



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES RELACIONADOS A LA
NEGLIGENCIA MÉDICA, REGIÓN DE SALUD JUNÍN 2017-2019

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el grado académico de Maestra en Gestión y
conducción en salud

Autor (a):

Ortega Salcedo, María Asela

Asesor (a):

Díaz Dumont, Jorge Rafael
(ORCID: 0000-0003-0921-338X)

Jurado:

Mendoza Lupuche, Roman
Ghezzi Hernandez, Luis Andres
Mendoza Murillo, Paul Orestes

Lima - Perú

2021

Referencia:

Ortega Salcedo, M. (2021). *Factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, Región de Salud Junín 2017-2019*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5200>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES RELACIONADOS A LA

NEGLIGENCIA MÉDICA, REGIÓN DE SALUD JUNÍN 2017-2019

Línea de investigación: Salud pública

Tesis para optar el grado académico de
Maestra en Gestión y conducción en salud

Autora:

Ortega Salcedo, María Asela

Asesor:

Díaz Dumont, Jorge Rafael

Jurado:

Mendoza Lupuche, Roman

Ghezzi Hernandez, Luis Andres

Mendoza Murillo, Paul Orestes

Lima – Perú

2021

Titulo:

“Factores Personales e Institucionales Relacionados a la Negligencia Médica, Región de Salud Junín 2017-2019”

Asesor:

Dr. Díaz Dumont, Jorge Rafael.

Autora:

Bach. Ortega Salcedo, María Asela.

Dedicatoria

Para mi hija Margarett por su apoyo incondicional
en este desafío académico.

Agradecimiento

Agradecer a Dios, por permitirme culminar la presente tesis, cuya importancia es relevante para mi vida académica.

Un agradecimiento especial a mi asesor por su guía permanente.

Índice

Índice.....	V
Índice de Tablas	VII
Resumen	IX
Abstrac.....	X
I. Introducción	1
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Descripción del Problema.....	5
1.3. Formulación del Problema.....	8
1.4. Antecedentes.....	9
1.5. Justificación de la Investigación	17
1.6. Limitaciones de la Investigación	19
1.7. Objetivos.....	20
1.8. Hipótesis del Estudio	21
II. Marco Teórico	22
2.1. Marco Conceptual.....	22
2.1.1. Negligencia Médica.....	22
2.1.1.1. Responsabilidad Médica	23
2.1.2. Factores Personales Asociados a la Negligencia.....	27
2.1.3. Factores Institucionales Asociados a la Negligencia.....	30
III. Método	36
3.1. Tipo de Investigación	36
3.2. Población y Muestra	38
3.2.1. Población.....	38

3.2.2. Muestra	39
3.3. Operacionalización de Variables	41
3.4. Instrumentos	43
3.5. Procedimientos	44
3.6. Análisis de Datos	45
3.7. Consideraciones Éticas	46
IV. Resultados.....	47
4.1. Análisis Descriptivo de la Variable Dependiente	47
4.2. Análisis Descriptivo de los Factores.....	48
4.3. Modelo de Regresión.....	64
4.4. Contratación de Hipótesis	70
V. Discusión de Resultados	80
VI. Conclusiones.....	86
VII. Recomendaciones.....	87
VIII. Referencias	88
IX. Anexos	92

Índice de Tablas

Tabla 1: Denuncias por Negligencia Médica y sus Modalidades, en la Región de Salud Junín entre los años 2017 - 2019.....	47
tabla 2: Negligencia Médica de Acuerdo al Sexo	48
tabla 3: Negligencia Médica de Acuerdo a la Edad	49
tabla 4: Negligencia Médica de Acuerdo al Lugar de Procedencia	50
tabla 5: Negligencia Médica de Acuerdo a los Estudio de Especialización y Post Grado.....	51
tabla 6: Negligencia Médica de Acuerdo al Ingreso Económico Mensual	52
tabla 7: Negligencia Médica de Acuerdo a la Religión.....	53
tabla 8: Negligencia Médica de Acuerdo al Estado Civil	54
tabla 9: Negligencia Médica de Acuerdo al Funcionamiento Familiar.....	55
tabla 10: Negligencia Médica de Acuerdo al Número de Hijos.....	56
tabla 11: Negligencia Médica de Acuerdo a los Años de Experiencia Profesional	57
tabla 12: Negligencia Médica de Acuerdo al Turno en el que Ocurrió el Incidente	58
tabla 13: Negligencia Médica de Acuerdo a los Turnos Rotativos	59
tabla 14: Negligencia Médica de Acuerdo a la Duración de la Jornada Laboral	60
tabla 15: Negligencia Médica de Acuerdo a llevar una Ocupación Complementaria Remunerada.....	61
tabla 16: Negligencia Médica de Acuerdo a las Condiciones de Trabajo.....	62
tabla 17: Negligencia Médica de Acuerdo a la Exigencia en el Trabajo	63
tabla 18: Modelo Logit - Considerando todos los Factores del Modelo Inicial.....	65
tabla 19: Modelo Logit - Considerando los Factores de un Modelo Ajustado.....	67
tabla 20: Odds Ratio (or) - Considerando los Factores del Modelo Ajustado	69
tabla 21: Factores Personales en los Resultados del Modelo Logit - Considerando un Modelo Ajustado.....	70

