como persona que quiere mejorar su aspecto físico y eso es precisamente lo que se le ofrece y acepta.</p> <p>El médico no puede ser exonerado bajo el pretexto de que la paciente aceptó los riesgos, porque no está acorde con el tipo de contrato elegido. Adicionalmente, el demandado realizó una actividad para la cual no tenía especialidad, deduciendo responsabilidad.</p>
23	2.001	Falla en el servicio y falta de consentimiento informado	Estima la demanda y condena al médico y a la compañía aseguradora a una indemnización de 7 millones de pesetas.	Médico opera al paciente por una fístula cervical, resultando en parálisis del nervio facial. Según perito, para operar una fístula cervical no es necesario incidir en el nervio facial, y además no se pudo comprobar la existencia del consentimiento informado (la carga de la prueba corresponde al médico, quien no pudo demostrar

				su existencia, no siendo suficiente tan solo el que el paciente haya accedido a realizarse la cirugía)
24	2.002	Resultado adverso a la finalidad pretendida con una ligadura de trompas, y falta de consentimiento informado	Se condena al pago de 4.500.000 pesetas y al pago de 300 euros mensuales, hasta cumplir los 7 años de vida del niño.	Al realizar el procedimiento de ligadura de trompas, existe una obligación de resultado; sin embargo la paciente resulta embarazada posteriormente. El médico habla de una cifra de fallos, sobre los cuáles no informó a la paciente, previo a la realización del procedimiento.
25	2.003	Complicación secundaria a aplicación de anestesia raquídea (Ausencia de consentimiento informado)	Responsable, se condena al pago de 90.000 Euros	Paciente que fue sometido a tratamiento por litiasis renal, que requirió aplicación de anestesia raquídea, luego de lo cual presentó mielitis de cono medular y síndrome de cauda equina, que le ocasionó atrofia de cuádriceps derecho, de músculos de pierna derecha, flexión plantar del pie derecho inferior a 30º , rigidez en flexión de los dedos del pie derecho e impotencia. Aunque en primera instancia había sido absuelto, en segunda instancia se revoca y condena porque no existe documento alguno que pruebe que existió el

				consentimiento informado, y el médico no probó la existencia de suficiente y eficaz información. Con esta ausencia se considera suficiente para condenar, sin entrar a probar si existió mala praxis o no.
26	2.000	Demanda por resultados y falta de consentimiento informado	Absolutoria	Se instaura demanda contra cirujano maxilofacial por el resultado de su intervención y por falta de consentimiento informado. En segunda instancia se absuelve pues se considera: 1. Que hubo información. 2. Que deben ser objeto de información los riesgos previsibles, más no aquellos de rara ocurrencia. Según el perito el riesgo era infrecuente y atípico. 3. No responsabilidad objetiva. 4. El demandante no ha probado conducta contraria a la <i>lex artis</i> (ni siquiera establece qué acto del médico ha causado daño) y la prueba pericial la descarta.
27	2.004	Negligencia médica y falta de consentimiento	Responsable. Se condena a pagar 50.000 euros	Se instaura demanda contra cirujano, por complicaciones derivadas de la realización de una prostatectomía total que generó la presencia de una fístula urinaria y rectal, dejando como secuelas anocontractura, incontinencia urinaria y depresión. Se absuelve al cirujano por mala praxis, al considerar los peritos que se actuó correctamente y que la fístula es

				una complicación frecuente en el tipo de operación practicada; sin embargo estima que hay responsabilidad por la falta de consentimiento informado, con independencia de la inexistencia de causalidad entre la desinformación negligente y el resultado dañoso producido. La única información que dio el médico acerca de la intervención es que “era como una mandarina a la que tenía que quitar todos los gajos”
28	1.998	Falla en el servicio	Responsable. Se condena al pago de 2.000.000 de pesetas.	<p>Paciente quien presenta infección de oreja, producida por dehiscencia de sutura, tras cirugía estética tendiente a corregir “oreja de soplillo” del paciente.</p> <p>Se considera incumplimiento de <i>Lex artis ad hoc</i> (intervención quirúrgica inadecuada. Relación de causalidad por mala utilización de medios según perito). Según informe pericial se suturo a tensión y se infectó. Es principio de cirugía plástica no suturar a tensión.</p> <p>La paciente se negó a ser tratada por el mismo médico y firmó un alta voluntaria aceptando las consecuencias que se generaran, pero no se puede aplicar la cláusula de exoneración y se justifica que se negara a seguir bajo el cuidado del citado médico.</p>

				Para valoración de la indemnización se tiene en cuenta el resultado negativo, dificultad de realizar una nueva intervención, edad, sexo, coste de una futura intervención y desembolso que ha hecho.
29	1.994	Contagio de hepatitis C por transfusión sanguínea durante atención del parto.	Se considera responsable a Insalud. Se condena al pago de 12.000.000 de pesetas (en primera instancia se condenó a 20.000.000 pero se disminuyó por no comprobarse la cronicidad de la enfermedad). A esto se suman gastos médicos y farmacéuticos.	<p>Insalud invoca que no se ha probado cómo se produjo el contagio, pero el bebé nació sin la enfermedad y los síntomas de la madre se presentaron a los 50 días, siendo el período de incubación de la enfermedad entre 6 semanas y 6 meses.</p> <p>Cierta relatividad en la probanza de la relación causal, no ha de privar del establecimiento de la misma cuando la correspondencia no puede ser objeto de prueba absoluta e incontrovertible por la propia naturaleza de la acción y el daño. Insalud alega que se hicieron todas las pruebas a los donantes de sangre y fueron negativas, pero no lo prueba; insuficiencia probatoria que induce a estimar que los controles fueron insuficientes, lo que demuestra anormal funcionamiento de los servicios sanitarios.</p> <p>Insalud impugna los gastos ocasionados en medicina privada, debido a que la paciente tiene cobertura y debería consultar a estas instituciones solo en casos de</p>

				urgencias o en situaciones de negación del servicio, pero en este caso se considera que la paciente tiene una pérdida de confianza en el servicio, lo cual se considera razonable.
30	2.000	Por patología postquirúrgica previsible, avisada pero tardíamente atendida	Se considera responsable al médico y se condena al pago de 24.300.000 Pesetas (10% de lo reclamado) por la influencia de la leve negligencia declarada en la carrera profesional del motorista	Se ha acreditado la naturaleza de su patología previa, existencia del consentimiento informado sobre consecuencias y riesgos de la intervención, así como indicaciones del postoperatorio, e incluso idoneidad de la nueva actuación quirúrgica al detectarse la complicación sobrevenida y de su posterior secuela, per además un factor de indebida laxitud en la confianza directamente facilitador de la producción o al menos agravación del resultado pernicioso, aunque sea una obligación de medios y no de resultado. En este caso el demandante telefoneó alertando de sus dolencias tras la intervención, y el médico se limitó a tranquilizarlo y remitirlo al servicio de enfermería. Según el Tribunal Supremo, hay que aplicar la oportuna terapia en el momento preciso y practicar con prontitud las verificaciones oportunas, para comprobar la verdadera afección.

31	2.003	Por secuelas resultantes de intervención (pie equino)	Condena a médico, clínica y seguro a 43.000.000 de pesetas	<p>La negligencia médica según pericia judicial radica no en la realización de la intervención quirúrgica, sino en la colocación posterior del yeso cerrado, y ausencia de debido control postoperatorio, insuficiencia de advertencias escritas en la historia clínica.</p> <p>Deficiencia en el funcionamiento del centro hospitalario por falta de respuesta adecuada del personal ante las persistentes quejas y peticiones del demandante (debieron llamar al facultativo para clarificación del situación) dejando transcurrir tiempo excesivo cuando el daño ya se había producido.</p>
32	1.998	Por contagio con Hepatitis en transfusión sanguínea	10.000.000 pesetas	<p>Se condena en base a presunciones porque en 1.989 se realizaron transfusiones de sangre y posteriormente se detectó hepatitis crónica persistente anti VHC positivo: 1º. La enfermedad puede adquirirse por transfusión sanguínea. 2º. El demandante no había presentado patología alguna previa. 3º. El Hospital donde se practicó la cirugía de mandíbula es donde se diagnostica la enfermedad. 4º. No pertenece a ningún grupo de riesgo. 5º. El Hospital acreditó que 41 de los 46 donantes resultaron negativos, pero no investigó a los 5 restantes.</p>

				<p>No hay fuerza mayor porque la enfermedad se contrajo en el Hospital al no haberse realizado comprobaciones técnicas para el debido control de la sangre, precauciones que no eran imposibles, y no se da la imprevisibilidad y la inevitabilidad que requiere la fuerza mayor.</p> <p>Aunque aparentemente el paciente curó en 1.996 (?) se mantiene la indemnización, por la posibilidad de que el virus vuelva a entrar en actividad y por los tratamientos a los cuales tuvo que ser sometido una vez se diagnosticó la enfermedad.</p>
33	1.995	Contra Insalud por pérdida de visión en ojo izquierdo por falta de tratamiento oportuno	Considera responsable a Insalud. Condena al pago de 8.000.000 de pesetas	<p>Se instaura demanda por pérdida de visión en ojo por desprendimiento de retina cuyo origen fue la falta de tratamiento (vitrectomía).</p> <p>La demandada ha actuado negligentemente porque no se ha demostrado haber procedido en la forma requerida con la finalidad de obtener la posible curación de la lesión ocular, según le incumbe conforme al principio de inversión de la prueba.</p> <p>La falta de diligencia deriva de no haber prestado el tratamiento adecuado y requerido, consistente según</p>

				<p>periciales en la necesidad de realizar intervención de vitrectomía que en 1.989 ya era posible en la red de sanidad pública.</p> <p>El Insalud pretende exonerarse alegando que envió al paciente a un Hospital que contaba con esa técnica y no se hizo porque tenían el vitréctomo inoperante, y después a otro centro donde se incluyó en lista de espera. Sin embargo, no se acoge dicho argumento porque desde 1989 a 1993 de desatendió por completo al paciente, siendo obligado a prestar tratamiento adecuada de acuerdo con la Ley General de la Seguridad Social.</p>
34	2.004	Demanda por secuelas secundarias a falla en el diagnóstico	Aunque en primera instancia se había absuelto. En segunda instancia se considera responsable y condena al pago de 52.000 euros por secuelas	<p>Según médico forense, la Doctora confundió la sintomatología del paciente y no detectó la artritis séptica que padecía, instaurando tratamiento habitual inconveniente para la naturaleza de la dolencia. Actuación imperita (el forense habla de ciertas irregularidades, como la nula mención a la herida, incompleta exploración, y tratamiento erróneo al no prescribir antibióticos).</p> <p>Imprudencia leve: era la tercera consulta de la paciente, contando la acusada en ese momento con historia</p>

				clínica, aun precaria, y con toda clase de posibilidades técnicas de utilización ante la aparición de dolor, edema e impotencia funcional del miembro afectado.
35	1.997	Por imprudencia de enfermera	Considera responsable por imprudencia y condena al pago de multa e indemnización al niño de 80.000.000 de pesetas (renta mensual vitalicia de 250.000 pesetas) y a sus padres de 25.000.000. El Insalud es responsable civil subsidiario y la Compañía de Seguros responsable civil directo.	<p>La enfermera teniendo a su cargo la vigilancia y cuidado del menor, omitió poner en conocimiento de los médicos los signos de alarma que presentaba y que aconsejaban una inmediata intervención facultativa. No se trata de síntomas súbitos de gran deshidratación.</p> <p>La conducta juzgada no fue la productora del proceso de deshidratación, que acabó produciendo el daño, pero la falta de vigilancia por parte de la acusada coadyuvó el resultado.</p> <p>Se incrementa la indemnización.</p>
36	1.993	Por imprudencia a traumatólogo	La sentencia en primera instancia	- No imprudencia temeraria porque no hubo total abandono de la vigilancia de la evolución del paciente. Sí

		<p>condena al traumatólogo por delito de imprudencia temeraria con resultado de mutilación a 35.000.000 de pesetas. Insalud responsable civil subsidiario.</p> <p>Segunda instancia: no imprudencia temeraria porque no hubo total abandono de la vigilancia de la evolución del paciente. Sí hay sin embargo una falta de atención al no especificar al ATS (Asistente Técnico</p>	<p>hay sin embargo una falta de atención al no especificar al ATS (Asistente Técnico Sanitario) su obligación de vigilar el miembro herido, pero esta ya es una obligación que tiene la ATS.</p> <p>- “Lo que es causa de la causa es causa del mal causado”: en base a esta formulación, la conducta del acusado comportó la amputación. Esta concepción está hoy en día superada porque el nexo causal se interrumpe por la existencia de accidentes o actuaciones extrañas) demoras inexplicables, darle de cenar, etc.). Y desde luego no sería justo que el primero que lo trató, que quizás cometió el error de menor entidad, deba responder de todas las consecuencias al menos desde el punto de vista penal.</p> <p>- Principio de intervención mínima del Derecho Penal lo que implica de una parte, su carácter subsidiario (el derecho penal solo debe intervenir, cuando para proteger los bienes jurídicos, se revelen como ineficaces los demás medios de tutela y sanción con los que cuenta un Estado de Derecho) y un carácter fragmentario (solo debe proteger los bienes jurídicos más fundamentales</p>
--	--	---	---