tabla 22: Factores Institucionales en los Resultados del Modelo Logit - Considerando un Modelo Ajustado	75
--	----

Resumen

Con el objetivo de determinar los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín 2017-2019, se realizó un estudio descriptivo correlacional múltiple de corte transversal, con una población de 165 expedientes de denuncias sobre negligencia médica auditados por la vía administrativa en la región de salud Junín, de donde se eligió una muestra de 107 expedientes de denuncias, para valorar los factores, se utilizó como técnica la revisión documental y como instrumento una tabla de cotejo denominada “Protocolo de factores de negligencia médica” elaborado para la realización de este estudio; se comprobó la validez de contenido del instrumento por juicio de expertos; entre los resultados se destaca que los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica de forma significativa son: el ingreso económico mensual, los estudios de especialización y post grado, el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional. Estos cuatro factores explican el 68.4 % de las negligencias médicas.

Palabras Claves: negligencia médica, factores personales, factores institucionales.

Abstract

In order to determine the personal and institutional factors related to medical malpractice, in the Junín Health Region 2017-2019, a cross-sectional multiple correlational descriptive study was carried out, with a population of 165 complaint files on medical malpractice audited by the administrative route in the Junín health region, from which a sample of 107 complaint files was chosen, to assess the factors, a documentary review was used as a technique and a comparison table called "Protocol of medical negligence factors" was used as an instrument. prepared for the realization of this study; The content validity of the instrument was verified by expert judgment; Among the results, it stands out that the personal and institutional factors related to medical malpractice in a significant way are: monthly income, specialization and postgraduate studies, the shift in which the incident occurred, and years of professional experience. These four factors explain 68.4% of medical negligence.

Key Words: medical negligence, personal factors, institutional factors.

I. Introducción

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica en la Región de Salud Junín 2017-2019, y a partir de estos factores describir cada uno de ellos y establecer su nivel de correlación.

Hoy en día a nivel nacional y en la Región Junín, periodistas, abogados y, en general, muchas personas suponíamos que lo que separaba una atención médica diligente de una negligente era una frontera clara y unívoca con prescindencia del contexto. Esto no es así. En lo que concierne al propósito de la investigación la diligencia y la negligencia son estándares legales creados para medir la acción humana en base a reglas técnicas de la profesión en salud y varían según las circunstancias, en otras palabras, los factores personales e institucionales y servicio prestadas por el médico y otros profesionales de la salud en los establecimientos de salud, sean estatales o privados son directamente determinantes en la salud del paciente o usuario.

Los profesionales de la salud en el Perú, dentro de ellos el médico, en lo que se refiere a recursos humanos y materiales, laboran con algunas dificultades; es decir, un profesional en MINSA con respecto al profesional que labora en ESSALUD, probablemente sería menos favorecido, ello debido a la infraestructura, remuneración, equipamiento médico, hora de atención, horas trabajadas, tipo de familia, otro trabajo remunerado, la exigencia de la institución, infraestructura i equipamiento , es decir los factores que se relacionan con la presencia de un hecho negligente, un acto médico

salpicada de mala praxis, falta de cumplimiento de la *lex artis* e indudablemente la responsabilidad del profesional sea porque realmente hubo una mala praxis, negligencia, o por eventos ajenos a su control, eventos adversos por ejemplo demora en el ingreso del paciente, el pronóstico malo, diagnóstico equivocado, enfermedad intratable por falta de insumos, con deficiente cumplimiento de las normas y reglas de bioseguridad. Si estos profesionales de la salud quisieran cubrirse de antemano por los gastos legales y eventuales indemnizaciones, tendría que contratar y asumir el costo de un seguro médico (SOAM) y que recomiendo que sea sustentable y sostenible en el tiempo, para ello debe ejecutarse el porcentaje estimado para cubrir sentencias judiciales y accidentes médicos por responsabilidad civil profesional, a fin de evitar procesos judiciales tormentosos e indeseables para conseguir una penalidad y de todas maneras una indemnización y por el contrario debería culminarse sólo en un proceso administrativo.

En el contexto de lo descrito, el propósito básico del presente estudio es conocer los factores personales e institucionales que están relacionados a la negligencia médica y a partir de dicha determinación proponer intervenciones efectivas para disminuir estos eventos en las diversas entidades prestadoras de servicios de salud en la Región Junín y el Perú en general.

1.1. Planteamiento del Problema

La protección y defensa de la salud, el medio familiar y la comunidad es un derecho fundamental que tiene toda persona, este derecho está contemplado en el art. 7 de la Constitución Política del Perú, cuando prevé que “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

El derecho a la salud integral evidentemente se encuentra estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la vida, toda vez que el uno depende del otro, siendo que el derecho a la vida es primordial entre los derechos atinentes a la persona, pues si no existiera la vida, carecería de sentido referirse a los demás derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico (Bustamante C, 2009).

El médico como profesional de la salud es el encargado de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud del paciente o usuario, de promover la calidad de vida, procurando dar un completo bienestar físico, mental y social a las personas. Es a estos profesionales a quien tenemos que exigirles que cumplan sus obligaciones que les compete, las mismas que están reguladas por la Constitución Política del Estado, la Ley General de Salud y sus modificatorias, del Código Civil, del Código Penal, del Código de los Niños y Adolescentes; y de sus propias Leyes competentes a cada

profesional como son la ley del Trabajo Médico, La Ley del Trabajo del Enfermero, del Tecnólogo, del Obstetra, etc.

Los médicos como profesionales de la salud realizan actos encaminados a cumplir sus obligaciones de servicio denominadas ACTO MEDICO, considerando el acto médico como, por ejemplo: la intervención quirúrgica, una transfusión sanguínea, una atención de parto, el procedimiento de diagnóstico, la sesión terapéutica y todos aquellos que implican una interacción directa e inmediata con los pacientes. El médico, tiene el deber de cuidado y cuando este deber se incumple se le procesa por esta conducta culposa (Arrieta L, 1999).

En la actualidad la influencia de los avances tecnológicos en la vida del ser humano, ha conllevando a que el hombre tenga una nueva concepción respecto al derecho, es por ello que, la responsabilidad civil ingresa a tener una nueva atención a su contexto, lo que da lugar a nuevos planteamientos e inéditas perspectivas, sobre una adecuada y pronta reparación de las consecuencias de cualquier daño que se le pudiera causar tanto patrimonialmente, como a su unidad psicosomática, su libertad fenoménica o proyecto de vida o ambos.

1.2. Descripción del Problema

La negligencia en el campo médico se refiere al incumplimiento del deber de cuidar razonablemente a los pacientes, como consecuencia de ese incumplimiento, los pacientes sufren daños. Para probar la negligencia médica, un paciente debe establecer cuatro elementos que incluyen (a) el médico le debía un deber de cuidado al paciente; (b) el médico violó el estándar de atención apropiado impuesto por la ley; (c) el incumplimiento del deber causó al paciente un daño o lesión reconocida por la ley; (d) el alcance y la cuantía de la pérdida resultante del incumplimiento del deber es recuperable por ley. Para tener éxito en un reclamo por negligencia, la víctima debe demostrar, que la conducta del médico cae por debajo del estándar de atención esperado (Bernstein J, MacCourt Duncan, Abramson Bruce, 2008).