			Sanitario) su obligación de vigilar el miembro herido, pero esta ya es una obligación que tiene la ATS	para el individuo y la sociedad, y a estos sólo debe tutelarlos frente a los ataques más intensos, más intolerables). - “Lo que ocurre con demasiada frecuencia es que se acude a la vía penal para buscar soluciones a los problemas de responsabilidad médica, lo que se considera según un autor (Enrique Ruiz Vadillo) un grave error, añadiendo que es en el ámbito administrativo y civil donde deben tener solución la mayor parte de los problemas de este tipo, jurisdicciones a las que hay que añadir la el campo laboral cuando, como en este caso, se trata de daños por actuaciones médicas dentro de la actividad de centros de la Seguridad Social, materia en la que rige un criterio objetivo de responsabilidad (Art. 106,2 Constitución Española).
37	1.993	Intrusismo profesional	Condena por el delito de usurpación de funciones a pena de prisión, suspensión de cargo público y de la profesión de protésico	Actuaba como odontólogo y así era conocido, cobrando los correspondientes honorarios con el consiguiente perjuicio de los titulados habilitados para ello. Fue sometido a vigilancia por detectives privados y en su consulta se encontró sillón e instrumental de odontólogo. -El acusado rebasó en su actuación el ejercicio de las

				funciones propias de la profesión de protésico dental para invadir la esfera propia de los odontólogos, pues únicamente corresponde a aquéllos, dotados de título oficial de segundo grado, el diseño, preparación, elaboración, fabricación y reparación de prótesis dentales, mediante la utilización de los productos, materiales, técnicas y procedimientos conforme a las indicaciones y prescripciones de los médicos Estomatólogos u Odontólogos, mientras que a los Odontólogos y a los médicos Estomatólogos o de Cirugía Maxilofacial, con el correspondiente título universitario de Licenciado, se les reserva la realización del “conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y de tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y tejidos anexos”.
38	1.998	Imprudencia temeraria	Absuelve	No hay comportamiento negligente que vulnerara la <i>Lex artis</i> . No hay claras pruebas de cargo, que excluyan meras presunciones o posibilidades. Las periciales no son concluyentes. - “En modo alguno puede atribuirse al acusado, con la certeza y seguridad que la condena penal exige, esa

				<p>patente y grave falta de esmero y aplicación en su tarea que las acusaciones le imputan. No olvidemos que se formula acusación por un delito de imprudencia temeraria, que exige una grave y grosera infracción de los deberes objetivos de cuidado exigibles en las circunstancias concurrentes, y no un mero o ligero descuido o falta de atención, que ni siquiera de forma alternativa solicitó el Ministerio Fiscal”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La historia clínica no refiere esa inmediatez en la parálisis, sino un progresivo debilitamiento y pérdida de fuerza del citado miembro inferior. Paciente postrado en cama con escasa masa muscular. - Absuelve a ATS del delito de imprudencia temeraria por inyectable, al no acreditarse que lo colocara en lugar inadecuado
39	2.001	Imprudencia grave	Absuelto	<p>Demanda a enfermero por curación de herida en rodilla donde posteriormente se descubrieron cristales.</p> <p>–“En la imprudencia médica no se incrimina el error científico de diagnóstico, la falta de pericia o de cualificada especialización, reprochándose únicamente al profesional sanitario la equivocación inexcusable o la</p>

				<p>incuria sobresaliente, circunstancias ausentes en los hechos que advierten ahora al conocimiento de esta sala, al limitarse el auxiliar técnico a suturar una herida que había examinado el facultativo, ateniéndose a instrucciones que no incluían un estudio radiológico de eficacia incierta, al ser los cristales radiotransparentes y sus fragmentos de difícil detección, y si el enfermero acusado no pudo advertir su presencia o incrustación al proceder a la limpieza de la herida, tampoco el servicio de Cirugía Pediátrica se mostró del todo resolutivo, al presentar la niña absceso tras una primera asistencia, que motiva una segunda intervención”.</p>
40	1.998	Por error en diagnóstico	Absuelto	<p>Tras sucesivas asistencias en los centros dependientes de los demandados Insalud Y comunidad Autónoma de Murcia, por dolor en fosa iliaca derecho, no se diagnóstico apendicitis, acudiendo a la medicina privada en donde fue intervenido.</p> <p>En primera y segunda instancia se desestima la demanda:</p> <p>-No hay responsabilidad objetiva y la culpa hay que probarla.</p>

				<p>- “Aún cuando los razonamientos en que la parte actora apoya su pretensión están perfectamente amparados en lo que constituye una natural inquietud y contrariedad por el hecho de que los profesionales médicos no llegaran a establecer un diagnóstico más pronto y certero acerca de la dolencia que padecía durante los dos años que acudió a consulta en varias ocasiones, que según el informe médico-forense bien pudiera haber consistido en un cuadro de apendicitis subaguda recidivante, no puede derivarse exclusivamente de esa circunstancia una eventual responsabilidad de los mismos y de los centros de que depende.</p> <p>-Solo se cuenta con el dictamen del médico forense quien descarta cualquier desatención médica, debido a que el cuadro era persistente sin presencia de irritación peritoneal, ante lo cual los facultativos ordenaron continuar el estudio y consultar en caso de agudización de los síntomas.</p> <p>-En ningún caso se apreció situación de apendicitis aguda que requiriera intervención quirúrgica.</p> <p>-Tampoco se prueba que la intervención en la medicina</p>
--	--	--	--	--

				<p>privada se llevara a cabo con urgencia, concurriendo grave riesgo para la salud de la enferma (falleció el médico que la operó)</p> <p>- “Si bien pudo existir a lo más una falta de acierto en el diagnóstico (extremo que ni siquiera refiere el forense), nunca existió desidia o desatención médica”.</p>
--	--	--	--	--

Luego de realizar el ejercicio de revisión de las sentencias, en resumen pueden resaltarse los siguientes resultados:

- De las 40 sentencias revisadas, 21 (52.5%) corresponden a la legislación Colombiana y 19 (47.5%) a la Española (Provincia de Murcia). Para el caso Colombiano se tuvo acceso en la publicación electrónica Médico-Legal, al documento de sentencia completo (fuente primaria); mientras que para los casos españoles, se leyeron los resultados consignados en un trabajo de especialización en Derecho Médico (Fernández Zapata, 2005).
- Las sentencias revisadas corresponden a un período que va entre el año 1.990 al 2.004. La distribución exacta total y discriminada por países, se presenta en el gráfico a continuación:

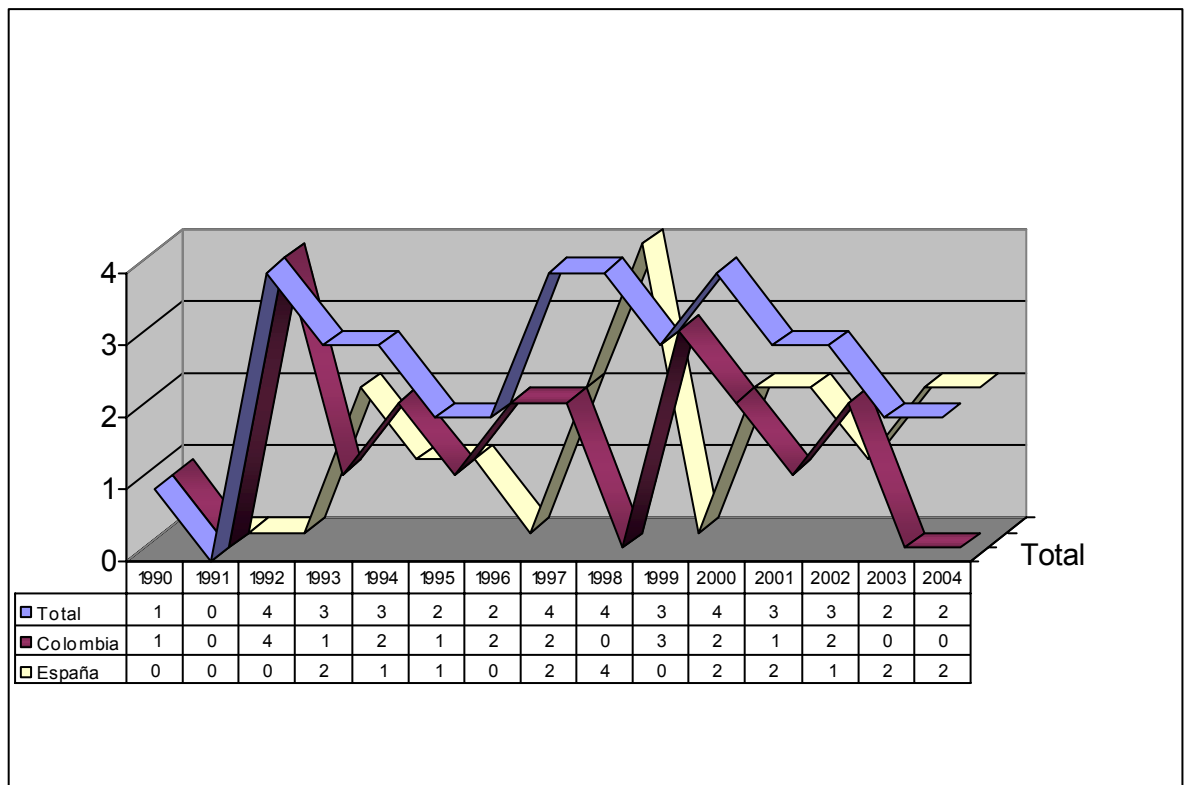


Gráfico 1. Distribución de sentencias por años de presentación.

- De los casos estudiados, 35 (87.5%) fueron de orden civil y 5 (12.5%) de orden penal.
- Con respecto a la sentencia proferida, 27 (67.5%) fallos fueron condenatorios, 8 (20%) absolutorios, y 5 (12.5%) correspondieron a casos concedidos de Acción de Tutela, que en la legislación colombiana es *“el mecanismo creado en el artículo 86 de la Constitución de 1991, mediante el cual toda persona puede reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando estos resultan vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares en los casos establecidos en la ley”* (Personería de Bogotá, 2007).
- En aquellos casos declarados como responsables, se establecen indemnizaciones y multas en dinero, o el equivalente en gramos oro (caso colombiano. 1 gr. oro = 87.126,33 pesos a octubre/2007), en pagos únicos o pensiones por un tiempo determinado o indeterminado (vitalicio en casos españoles); se ordena el pago al directo demandante como también en algunos casos a los familiares, como manera de reparar los daños o perjuicios a que haya habido lugar (materiales, morales, fisiológicos, daño a la vida de relación, etc.). Para el caso penal, además de multas, en un caso se suspendió el cargo público.
- Entre las causas más frecuentes de demanda en la parte civil, están las fallas en la prestación del servicio (52.5% del total), que se representan en casos de complicaciones médicas o quirúrgicas, resultados adversos (casos quirúrgicos), muertes no esperadas, etc.; y de otra parte, por situaciones en las cuales no existe consentimiento informado para realización de diferentes tipos de tratamientos (35.5%). En el orden penal están la imprudencia (10%) y el intrusismo (2.5%).

A continuación se presenta un cuadro con la distribución de las causas de demanda, en la cual, por razones de orden académico, se agrupan los casos

de fallas del servicio, de acuerdo con los temas más relevantes presentados en la sentencia. De otra parte se anotan los que corresponden a ausencia de consentimiento informado solamente, encontrándose 2 casos en los que se presenta concomitancia de las dos.

Cuadro 1

Incidencia por tipo y causa de demanda

TIPO	CAUSA	TEMA RELACIONADO	n	(%)	
CIVIL	Falla del Servicio	Falta consentimiento	2	5	
		Carga Dinámica de la prueba y falla presunta	8	20	
		Obligación de Medios	2	5	
		Pérdida de Chance	1	2.5	
		Responsabilidad Solidaria	2	5	
		Incumplimiento de Contrato	1	2.5	
		Incumplimiento Lex artis ad hoc	5	12.5	
		Falta de Consentimiento	14	35	
		PENAL	Imprudencia Intrusismo		4
				1	2.5

4.3. Encuesta de opinión

Como se anotó en el capítulo III, se diseñó y aplicó una encuesta para determinar la opinión y conocimiento de los conceptos del Derecho Médico, que tienen los profesionales de diferentes áreas de la salud, de entidades públicas como privadas, explorando su percepción y expectativas con respecto a la necesidad, aplicabilidad y utilidad de un programa de formación gerencial basado en esta disciplina.

El instrumento que se diseñó consta de 10 preguntas tipo Likert, en donde se evaluaban los aspectos mencionados anteriormente, con cinco preguntas finales para conocer el perfil del encuestado. El modelo del instrumento utilizado se presenta en la sección de anexos identificado con el número 01.

Como se estableció en el marco metodológico, previo a la aplicación, la encuesta fue sometida a una evaluación para determinar su validez y confiabilidad. Para establecer la validez se utilizó el criterio de Validez de Contenido y Confiabilidad, para lo cual se utilizó el procedimiento de Juicio de Expertos, seleccionando tres profesionales dentro del grupo de docentes de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud de la UCAB; a saber: Doctora Beatriz Narváez, Profesor Augusto Peñaloza y Doctor Miguel Leal, quienes realizaron la evaluación del instrumento, utilizando el formato que se encuentra en la sección de anexos identificado con el número 02, obteniendo los resultados que se muestran a continuación (ver Cuadro 2).

Cuadro 2

Resultados Evaluación de Confiabilidad Instrumento

No.ITEM	ACUERDO	DESACUERDO	OBSERVACIONES
1	2	1	Sugería realizar la pregunta dicotómica
2	2	1	Sugería realizar la pregunta dicotómica
3	2	1	Sugería realizar la pregunta dicotómica
4	3		
5	3		
6	3		
7	3		
8	3		
9	3		
10	2	1	Sugería realizar la pregunta dicotómica
Σ	26	4	Coefficiente de Haynes = 0.86

De acuerdo con el valor del coeficiente de Haynes de 0.86, se considera que el instrumento es confiable. No se realizan modificaciones a las preguntas, debido a que metodológicamente lo recomendable es utilizar la misma escala para la totalidad de las preguntas del instrumento.

Posteriormente, para asegurar hasta donde sea posible la confiabilidad, se realizó una prueba piloto, en la cual se aplicó el instrumento a 10 individuos de características similares a los que se pretendían encuestar, obteniendo en general una buena comprensión de las preguntas y

algunas sugerencias de elaboración de algunas preguntas en forma dicotómica, pero dado que la escala de Likert es adecuada para explorar opiniones, y dado el valor del Coeficiente de Haynes fue mayor de 0.60, se decidió continuar adelante con la aplicación del instrumento.

Se procedió entonces a administrar el instrumento a 50 profesionales de diferentes áreas de la salud, que trabajaban en instituciones de la salud tanto públicas como privadas, buscando que cobijara a funcionarios con cargos asistenciales y/o administrativos, que laboraban en la ciudad de Caracas y en algunas poblaciones cercanas como Los Teques y Maiquetía.

Una vez aplicado el instrumento, se tabuló la información en una tabla de Excel, y los resultados se presentan a continuación:

- Con respecto a la primera pregunta que pretendía establecer el porcentaje de encuestados que conocía el concepto de Derecho Médico, como se observa en el Gráfico 2, si bien un 60% refiere conocer del tema, un 30% no lo conoce, y si agregamos a esta población el 10% que marcó la opción neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo), encontramos un 40% que no sabe a qué hace referencia el tema, lo cual nos muestra un grupo de personas o segmento poblacional sobre el cuál podría aplicarse el programa de formación en la materia. Importante mencionar que durante el proceso de aplicación, se presentó confusión en algunos de los profesionales entre el concepto de Derecho Médico y el de Medicina Legal, el cual fue necesario aclarar antes de continuar con las siguientes preguntas.

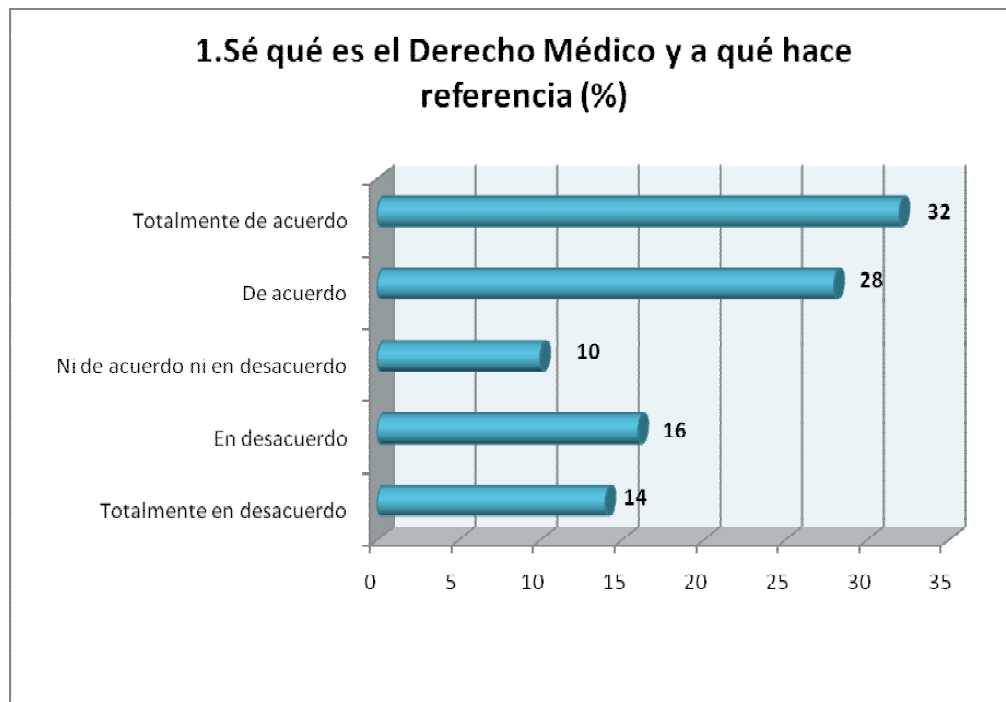


Gráfico 2. Proporción de encuestados que conoce el concepto de Derecho Médico

- En la segunda pregunta se indagaba al menos por la posibilidad de haber escuchado el término Derecho Médico, así no se tuviera un conocimiento más profundo del tema, encontrando que el porcentaje de personas que ni siquiera ha escuchado el término asciende al 42%; y si a esta proporción se le suma el grupo que marca la opción central (ni de acuerdo ni en desacuerdo), sobrepasa el 50%. Luego sigue existiendo un grupo importante para el cual, el término Derecho Médico no es familiar, que se beneficiaría del programa que se pretende formular en el presente estudio. Estos resultados se muestran en el Gráfico 3.

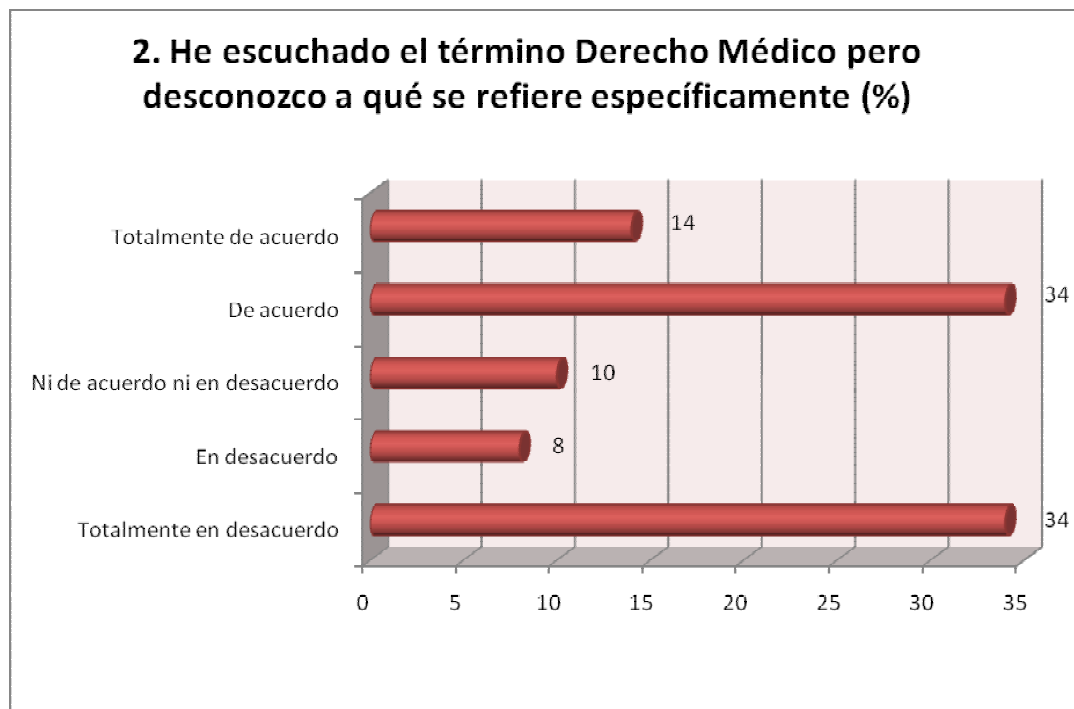


Gráfico 3. Proporción de encuestados que ha escuchado el término Derecho Médico

- En la tercera pregunta se buscaba averiguar el porcentaje de los encuestados que había tenido la posibilidad de asistir a cursos de Derecho Médico, encontrando, como se observa en el Gráfico 4, que el 28% responden afirmativamente. Esta proporción podría corresponder a un grupo que cuenta con estudios de formación en postgrados administrativos, durante los que tuvo la posibilidad de cursar esta materia, debido a que en el País actualmente no existe ningún curso en Derecho Médico como tal, motivo por el cual se pensó en la propuesta del presente estudio.

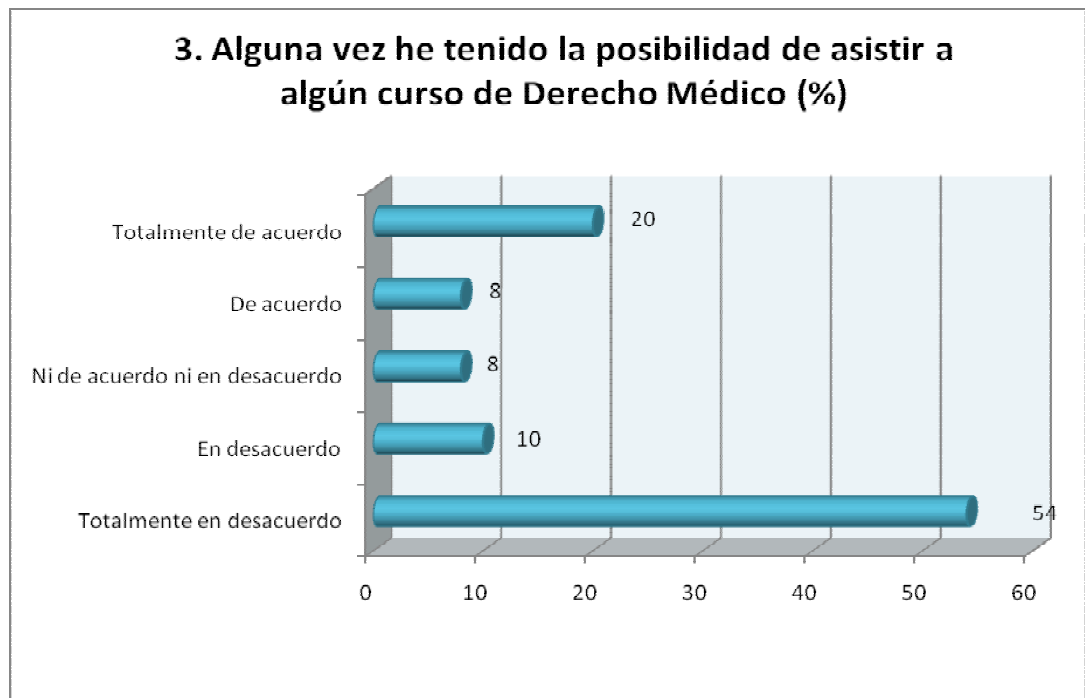


Gráfico 4. Proporción de encuestados que ha asistido a algún curso de Derecho Médico

- La cuarta pregunta pretendía conocer el porcentaje de encuestados que tendrían interés en participar en algún programa de formación en Derecho Médico, encontrando que más del 70% de los profesionales estaría interesado en participar en un curso de formación en esta materia, siendo este dato muy interesante para los propósitos del presente estudio. (ver Gráfico 5)