La seguridad del paciente es uno de los aspectos clave de la calidad de los sistemas sanitarios. Los errores médicos y los riesgos para la seguridad del paciente siempre han amenazado la salud de los pacientes. Pueden producirse errores durante el diagnóstico, la prescripción, la cirugía, el empleo de equipos médicos, la preparación de informes de laboratorio, etc. La tasa de mortalidad por errores médicos en los EE. UU, es mayor que por cáncer de mama, accidentes automovilísticos o VIH (Thomas E, Studdert D, Newhouse J, Zbar B, Howard K, 1999).

El primer enfoque para disminuir las negligencias es detectar sus causas. Además, es imperativo prevenir y detectar las causas de las negligencias médicas. Los miembros del equipo médico con poco personal, la sobre carga de trabajo, la fatiga y la presión

laboral de los miembros del equipo médico son las causas más notorias de negligencia en aproximadamente la mitad de los médicos (Sheikhtaheri A, Sadeqi M, Hashemi Z., 2018).

Los turnos de trabajo prolongados, la carga de trabajo y el estrés de los médicos fueron las principales causas de negligencia relacionados con los medicamentos, Asimismo la falta de suficientes enfermeras, la presión y el cansancio de los médicos incrementa la incidencia de negligencia. Crear una relación razonable entre el número de personal y pacientes en diferentes salas clínicas y reducir la carga de trabajo y las horas de trabajo puede prevenir la fatiga del personal, mejorar la concentración y evitar la negligencia médica (Amirthalingam, 2021).

Los médicos de las salas de emergencia no poseían los conocimientos necesarios para determinar el estado de los pacientes y su clasificación y tomar la historia clínica. La no realización de la historia clínica completa fue una de las principales causas de negligencia médicos. Se requiere que el médico lleve a cabo todas las medidas de diagnóstico, incluyendo preguntar acerca de los síntomas, hacer exámenes físicos, usar pruebas clínicas y paraclínicas y consultar a otros si es necesario. Por lo tanto, para evitar negligencia, cualquier intervención médica debe realizarse después de tener los exámenes completos; llevar una historia clínica completa es la mejor estrategia de prevención de negligencia médica (Chaudhary, Singh, Singh, & Shukla, 2020).

La baja adherencia al tratamiento por parte del paciente puede inducir a negligencia médica, al considerar una baja efectividad del tratamiento. La relación adecuada entre el médico y el paciente y el desarrollo de una atmósfera emocional adecuada permite un mayor cumplimiento de las órdenes del médico por parte de los pacientes y lleva a

mejores resultados. Es más probable que los pacientes que no son conscientes de su situación descuiden la orden del médico. Las aplicaciones móviles reducen el riesgo de olvidar instrucciones terapéuticas y mejoran el cumplimiento de las instrucciones (Farrukh & Mayberry, 2019).

La falta de recursos adecuados es uno de los desafíos que enfrentan los hospitales rurales para garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de los servicios de salud. Se necesitan sistemas de notificación para recopilar y analizar los datos de incidentes de seguridad del paciente; también se ha visto que existe escaso conocimiento sobre los medicamentos recetados en muchos médicos rurales; la combinación de estos factores lleva a negligencia médica (Fogel & Kvedar, 2019).

Los factores asociados a la negligencia médica son múltiples y varían de un lugar a otro; como se debe de afianzar un entorno sanitario seguro para el paciente, es fundamental identificar los factores que más inciden en la negligencia médica (Myers, Skillings, Heard, Metlay, & Mort, 2019); no se han encontrado estudio locales ni nacionales que establezcan con claridad los factores asociados a los casos de negligencia médica.

En el contexto de lo descrito, en la Región de Salud Junín en los últimos años se han presentado un gran número de denuncias por negligencias médicas, eventos que están vinculados a diversos factores que llevan al prestador del servicio de salud a cometer errores, por ello se hace necesario investigar cuales son los factores que conllevan a los errores médicos que facilitan la mala praxis, si son más errores individuales del profesional por cansancio, por trabajo continuado, por laborar en diversas

instituciones, o por la institución y sus reglamentos internos de exigencia, de cumplimiento de metas, de la forma de contrato o el monto remunerativo..

Por todo lo mostrado anteriormente, se efectuó este estudio con el fin de determinar los factores personales e institucionales asociados a la negligencia médica en la región de salud Junín entre los años 2017 y 2019.

1.3. Formulación del Problema

- Problema General

¿Cuáles son los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?

- Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los factores personales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?
2. ¿Cuáles son los factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes Internacionales

Hanganu B, Iorga M, Muraru I, (2020) en Iasi, Rumania; desarrollan una investigación titulada “Razones y factores que facilitan las quejas por negligencia médica. ¿Qué se puede hacer para prevenirlos?”, con el objetivo de determinar los factores relacionados a la negligencia médica, el estudio fue de análisis documental de las denuncias de negligencia médica registradas en el período 2006-2019 en la Comisión para el seguimiento y la competencia profesional para casos de negligencia en la región de Moldavia, recopilando datos tanto de los pacientes como de los profesionales médicos involucrados; se empleó una muestra de 153 denuncias de negligencia médica relacionadas con la aparición de complicaciones; entre los resultados se destaca que la inadecuada formación en pregrado y la falta de actualizaciones periódicas para poder abordar las patologías más desafiantes, son los factores más fuertemente asociados a los casos de negligencia médica. Al aumentar las expectativas del público, enfatizar la publicidad de los derechos de los pacientes y la comercialización de medicamentos, el progreso de la tecnología coloca una carga mayor sobre los hombros de los médicos, lo que a menudo lleva a los pacientes a tener expectativas poco realistas y les hace sancionar cualquier error o resultado que no coincida con sus expectativas. La práctica médica actual corre el riesgo de estar dominada por el temor a posibles quejas por negligencia y sus consecuencias para el personal médico. La medicina defensiva implica solicitar más exámenes médicos, más opiniones médicas, prescribir más medicamentos, más derivaciones a exámenes especializados, negarse a realizar ciertos procedimientos de alto riesgo o incluso

negarse a ayudar a los pacientes con enfermedades graves. Estas prácticas producen intervenciones innecesarias y arriesgadas, aumentan los costos y disminuyen el nivel de satisfacción laboral de los médicos (Hanganu B, Iorga M, Muraru I, 2020).

Kessler R, Benzil D, Loewenstern J, (2019) en New York, EEUU; realizan una investigación titulada “Litigio por negligencia en cirugía de tumores cerebrales: un análisis de 31 años de factores causales en los Estados Unidos de la base de datos de Westlaw”, con el objetivo de determinar los factores causales de negligencia médica en los casos de tumores cerebrales; el estudio fue descriptivo correlacional múltiple de fuente secundaria, se utilizaron datos del WestLaw Next, se analizaron los casos de 1985 a 2016 relacionados con tumores cerebrales, se identificaron un total de 225 casos, se recopiló información adicional de cada caso, incluida la ubicación, el tipo de tumor y la especialidad del médico; entre los resultados se destaca que las principales razones de negligencia médica fueron los diagnósticos inexactos, los inadecuados tratamiento, el error de procedimiento y la falta de derivación para la realización de las pruebas diagnóstica pertinentes; estos hechos provocaron complicaciones e incluso la muerte; entre los factores causales predominan: el exceso de trabajo, el estrés y la fatiga, también influye la incapacidad de los profesionales de la salud para trabajar en equipo, la falta de coordinación y comunicación entre los compañeros de trabajo y el tiempo insuficiente de los médicos con sus pacientes; asimismo se remarca que los litigios por negligencia profesional incrementan los gastos en salud y llevan al agotamiento de los médicos. Los médicos en la actualidad, debido a la alta demanda de sus servicios trabajan en múltiples lugares, que les genera fatiga y estrés que afecta su capacidad de concentración mental y provoca negligencia médica (Kessler R, Benzil D, Loewenstern J, 2019).

Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S, (2019) en Shimane, Japón; ejecutan una investigación titulada “Factores e impacto de los errores de diagnóstico de los médicos en las reclamaciones por negligencia en Japón”, con el objetivo de establecer los factores asociados a la negligencia médica caracterizados por errores diagnósticos; el estudio fue multivariado con recolección de datos de fuente secundaria, se recurrió a la base de datos “Westlaw Japan” de donde se analizaron a 709 casos de negligencia médica; entre los resultados se destaca que los factores asociados más significativo con la negligencia médica son la falta de personal de salud y la disposición limitada de los recursos humanos pertinentes; asimismo, la carencia de equipo y materiales tecnológicos óptimos para la resolución de complejos problemas de salud, la escasez de profesionales médicos en diversa especialidades llevan a una insuficiente evaluación y seguimiento de los paciente; los prolongados horarios de trabajo y la deshumanización en la atención también inducen a la negligencia. La escasa o nula selección de médicos por méritos debido a la escasez de estos profesionales impide la adecuada elección, y deja de ser el estimulante de la actualización y entrenamiento de las competencias médicas. Otro factor que afecta el desarrollo de competencias son los bajos incentivos para la capacitación por parte de las organizaciones de salud (Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S, 2019).