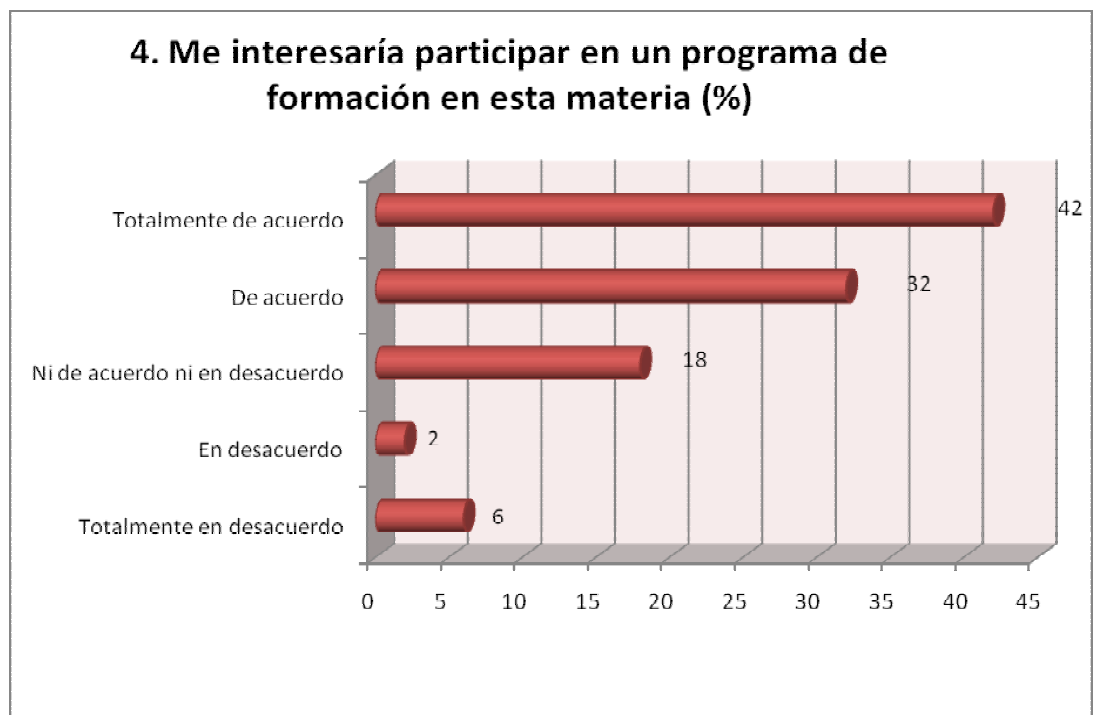


Gráfico 5. Proporción de encuestados interesados en participar en un curso de formación en Derecho Médico

- La quinta pregunta buscaba identificar la proporción de profesionales, que no consideraba de utilidad la realización de un curso en esta materia, encontrando, como se observa en el Gráfico 6, que un porcentaje mayor al 80%, no estaba de acuerdo con esta aseveración, considerando por tanto de utilidad la realización de un curso de Derecho Médico, lo cual nuevamente apoya el planteamiento de los lineamientos de un programa para desarrollar en el País.

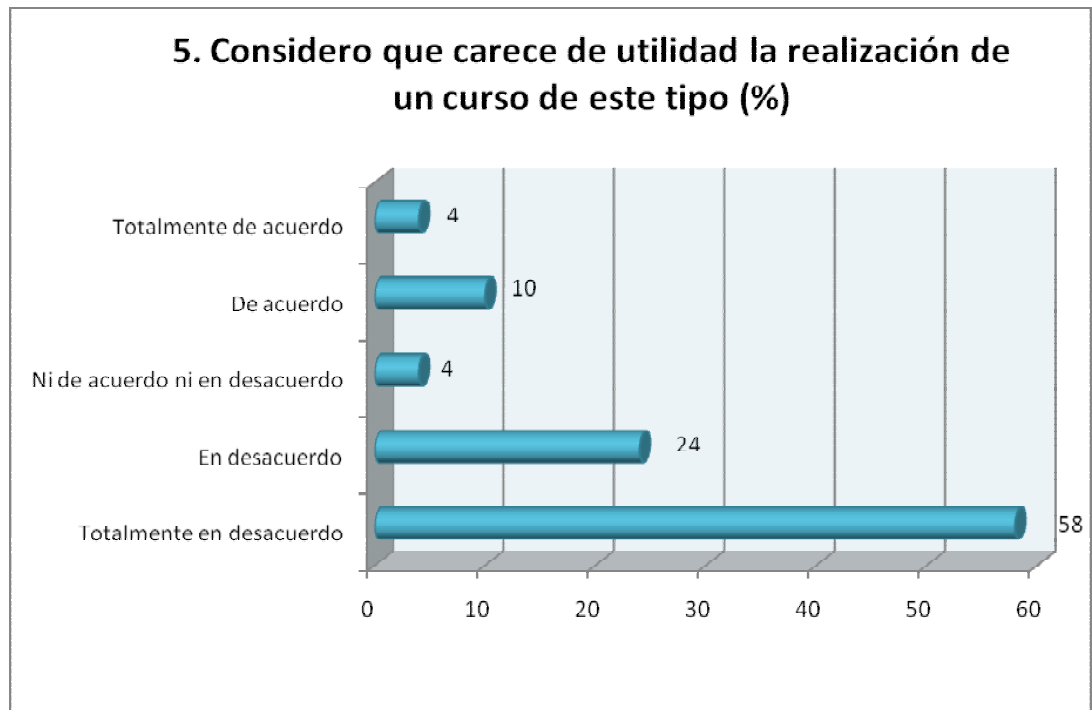


Gráfico 6. Proporción de encuestados que considera inútil la realización de un curso de formación en Derecho Médico

- La sexta pregunta, actuando como control de la pregunta anterior, indagaba acerca de la opinión al respecto de la utilidad de conocer y manejar los conceptos de Derecho Médico, observando en consonancia con la pregunta anterior, que el 96% de los encuestados considera de gran utilidad conocer y manejar estos conceptos, lo cual también apoya los propósitos del presente proyecto de investigación. (ver Gráfico 7).

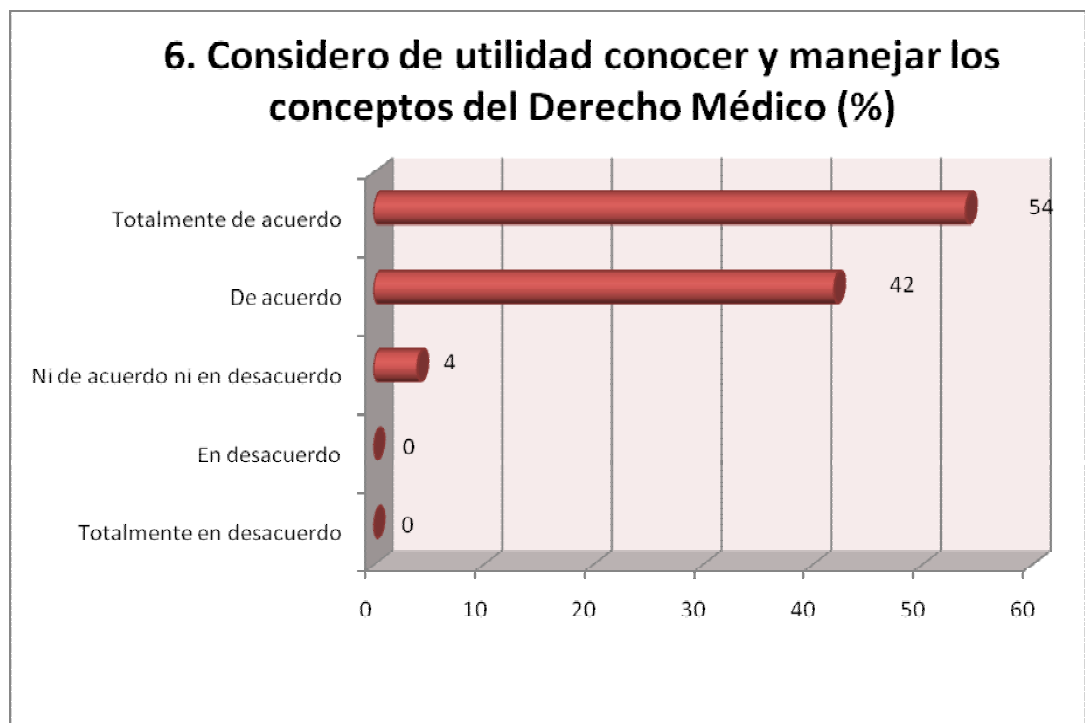


Gráfico 7. Proporción de encuestados que considera útil el conocimiento y manejo de los conceptos de Derecho Médico

- En la séptima pregunta se indagaba por la opinión con respecto a la aplicabilidad de los conceptos de Derecho Médico en el quehacer diario, ante lo cual el 90% de los encuestados respondió de manera afirmativa, teniendo en cuenta que la población encuestada pertenece tanto al sector público como privado, y se desempeñan en áreas tanto asistenciales como administrativas. (ver Gráfico 8).

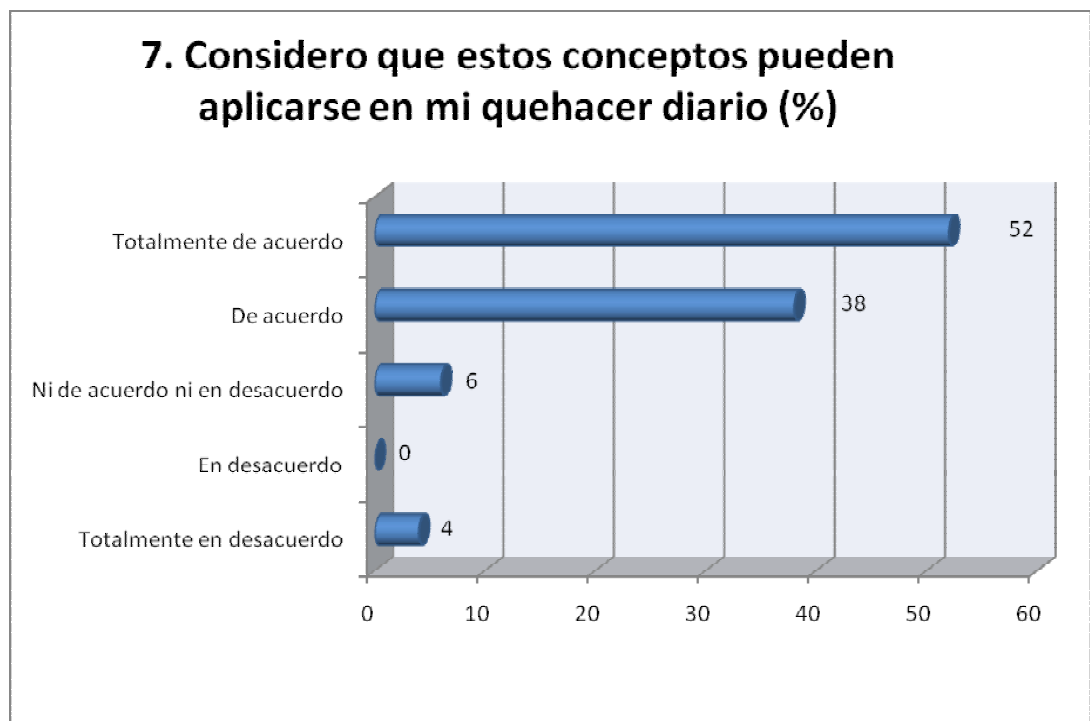


Gráfico 8. Proporción de encuestados que considera aplicables los conceptos al quehacer diario

- En la octava pregunta, se preguntaba la opinión con respecto a la factibilidad de realización de un curso de Derecho Médico en Venezuela, observando que el 96% de los encuestados (ver Gráfico 9) consideran factible la realización de un curso de Derecho Médico en Venezuela, de igual forma como se llevan a cabo en otras latitudes y países vecinos, teniendo en cuenta que en la actualidad no existe ningún programa de este tipo en el País.

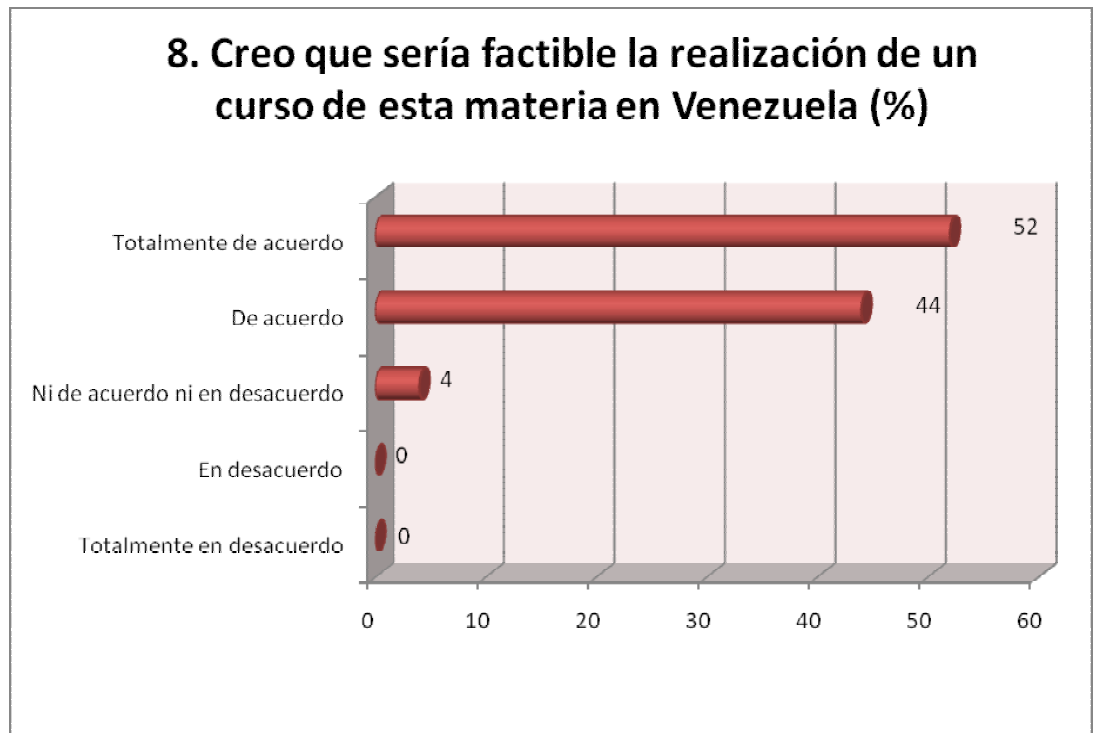


Gráfico 9. Proporción de encuestados que considera factible la realización de los conceptos al quehacer diario

- La novena pregunta, indagó la opinión de los participantes con respecto a la importancia del conocimiento de la materia de Derecho Médico, específicamente para los profesionales que ejercen en Venezuela, encontrando, como puede verse en el Gráfico 10, que el 96% de los encuestados considera importante el conocimiento de la materia, lo cual se sustentó ampliamente en los primeros capítulos, dada la situación de incremento de demandas en el campo de la salud, que afecta por igual a profesionales asistenciales y Gerentes de las Instituciones.

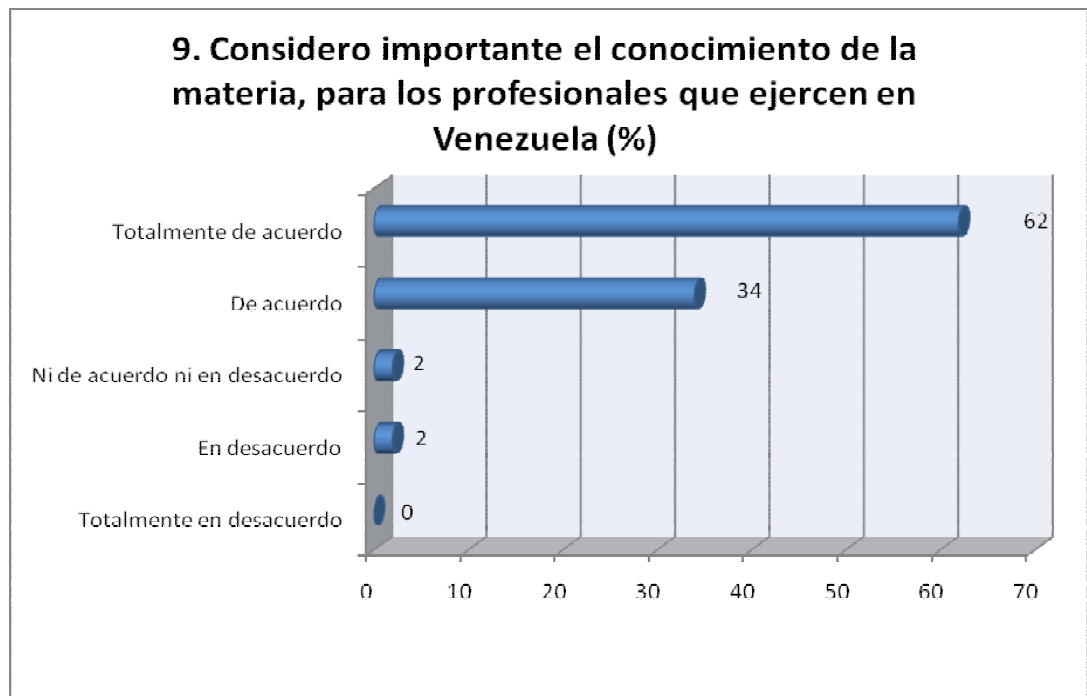


Gráfico 10. Proporción de encuestados que considera importante el conocimiento del Derecho Médico para los profesionales de Venezuela

- La pregunta número diez buscaba determinar la proporción de profesionales que conoce el código de ética o de deontología de su profesión, ante lo cual se encontró que un porcentaje mayor al 80%, ha tenido la posibilidad de conocer el código de ética médica de su profesión, encontrando un franco 8% que no lo conoce, siendo un punto importante de consideración, al momento de formular los lineamientos del Programa de Formación Gerencial. (ver Gráfico 11).

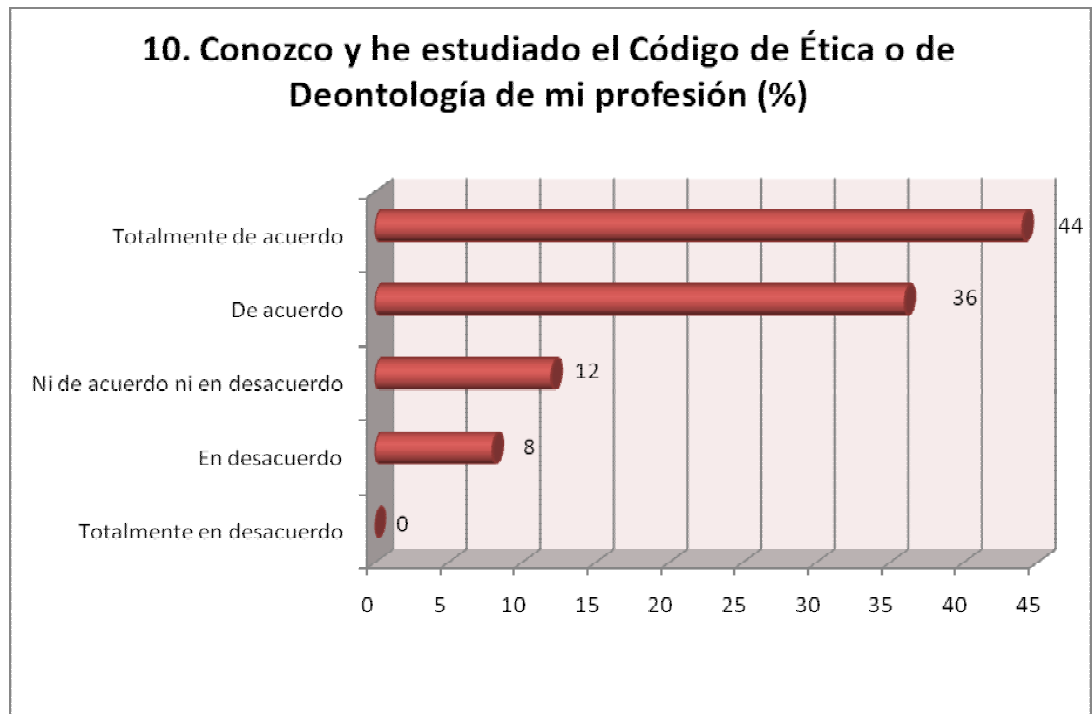


Gráfico 11. Proporción de encuestados que conoce el código de ética de su profesión

Con respecto al perfil de los encuestados se encontró lo siguiente:

- **Profesión:** Como se observa en el Gráfico 12, más de la mitad de los encuestados fueron médicos (56%), distribuyéndose el porcentaje restante casi por igual entre odontólogos, bioanalistas y licenciados en enfermería. Valga la pena aclarar que si bien la muestra se realizó por conveniencia, las encuestas se aplicaron sin haberse establecido porcentajes de profesiones previamente.

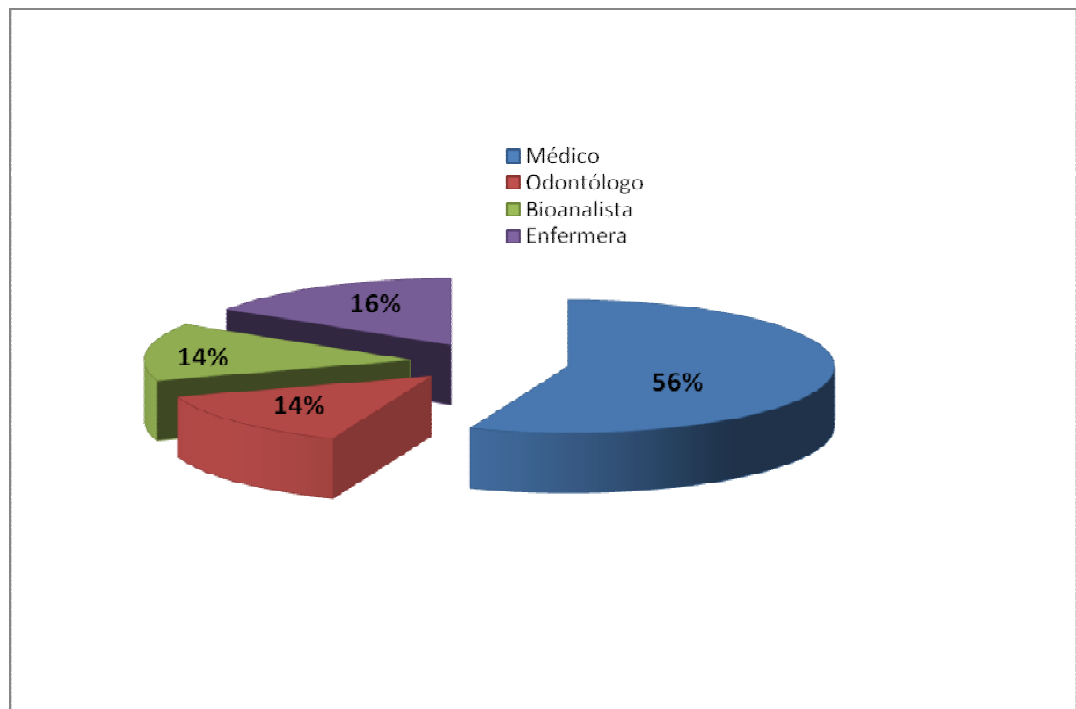


Gráfico 12. Distribución de los encuestados según profesión

- **Sitio donde laboran:** Con respecto al sitio en donde laboran los encuestados, se encontró que la mayoría se ubican la ciudad de Caracas (76%), con porcentajes menores en Los Teques (20%) y Maiquetía (4%). Valga la pena anotar acá también, que la distribución se realizó por conveniencia y estos fueron los sitios más asequibles para contactar a los profesionales. (ver Gráfico 13).

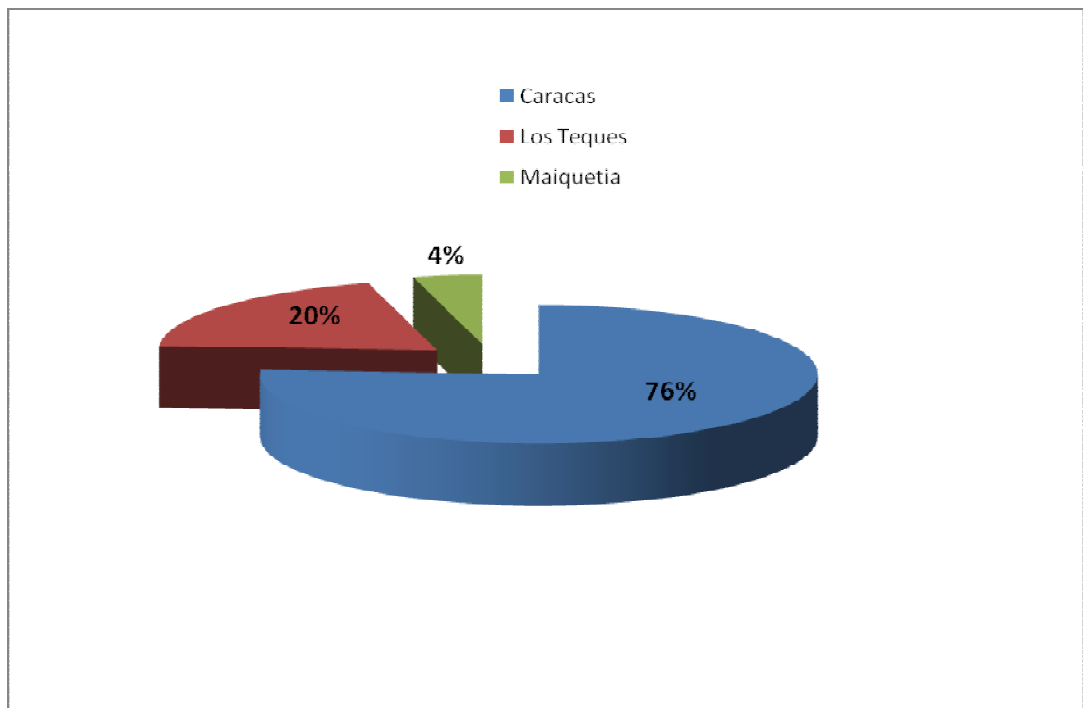


Gráfico 13. Distribución de los profesionales según lugar donde laboran

- **Tipo de Cargo:** Con respecto a la distribución de acuerdo al tipo de cargo desempeñado, como se observa en el Gráfico 14, más de la mitad de los profesionales (66%) ocupan cargos asistenciales, encontrando además un 10% de cargos administrativos, entre ellos directores de instituciones, y un 24% que tenían además de sus cargos asistenciales, responsabilidades administrativas. Lo anterior es importante, pues permite tener una visión desde diferentes perspectivas ocupacionales.