Szabo A, (2018) en Connecticut, EEUU; desarrollan una investigación titulada “Aspiración pulmonar peri procedimiento: un análisis de casos de negligencia médica y supuestos factores causales”, con el objetivo de determinar los factores que llevan a la aspiración pulmonar en el proceso anestésico como una forma de negligencia médica; se efectuó un estudio descriptivo de análisis documental, con una muestra de 43 casos relacionadas con la aspiración pulmonar peri procedimiento; entre los resultados

se destaca que: no haber asegurado la vía aérea con un tubo endotraqueal cuando existía un riesgo elevado de aspiración y la imposibilidad de realizar una inducción de secuencia rápida adecuada y / o colocar una sonda nasogástrica son las formas más comunes que provocan aspiración pulmonar; los factores asociados a este tipo de negligencia son: el bajo sentido de responsabilidad profesional en médicos, además de la pérdida de la sensibilidad humana, empatía y compasión en muchos médicos, que los lleva a actuar de forma irreflexiva. Es común que lo médicos jóvenes incurran más en negligencia al no prever todas las medidas que aseguren la integridad del paciente; asimismo, la escasa formación en médicos que sin desarrollar bien sus competencias trabajan en diversas áreas dada la escasez de profesionales médicos (Szabo A, 2018).

1.4.2. Antecedentes Nacionales

Meléndez L, (2018), llevo a cabo un estudio sobre “Consecuencias jurídicas de las negligencias médicas en los hospitales de Lima, 2018”, siendo el objetivo analizar cuáles fueron las consecuencias jurídicas de las Negligencias Médicas en los Hospitales de Lima, que se aplicaron en la esfera de los médicos. El trabajo de investigación corresponde al enfoque de la investigación cualitativa y el método empleado fue el fenomenológico. El tipo de estudio corresponde a una investigación básica o pura, los instrumentos empleados fueron la entrevista, la observación y el análisis documental. Concluyendo que las consecuencias jurídicas de los casos de negligencia médica son la responsabilidad penal, responsabilidad civil y responsabilidad administrativa, siendo en el primer caso que a los autores de estos hechos les imponen penas privativas de libertad con efecto suspensivo, por encontrarse presuntamente en delitos contra la vida el cuerpo y la salud en sus modalidades ya sea

de lesiones leves, graves u homicidio culposo, la responsabilidad civil en la que se ven inmersos es de tipo contractual y en cuanto a la responsabilidad administrativa esta se sanciona dentro de la institución médica de acuerdo a la infracción o falta que cometan (Meléndez L, 2018).

Sogi-Uematzu C, Cárdenas M, Zavala S, (2014), realizaron un estudio sobre “Denuncias éticas de médicos colegiados en Perú, 1991-2010: frecuencia y naturaleza”, el objetivo fue describir la frecuencia y naturaleza de las denuncias éticas contenidas en las resoluciones del Consejo Nacional, en el período 1991-2010. La metodología corresponde a un estudio de tipo descriptivo, se accedió a las resoluciones del Consejo Nacional. Se elaboró una ficha de recolección de datos; y se utilizaron el Excel para la base de datos y el SPSS versión 15 para el análisis de frecuencia. La naturaleza de las faltas éticas se estableció con base en el Código de ética y deontología del CMP (versiones 1970 y 2000). Los resultados muestran que, en el primer decenio, las 84 resoluciones (24,8%) contenían 157 infracciones al código, las más frecuentes fueron en el título relación médico paciente (35,7%). En el segundo decenio, las 253 resoluciones (75,2%) contenían 388 infracciones, las más frecuentes fueron en el título derechos del paciente (55%). Concluyendo que la frecuencia de las denuncias éticas se triplicó entre los dos decenios. La naturaleza de las trasgresiones al código fueron las mismas en los dos decenios, aunque su frecuencia varía por diferencias entre sus dos versiones (1970 y 2000) (Sogi-Uematzu C, Cárdenas M, Zavala S, 2020).