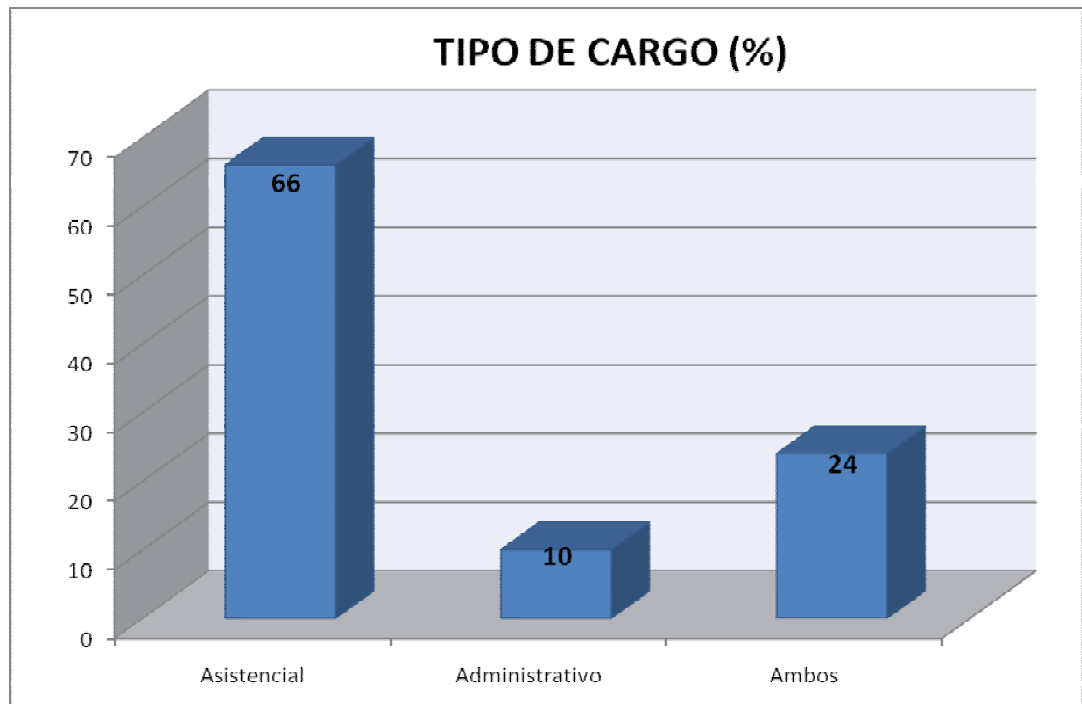


Gráfico 14. Distribución de los profesionales según tipo de cargo

- **Naturaleza de la entidad donde laboran:** Con relación a la naturaleza de la entidad en donde laboran los encuestados, se observa (ver Gráfico 15) una leve preponderancia de funcionarios públicos (40%) sobre aquellos que laboran en instituciones privadas (32%), con un porcentaje importante (28%) que se desempeña tanto en la parte pública como privada, pudiendo obtener una visión completa del panorama institucional.

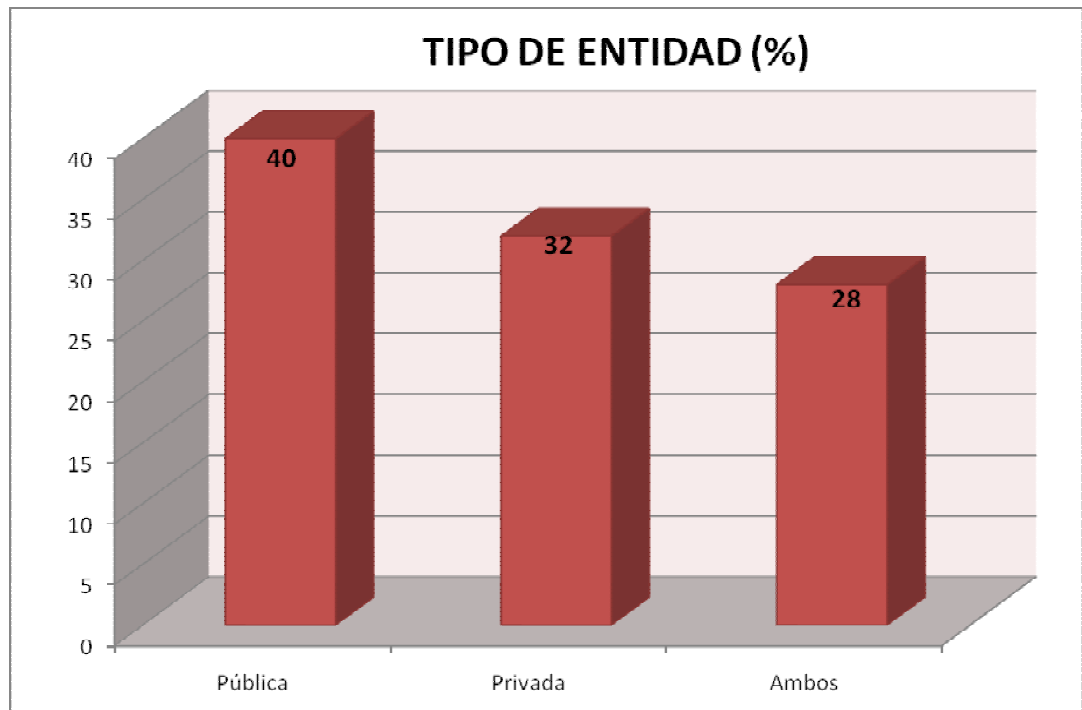


Gráfico 15. Distribución de los profesionales según tipo de entidad

- **Edad:** La pregunta final, que completa el perfil del encuestado, muestra los rangos de edad, encontrando básicamente un mayor porcentaje en el grupo de 35-44 años (38%), y una minoría en los mayores de 55 años (8%), como se observa en el Gráfico 16.

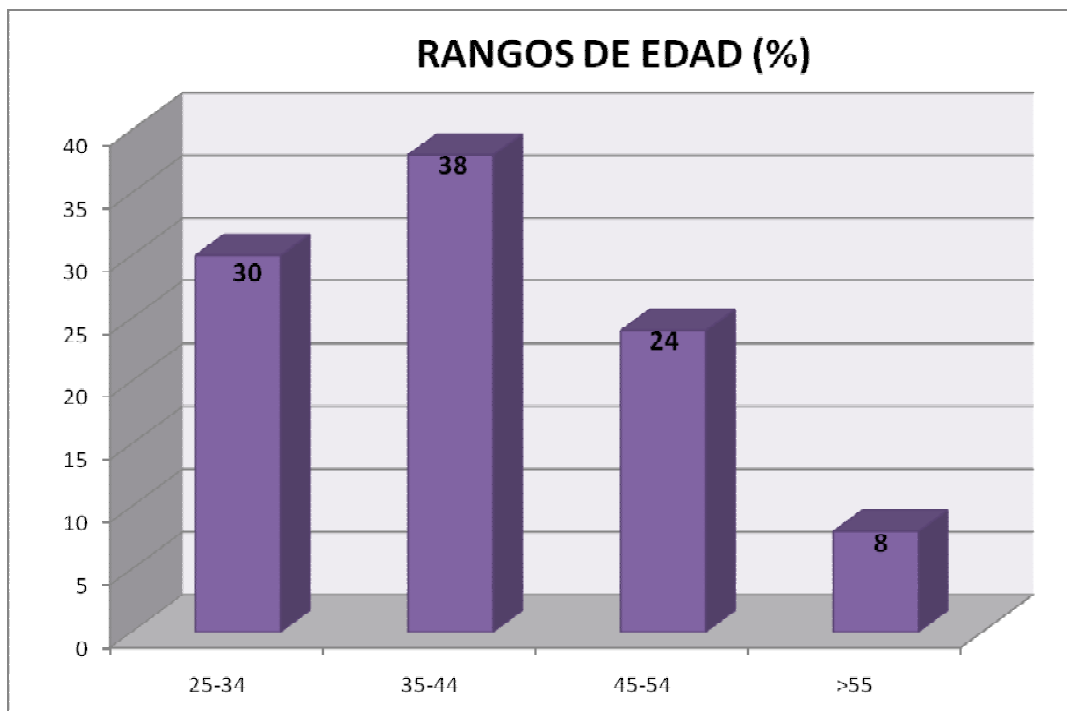


Gráfico 16. Distribución de los profesionales según edad

En resumen, los resultados que se pueden resaltar son:

- Se observó que más de la tercera parte de los encuestados (40%) carece de conocimientos acerca de la materia.
- Solo un porcentaje menor de los encuestados (28%) ha tenido la posibilidad de asistir a algún curso de Derecho Médico, lo cual se asocia probablemente a haber cursado algún programa de postgrado en ciencias administrativas de la salud en donde se haya podido cursar esta materia, debido a que en Venezuela no existe ningún curso de formación en esta materia actualmente.
- Un porcentaje mayoritario (74%) manifestó su interés en participar en un programa de formación en Derecho Médico.

- Se observó que dentro del grupo de encuestados un alto porcentaje (82%) considera de utilidad la realización de un curso de este tipo, así como en conocer y manejar los conceptos del derecho Médico (96%).
- Un porcentaje también mayoritario (90%) cree que estos conceptos pueden aplicarse en su trabajo diario, y considera factible (96%) la realización de un curso de Derecho Médico en Venezuela.
- Si bien la muestra se obtuvo por conveniencia, se pudo contar con el concurso de diversos tipos de profesionales de la salud (Médicos, Bioanalistas, Odontólogos y Licenciados en Enfermería), que ocupaban cargos de tipo asistencial (66%), administrativo (10%) y asistencial con responsabilidades administrativas (24%); que laboran en entidades tanto del sector público (40%) como privado (32%), con un 28% que se maneja en ambos sectores.

4.4. Lineamientos para el Desarrollo de un Modelo de Formación Gerencial basado en el Derecho Médico

A continuación se presentan algunos lineamientos que la Autora escribió y que se espera sirvan de base para el desarrollo de un programa de formación gerencial para profesionales de diversas áreas de la salud en el País.

La propuesta que se plantea se nutre de la información recolectada en los apartes anteriores, de la información obtenida durante la elaboración del marco teórico y de las experiencias de otras latitudes, trabajando además para que sea un modelo adaptado a las circunstancias particulares del País.

El Modelo comprende los siguientes elementos temáticos:

- Objetivos

- Definición del target de profesionales al cual irá dirigido
- Estructuración de los temas o aspectos que debe abarcar estableciendo su justificación y aplicación práctica en el trabajo del Gerente
- Perfil profesional del egresado
- Duración y Modalidad sugeridas para el curso

Ninguno de los temas que se plantean pretende ser exhaustivo pero si establecer los aspectos esenciales que ratifiquen la necesidad de su inclusión en un programa de formación gerencial. Finalmente, en la medida que se trata de una propuesta, está abierta a las adiciones, a los cambios y a las mejoras que puedan realizarse.

4.4.1. Objetivos

- Aportar herramientas conceptuales a aquellos profesionales que desempeñan cargos gerenciales en entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de que comprendan y apliquen las numerosas normas, tanto de orden específico como general, en pro del buen funcionamiento de su institución, y de la minimización de riesgos de orden legal tanto personales como de su equipo de colaboradores
- Brindar elementos que permitan a los diferentes profesionales de las áreas de la salud, conocer, apropiar y manejar el marco regulatorio en el que se desempeñan actualmente, lo cual les permitirá ejercer su profesión minimizando cualquier riesgo de orden legal.
- Brindar conocimientos de diferentes aspectos del Derecho Médico, que apoyen el proceso de toma de decisiones del día a día, enmarcando estos conocimientos dentro de un concepto de prestación de servicios con calidad y seguridad.

4.4.2. Participantes

El programa estará orientado a un equipo interdisciplinario de médicos y otros profesionales de la salud que desempeñen labores gerenciales y/o asistenciales, abogados que laboren en entidades de salud o tengan especial interés por el tema, directivos y administradores de instituciones prestadores de servicios de salud, aseguradoras, y otros funcionarios relacionados con las áreas de la salud.

Valga la pena anotar, que cualquier profesional de la salud, con el solo hecho de manejar su consultorio particular ejerce labores gerenciales, para lo cual debe estar al tanto de los conceptos que acá se desean transmitir.

4.4.3. Estructuración temática

Para el planteamiento de la estructura temática a desarrollar se estableció una secuencia en la cual se parte de un aspecto fundamental como el caso de los Derechos Humanos, para posteriormente ir adicionando elementos que ambienten el tema base del Derecho Médico y posteriormente introducirse de lleno en su estudio, tocando las diversas leyes que rigen el actuar de los diferentes profesionales de la salud, aportando elementos prácticos de aplicación al día a día de su gestión gerencial y/o labor asistencial, para terminar con la discusión de temas de calidad y seguridad del paciente, que de llevarse a cabo de una manera adecuada, disminuirán los riesgos legales de quienes lleven a cabo labores gerenciales y/o asistenciales, aportando elementos que ayuden a mejorar la competitividad de las Instituciones en donde laboran. Los temas que se proponen para desarrollar se presentan a continuación:

- **Derechos humanos y Constitución:** Como punto de partida en el proceso se propone definir el concepto de Derechos Humanos , establecer su clasificación en primera, segunda y tercera generación, ubicando en ellas las clásicas libertades individuales, los derechos económicos, sociales y

culturales, y los de solidaridad respectivamente. La salud (y en términos generales la seguridad y asistencia social) se ubicaría en los de segunda generación junto con el derecho al trabajo, y a la educación. La salud entonces como Derecho Humano, se ha ganado terreno en el ámbito universal al haber sido reconocido en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948) y la Declaración de Alma Ata (1.978). (Valle, 2005). Posteriormente se presentaría el tema del Sistema de Protección de los Derechos Humanos, explicando las dos vías que pueden ser utilizadas, a saber: la judicial y la no jurisdiccional.

Posteriormente se expondrán algunas generalidades de la Constitución actual, explicando que este derecho a la salud y a la seguridad social se encuentra consagrado en los artículos 83 al 86. En otro momento se retomará la Constitución para hacer referencia a otros temas (p.e. Consentimiento informado).

- **Relación Médico – Paciente y Medicina Defensiva:** Establecida como la base de la práctica médica y en general de las demás áreas de la salud (Relación Profesional de la Salud – Paciente). En este tema se sugiere discutir la definición clásica vs. la tendencia actual (vertical vs. horizontal), descripción de los integrantes en el proceso, bases del establecimiento del Contrato Médico con la consiguiente generación de obligaciones y responsabilidades, para lo cual se hará alusión al Código Civil. Causas del daño de esta relación, estableciéndolo como uno de los principales factores contributivos en casos de demandas.

Con base en esto, desarrollar el tema de la Medicina Defensiva, entendida como “el conjunto de cambios que realiza el médico, en la práctica de su profesión, para defenderse de controversias y demandas en su contra, originadas durante el desarrollo de su ejercicio profesional” (Valle, 2005); discusión de sus causas, consecuencias, propuestas de mejoramiento y experiencias en otros países. Sentando con esto, las bases para el posterior abordaje de los temas de Derecho Médico.

- **Derecho Médico:** En este capítulo se plantearán y explicarán las diferentes definiciones, antecedentes sobre los cuáles se ha venido reconociendo, a nivel nacional e internacional, como disciplina autónoma e independiente; alcance del tema, importancia y justificación de su conocimiento por parte de los diferentes profesionales asistentes, tendencias actuales y experiencias en otras latitudes. Situación actual y futuro cercano en Venezuela.

- **Fuentes del Derecho Médico:** Este será uno de los capítulos más extensos, en donde se presentará y discutirá en profundidad pero de manera ágil y amena, el Marco Jurídico de la labor Gerencial y de la práctica médica y demás ciencias de la salud. Se revisará la normatividad de manera similar a como se realizó al inicio de este capítulo, planteando los aspectos más importantes de cada una de estas normas, mostrando a su vez la aplicación práctica a la labor gerencial – como también se trabajó en la primera parte de este capítulo-, de manera tal que se entienda cómo el conocimiento de estas normas, puede servir de base y orientación para el establecimiento por ejemplo, de los manuales de procesos y procedimientos de las instituciones, ayudando a responder a la pregunta de: ¿Qué hacer para disminuir los riesgos?. Todo esto apoyado sobre conocimientos gerenciales, que guíen esta aplicación práctica.

Dentro de las primeras normas se deberá presentar la Ley de Salud, que apoye la exposición del Sistema de Salud de Venezuela, como manera de homologar conceptos en aquellos participantes que no conozcan su constitución y funcionamiento.

- **Responsabilidad Sanitaria:** Aquí se incluyen varios temas como son, responsabilidad médica y sus clases; responsabilidad deontológica y administrativa, responsabilidad civil y penal, responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y otras responsabilidades gerenciales. Tipos de sanciones acorde con el tipo de responsabilidad (civil, penal, administrativa, disciplinaria, ética, y de moral pública).

Dentro de la responsabilidad civil de los profesionales de la salud están algunos temas de vital importancia como la responsabilidad contractual y extracontractual, obligación de medios y de resultados, y responsabilidad objetiva y subjetiva entre otros. Presentación del concepto de culpa y de sus elementos (negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de órdenes y reglamentos), de gran importancia para el campo de la salud.

- **Consentimiento informado:** Se destina un capítulo separado para este tema que se considera muy importante, debido a que a él se hace referencia en varias de las normas analizadas, tanto de carácter específico como general, y constituye una de las causas de demanda más frecuente, que además en caso de ser omitido, como se observó en la revisión de los diferentes casos, conlleva en todos los casos a una sentencia condenatoria.

En este tema se empezaría por definir el concepto, explicando el principio de autonomía y autodeterminación, retomando las normas que hacen referencia al concepto y discutiendo casos de consentimiento especial como es el relacionado con los menores de edad y el paciente psiquiátrico entre otros. Aquí de manera práctica se pueden dar las recomendaciones de elaboración de los formatos, presentando las características que debe tener, como la especificidad para cada uno de los procedimientos, con la necesidad de autorizar cada uno de los estudios y procedimientos que se le practiquen, luego de haber recibido toda la información al respecto.

- **Principales causas de demanda y repercusión en costos:** En este capítulo se trata de presentar la revisión de los datos publicados en diferentes países, en donde se muestre el panorama de incremento de demandas en casos de salud, principales causas, principales especialidades demandadas y su repercusión en costos, por pago de demandas, compra de seguros de protección contra demandas, y encarecimiento de los servicios por utilización excesiva de recursos diagnósticos, cambios en procedimientos terapéuticos, selección de pacientes, etc.

- **Responsabilidad bioética:** Incluyéndola como una nueva reflexión. La bioética se define como una disciplina que correlaciona la filosofía con las ciencias de la salud. Intenta establecer las bases para procurar el máximo beneficio en la salud y bienestar de los pacientes y de la sociedad. De la bioética se desprenden las normas que guían la conducta de los médicos, del personal de salud, incluso, de los mismos pacientes, quienes conforman su entorno social. (Valle, 2005).

Si bien, el desviarse de estas normas de conducta no trae como consecuencia problemas legales, sí la censura social y los dictados de la propia moral, la inclusión de este tema de discusión, permite abordar desde otra perspectiva algunos temas como el principio de autonomía, principio de beneficencia, el consentimiento informado, principios bioéticos aplicados a la investigación, entre otros, que apoyarán la necesidad de que los gerentes de instituciones de salud agoten todas las opciones para evitar todos aquellos procedimientos que puedan dañar al paciente física, psicológica o socialmente.

- **Calidad y seguridad del paciente:** Habiendo ya estudiado los anteriores temas, y apoyados en los hallazgos de la revisión de la normatividad y de las sentencias en salud, puede concluirse sin temor a equivocarse, que la mejor manera de disminuir riesgos, es velar porque los servicios que se presten a los pacientes sean de calidad. Este tema es muy amplio, pues implica definir el término de calidad en salud, explicar sus dimensiones y componentes, que a nivel de una institución puede ser vista desde el punto de vista de estructura, proceso y resultado.

La estructura se refiere a la infraestructura física, de equipos y recurso humano con que cuenta una institución para realizar la atención; el proceso corresponde a todas aquellas acciones que garanticen una atención que cumpla con los requisitos técnico- científicos y administrativos necesarios para contar con el resultado esperado, como son las guías de manejo, manuales de procesos y procedimientos, sistemas de información y de

registro, etc.; y el resultado se mide por los indicadores de la institución (infecciones, complicaciones, mortalidad, satisfacción del paciente, quejas, etc.).

Ahora bien, dentro de los aspectos de la prestación de servicios con calidad, un aspecto de importancia es la búsqueda de la seguridad en la atención en salud (OMS, 2007), con el fin de disminuir el riesgo de presentar algún evento adverso, entendido este como cualquier lesión no intencional causada al paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error, y no por la patología de base (Centro de Gestión Hospitalaria, 2007).

Entonces una vez presentados los temas anteriores, se pueden articular con el basamento legal, en donde se encuentra un apoyo importante para el establecimiento de guías y manuales, y en general de documentación adecuada de todas las acciones realizadas con un paciente, como se planteó en la evaluación de la normatividad; y de otra parte el brindar una atención segura, disminuirá la posibilidad de que se instauren quejas; o en última instancia, la combinación de una atención de acuerdo con los estándares de la ciencia médica, bien documentada, será un factor de defensa bien importante, ante el establecimiento de una demanda.

- **Otros temas:** Finalmente, pero no menos importante es brindar elementos de juicio, apoyados en la normatividad vigente en el País en temas como: Investigación en seres humanos, aborto, eutanasia, transplantes, transfusiones sanguíneas, y reproducción asistida, entre otros; ante los cuales se verán enfrentados los Gerentes de instituciones de atención en salud o los profesionales en su práctica diaria.
- **Discusión de casos:** A manera de cierre y como posibilidad de aplicación de los temas estudiados, se plantea el establecimiento de casos de estudio, con el fin de evaluar el manejo práctico que se daría ante situaciones concretas que pueden ser extraídas de la vida real.

4.4.4. Perfil del egresado

El egresado deberá conjugar un conocimiento de las normas, la capacidad para integrarlas a la realidad social, pudiendo construir soluciones efectivas ante las diferentes situaciones que surjan en su ambiente laboral.

Aquellos profesionales que tengan cargos gerenciales tendrán mayores elementos para poder dirigir, asesorar, liderar y ser exitosos en su gestión administrativa, conduciendo a las entidades que tengan a su cargo, hacia instituciones prestadoras de servicios de salud de calidad, seguros, con minimización de riesgos de orden legal, mejorando con ello su competitividad.

Los egresados que ejerzan su práctica profesional en el área asistencial dispondrán de conocimientos cualificados para una mejor práctica profesional (p.e. prevención de riesgos jurídicos por mala práctica y otras faltas), permitiéndole además brindar servicios como asesor en entidades aseguradoras o prestadoras de servicios de salud, o en la labor de auditoría y control de calidad entre otros.

Los abogados podrán ser asesores de profesionales de la salud, prestadores o aseguradoras, teniendo elementos conceptuales y prácticos para un mejor desempeño en su labor de asesoría y en labores de identificación de los riesgos y sus posibles coberturas, con miras a una mayor asistencia jurídica en el campo del aseguramiento de los mismos.