Navarro C, et al. (2013), realizaron un estudio sobre “Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú”, el objetivo del estudio fue determinar las características de las denuncias

penales por responsabilidad profesional médica, a partir de los informes periciales emitidos en la División Clínico Forense de Lima, Perú. Se realizó un estudio transversal donde se incluyeron todos los informes periciales emitidos del 2005 al 2010, en la División Clínico Forense de Lima, Perú. Se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables. Resultados. El 60,3% (495/821) de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica fueron valoradas como acuerdo a la *lex artis*; el 16,8% (138/821) no acuerdo a la *lex artis*. Concluyendo que, en nuestro país, las denuncias por presunta responsabilidad médica se encuentran en aumento, predominantemente en las especialidades quirúrgicas, donde la probabilidad de ser considerado como un acto médico no adecuado a la *lex artis* es mayor (Navarro C, 2013).

Oleff H, (2010), realizó un estudio sobre “La responsabilidad civil medica: el caso de infecciones intrahospitalarias”, los objetivos de la presente investigación fueron analizar legislativamente la responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias al paciente y establecer como factor de atribución de este tipo de responsabilidad civil la inobservancia de normas de bioseguridad y obligación de seguridad del paciente. Fue un estudio descriptivo analítico, concluyendo que los daños médicos pueden derivar de una negligencia médica, deficiencias de infraestructura sanitaria, deficiencias en administración hospitalaria e incluso de errores o accidentes médicos, y del grado de siniestralidad propio de esta actividad, dan como resultado que estos riesgos solamente se puedan controlar con la medidas de prevención, procedimientos disciplinarios y vigilancia de tasas referidas a eventos adversos, iatrogenia negativa o quejas de casos de negligencia médica, en el ámbito de los programas de seguridad del paciente y calidad de servicios de los hospitales. De ahí, que la responsabilidad civil médica,

puede clasificarse en dos grandes tendencias, la responsabilidad civil subjetiva, que se basa en la culpa o el incumplimiento negligente de guías o protocolos médicos, útil para determinar responsabilidades en los médicos, y la otra gran corriente, la responsabilidad objetiva médica, aplicable a las organizaciones hospitalarias, en casos de infecciones intrahospitalarias, transfusiones y experimentos médicos (Oleff H, 2010).

Velarde G, (2016), llevo a cabo un estudio sobre “La negligencia médica y la responsabilidad civil en Hospitales de el Tambo y Huancayo años 2014-2015”, el objetivo del estudio fue determinar la relación entre negligencia médica y la responsabilidad civil en hospitales de Huancayo y El Tambo los años 2014-2015. Estudio correlacional en Hospitales de El Tambo y Huancayo. Para la recolección de datos se utilizaron encuestas. Para el análisis estadístico de los resultados se hizo mediante el SPSS. Se obtuvo que la relación entre la responsabilidad civil en casos de negligencia médica para los profesionales de la medicina ocurre en un 75 %; según los profesionales abogados, estos consideran que en un 100 % de los casos hay negligencia, en un 75 % existe imprudencia y en un 50 % de los casos hay impericia. La presentación de la negligencia médica ocurre en el momento de la recepción, diagnóstico, operación y post operación; así mismo la imprudencia y la impericia, también en las fases indicadas. Concluyendo que existe relación entre la negligencia médica y la responsabilidad civil; se halla p valor igual a 0,03, por lo cual siendo menor que 0,05, se prueba que existe dicha relación. Los factores principales de la negligencia médica son responsabilidades que acontecen durante el acto médico, que son: la negligencia, la imprudencia y la impericia. Los aspectos que determinan la

responsabilidad civil son las pruebas de cargo, la determinación de la indemnización pecuniaria idónea y la ejecución de la sentencia (Velarde G, 2016).

En el Perú, debe regularse supuestos específicos de responsabilidad médica objetiva, que por solidaridad social deben asumir aquellos que están en mejor condición de soportarlos.

La responsabilidad civil médica es de naturaleza contractual ello debido a que la relación médico paciente y las infecciones nosocomiales, contagio por transfusiones sanguíneas etc. no solo se instaura cuando el usuario del servicio de salud tuvo la opción de elegirlo y acudir al mismo sino también en los casos en que por la gravedad del paciente cualquier médico u hospital está en la obligación de atenderlo

Los protocolos y estándares médicos deben adaptarse a la realidad de los centros asistenciales del país que progresivamente deben tener la infraestructura mínima necesaria para garantizar la seguridad del paciente.