4.4.5. Modalidad y duración

Dada la magnitud y complejidad de los temas se sugiere la modalidad presencial, y su duración estaría de acuerdo al título que se piense establecer, puesto que de acuerdo con esto se diseña la estructura y profundidad de los temas. Derivado de lo anterior, para el caso de un diplomado se sugieren tres meses, si se trata de especialización se podría dictar en un año (dos semestres), y para maestría en dos años (cuatro semestres).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez analizados los resultados del estudio, se presentan las siguientes conclusiones:

1. Luego de revisar y analizar la legislación existente, se pudo extraer una gran variedad de datos que le brindan información a cualquier Director o Gerente de entidades de salud, relacionada con aspectos de su quehacer gerencial y administrativo diario, como también de situaciones médico-asistenciales y de relación con otras profesiones de la salud, conocimientos acerca de condiciones estructurales de los servicios de salud que se encuentran normalizados, y situaciones tan específicas como las relacionadas por ejemplo, con el tema del recurso humano (Ley Orgánica del Trabajo), que le van a permitir desempeñar adecuadamente su función, minimizando riesgos legales, y evitando las consiguientes responsabilidades administrativas, civiles, penales, disciplinarias, éticas y de moral pública, que pueden derivarse del desconocimiento de las Leyes, que como se expresa en el Código Penal, *no excusa ningún delito ni falta*.
2. Con respecto a la determinación de los eventos de mayor riesgo legal, en la muestra de sentencias revisadas se encontró que la mayoría de los casos (87.5%) fueron de tipo civil, correspondiendo en su mayoría a situaciones en donde se realizaron procedimientos o se tomaron decisiones sin contar con el consentimiento del paciente, seguidas por fallas en el servicio en donde al aplicar la inversión de la carga de prueba, no se encontraban evidencias documentadas que pudieran demostrar que se actuó

bien. De acuerdo con esto, se establecen dos situaciones de alto riesgo legal para los profesionales de la salud que ejercen cargos gerenciales y /o asistenciales en Venezuela, sin que sea posible estimar su frecuencia de presentación real.

3. Con respecto al sondeo de opinión realizado con los profesionales de la salud, se observó que más de la tercera parte de los encuestados (40%) carece de conocimientos acerca de la materia de Derecho Médico, teniendo incluso confusión con el término de Medicina Legal; no obstante lo anterior, se encontró una respuesta positiva en cuanto a manifestar interés por el tema y por asistir a un curso en la materia, por considerar que es un tema de utilidad en su quehacer diario, que puede ser fácilmente aplicable y que es factible de realizar en el País.

4. Con la información recopilada fue posible establecer los lineamientos generales de estructuración de un programa de formación gerencial para líderes del sector salud, adaptado a las necesidades y realidad actual Venezolana, considerando de importancia el tema de calidad en la prestación de los servicios de salud y de seguridad del paciente, con lo cual se disminuyen los riesgos legales, realizando un acoplamiento de estos conceptos con el marco regulatorio que le da soporte.

5. No queda duda acerca de la importancia que tienen estos conocimientos, para el grupo de profesionales de la salud especialmente, dado que es un campo que no ha sido suficientemente explorado en Venezuela, y que como lo muestran las cifras de otros países, es un tema que cada vez cobra más importancia en el campo de la salud.

Finalmente, se establecen las siguientes recomendaciones:

1. La información consignada en el presente trabajo puede servir de base para un trabajo posterior de estructuración formal de un programa de postgrado a nivel de diplomado, especialización o maestría, en una de las

Universidades que cuente con postgrados de salud en donde ya se dicta la Materia de Derecho Médico, como el caso de la Universidad Católica Andrés Bello.

2. Esta información a su vez puede ser de utilidad, para que entidades como las Facultades de Medicina (y otras facultades de ciencias de la salud), la Federación Médica Venezolana o los Colegios Médicos, propendan por el establecimiento de programas de formación como el aquí planteado, dada su inminente necesidad dentro del grupo de profesionales de la salud.

3. Objeto de un trabajo posterior también puede ser la realización de una encuesta de opinión estadísticamente significativa, para determinar el conocimiento real que se tiene del tema de Derecho Médico, junto con la posibilidad de realizar un estudio multicéntrico que permita tener algunas cifras de la situación de Venezuela en materia de demandas en el campo de la salud.

REFERENCIAS

- Aguiar-Guevara, R. (2001). *Tratado de Derecho Médico*. Editorial Legis.
- Allen, S. *Malpractice costs level off Decline in Mass. Could ease insurance hikes for doctors in high-risk specialties*. The Boston Globe. Disponible:
http://www.boston.com/business/articles/2004/11/16/malpractice_costs_level_off/? [Consulta: 2006, Noviembre 3]
- Andersen K. *Malpractice in practice*. Reportaje. Disponible:
http://ezraklein.typepad.com/blog/2005/07/malpractice_in_.html
[Consulta: 2006, Noviembre 3]
- Balestrini, M. (2002). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. BL Consultores Asociados. Servicio Editorial. Sexta Edición.
- Carmona, G. (2006). Casos de responsabilidad médica en Parto Instrumentado. *Médico legal*. [Revista en línea]. Disponible:
http://www.medicolegal.com.co/ediciones/2_2005/ejer_resp_1.htm
[Consulta: 2006, Mayo 19]
- Castaño de R, M. (2006). *La responsabilidad jurídica por el acto médico. Su componente institucional*. Disponible:
<http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/hp-xiii-taller06-pres-casta%C3%B1o.pdf> [Consulta: 2008, Febrero 26]
- Código de Deontología Médica. Aprobado en la LXXVI reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Marzo 20, 1985.
- Código Civil de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 2.990 (Extraordinario), Julio 26, 1982.
- Código de Procedimiento Civil. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 4.209 (Extraordinario), Septiembre 18, 1990.
- Código Orgánico Procesal Penal. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.558 (Extraordinario), Noviembre 14, 2001.
- Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.768 (Extraordinario), Abril 13, 2005.
- Comité de Programas de Edificaciones Médico-Sanitarias. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.619, Enero 12, 1999.
- Constitución (1999). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.453, Marzo 24, 2000.

- Cooz B. (2003). *Apuntes de Introducción a la Administración y la Gerencia*. Universidad Católica Andrés Bello.
- Domínguez, L. A. (2003). *Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica*. Editorial Lex Nova. 1ª. Edición.
- Fernández Zapata, F., I. (2005). *Responsabilidad Sanitaria: análisis de la jurisprudencia civil y penal en la Región de Murcia*. Trabajo de grado especialista no publicado. Murcia Salud. El portal Sanitario de la Región de Murcia. Disponible: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=81479&idsec=1281> [Consulta: 2006, Mayo 19]
- Hernández Rodríguez, A. (2005) *Visión panorámica de los modelos de gerencia*. Ilustrados. com. [Publicación en línea]. Disponible: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEEklpEZpAZaqKMgVY.php> [Consulta: 2006. Junio 22]
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. Cuarta Edición.
- Kerguelén, C. (2003). *Calidad en salud ¿....Qué es...?* Centro de Gestión Hospitalaria.
- Ley de Abogados. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 1.081, Enero 23, 1967.
- Ley Contra la Corrupción. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.637 (Extraordinario), Abril 7, 2003.
- Ley de Ejercicio de la Odontología. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 29.288, Agosto 10, 1970.
- Ley de Ejercicio del Bioanálisis. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 30.160, Julio 23, 1973.
- Ley de Inmunizaciones. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 35.916, Marzo 8, 1996.
- Ley de Medicamentos. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 37.006, Agosto 3, 2000.
- Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 37.930, Mayo 4, 2004.
- Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 3.002 (Extraordinario), Agosto 23, 1982.
- Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.263, Septiembre 1, 2005.

- Ley del Estatuto de la Función Pública. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 37.522, Septiembre 6, 2002.
- Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.337, Diciembre 16, 2005.
- Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 37.347, Diciembre 17, 2001.
- Ley Orgánica de Protección, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.236, Julio 26, 2005.
- Ley Orgánica de Protección del Niño y Adolescente. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.266 (Extraordinario), Octubre 2, 1998.
- Ley Orgánica de Salud. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.263 (Extraordinario), Septiembre 17, 1998.
- Ley Orgánica del Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.152 (Extraordinario), Junio 19, 1997.
- Ley Orgánica del Poder Judicial. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.262 (Extraordinario), Septiembre 11, 1998.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 37.600, Diciembre 30, 2002.
- Ley Orgánica del Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.152 (Extraordinario), Junio 19, 1997.
- Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.668, Abril 23, 2007.
- Ley Sobre Transfusiones y Bancos de Sangre. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 31.356, Noviembre 8, 1977.
- Ley Sobre Transplante de Órganos. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 4.497 (Extraordinario), Diciembre 3, 1992.
- Madrid García, G. (2005). *Situación actual del ejercicio de la Radiología en España, bajo el punto de vista Médico-Legal*. Trabajo de grado especialista no publicado. El portal Sanitario de la Región de Murcia. Disponible:
- Malagón-Londoño, G., Galán, R. y Pontón, G. (1996). *Administración Hospitalaria*. Ed. Panamericana
- Marulanda, N. (2005) Descripción de los casos de responsabilidad médica en pediatría. *Médico legal*. [Revista en línea]. Disponible:

http://www.medicolegal.com.co/ediciones/2_2005/ejer_resp_1.htm
[Consulta: 2006, Mayo 19]

Morales, C. Reingeniería. [Publicación en Línea]. Disponible:
<http://www.losrecursoshumanos.com/reingenieria.htm> [Consulta: 2007,
Octubre 10]

Normas que establecen los requisitos Arquitectónicos Funcionales del Servicio de Quirófanos de los Establecimientos de Salud Médico-Asistenciales Públicos y Privados. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.574, Noviembre 4, 1998.

Organización Mundial de la Salud. (2007): World Alliance for Patient Safety. *En World Health Organization* [Página Web en línea]. Disponible:
<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
[Consulta: 2007, Octubre 10]

Peñaloza, A. (2005). *Curso Taller Elaboración de Instrumentos de Investigación*. UCAB.

Personería de Bogotá. (2007). *La Acción de Tutela* [Documento en Línea]: Disponible:
<http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=495Personería>
[Consulta: Consulta 2007, Octubre 10]

Reglamento de la Ley Orgánica de Protección, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.596, Enero 3, 2007.

Reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 38.426, Abril 28, 2006.

Reglamento Orgánico de la Superintendencia del Subsistema de Salud. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.628, Enero 25, 1999.

Resolución 343-98 (Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria de los Servicios Médico-Asistenciales Públicos y Privados). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 36.515, Agosto 12, 1998.

Rodríguez, L. P. (2004). *Responsabilidad Médica y Hospitalaria*. Editorial Bosch. 1ª Edición.

Valle G., A., Fernández V. M., H. (2005). *Arbitraje Médico. Fundamentos Teóricos y análisis de casos representativos*. Editorial Trillas. 1ª Edición.

ANEXOS

- A. Modelo de encuesta de opinión
- B. Formatos evaluación de confiabilidad

Anexo 01- Modelo de encuesta de opinión

Anexo 02 - Formato evaluación de confiabilidad

CURRICULUM VITAE

ALEXANDRA GUAYANA SANCHEZ

C.I.-E. 84.390.755

Fecha de Nacimiento: 17/08/1968

Alexandra Guayana terminó sus estudios de Medicina, en la Escuela Colombiana de Medicina (Universidad El Bosque) en la ciudad de Bogotá D.C., en Junio de 1991. Posteriormente cursó la especialización en Administración Hospitalaria en la Escuela de Administración de Negocios (1997) y obtuvo también el grado de Especialista en Mercadeo de la Universidad EAFIT- convenio con la Universidad de la Sabana, en Bogotá - Colombia (2005).

En el año 2000 viajó a España, para realizar el Curso Intermedio de Gestión de Servicios de Salud, en la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada). Además de lo anterior ha realizado los diplomados de Auditoria en Salud y Calidad, impartido por el FORUM de la Universidad de la Sabana (1999), y el de Calidad y Auditoría en Servicios de Salud, con la Corporación Universitaria de Santander “UDES” (2000); estos últimos en la ciudad de Bogotá, D.C.

A la fecha, se encuentra culminando la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, en la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), en la ciudad de Caracas – Venezuela.

Actualmente, la Dra. Guayana ocupa el cargo de Gerente de K&G Consultores, empresa que constituyó, y cuya misión es brindar asesoría y consultoría en Gestión de Servicios de salud para empresas del sector público y privado. Se ha desempeñado también como Gerente de la Unidad de Valoración y Observación Psiquiátrica, en el Hospital Universitario de La Samaritana – Bogotá (Colombia). En este mismo Hospital ocupó varios cargos directivos de importancia como la Jefatura del Departamento de Consulta Externa, la Subgerencia de Atención al Usuario, en el que estuvo como encargada durante casi un año, desempeñó también en el Hospital, funciones de Auditora Médica, en el Área de Control Interno.

Estuvo también a cargo de la Gerencia del Hospital San Vicente de Paúl, primer nivel de Atención, en el municipio de Nemocón, departamento de Cundinamarca, Colombia. También laboró en el sector asegurador, como Coordinadora Médica del Régimen Subsidiado de Saludcoop O.C. en Bogotá, D.C.

En el campo docente, impartió las cátedras de Neumología, Pruebas Función Pulmonar y Primeros Auxilios, en la Fundación Universitaria Manuela Beltrán de Bogotá, D.C. (1994 – 1995).