1.5. Justificación de la Investigación

La presente investigación se justificó en lo social, dado que la salud es un derecho fundamental de la persona, la misma que se encuentra protegida por el estado y es el ser humano que cuando su salud está afectada quien acude al profesional de la salud y si este profesional inobserva las reglas técnicas de su profesión y produce en el paciente una lesión o la muerte, entonces es el profesional que actuó en forma negligente, quien deberá responder administrativa, civil y penalmente.

En la práctica clínica nuestro estudio se justificó debido al incremento sostenido de casos de negligencia médica que finalmente terminan denunciados en la vía administrativa, llámese defensoría del pueblo, Su salud, etc., y que posteriormente se judicializan ante el Ministerio Público y Poder Judicial; por tanto es necesario conocer los factores personales e institucionales más importantes relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín, y a partir de la evidencia científica hallada poder realizar intervenciones costo/efectivas para prevenir y controlar estos factores con la consiguiente disminución de estos eventos en las entidades prestadoras de servicios de salud.

Es importante remarcar que el acto médico está destinado a cuidar, pero puede lesionar o causar algún daño, por tanto, siempre hay una proporción de siniestralidad difícil de medir que es inherente al ejercicio de la medicina y en general de todas las profesiones de la salud, agregándose los adelantos tecnológicos y científicos destinados a mejorar el estado del paciente que al mismo tiempo lo hacen más vulnerable.

Por tanto las políticas públicas para minimizar los daños y fallos médicos en el ámbito del sistema de salud público y privado, pasan por la implementación de una estructura hospitalaria idónea, la acreditación correspondiente; la implementación de regulación sanitaria de prevención y sancionadora de errores médicos, que se puede traducir en responsabilidad disciplinaria y penal; y desde luego la creación de un sistemas de compensación o indemnización de daños sea a través de fondos de reparación, seguros médicos, responsabilidad civil objetiva en casos especiales, y en última instancia seguridad social. Ciertamente, aunque se reconozca las limitaciones propias de la responsabilidad civil, nadie discute el valor de su función de prevención y control de riesgos.

En el contexto de lo explicitado para recomendar e implementar las medidas correctivas como una política de estado y como intervenciones puntuales en las diversas entidades prestadoras de servicios de salud, es importante establecer el nivel de correlación de los factores individuales e institucionales y la negligencia médica, con el propósito de proponer mejoras en la calidad de los sistemas de salud, capacitando permanentemente a los profesionales de la salud y creando un fondo de reparaciones en vía extrajudicial, previniendo el desprestigio profesional e institucional y a la vez disminuyendo los costos que impliquen reparaciones civiles e indemnizaciones en vía judicial.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Los resultados del presente estudio no pudieron ser aplicados a realidades diferentes al del ámbito del estudio. Sin embargo fue menester mencionar que el estudio describe y caracteriza los factores personales e institucionales más importantes relacionados a la negligencia médica en la Región de Salud Junín, para que a partir de ella se pudieran realizar otros estudios de mayor nivel de complejidad y explica la presencia de algunas variables vinculadas a la negligencia médica en sus diversas tipificaciones imprudencia, impericia; y omisión de los deberes de cuidado y reglas técnicas de profesión, asimismo; beneficia a otros estudiosos, para que puedan presentar otros protocolos de proyectos de investigación en la misma línea de investigación. Que, así mismo es difícil obtener información al respecto por temor a ser sancionados por infidencia a pesar de tener las autorizaciones administrativas necesarias.

1.7. Objetivos

- Objetivo General

Determinar los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín 2017-2019.

- Objetivos Específicos

1. Establecer los factores personales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019.
2. Establecer los factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019.

1.8. Hipótesis del Estudio

- Hipótesis General:

H_a : Los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el ingreso económico mensual, los estudios de especialización y post grado, el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.

H_0 : Los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 no son: el ingreso económico mensual, los estudios de especialización y post grado, el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.

- Hipótesis Específicas

H_{a1} : Los factores **personales** relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el ingreso económico mensual y los estudios de especialización / post grado.

H_{01} : Los factores **personales** relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 no son: el ingreso económico mensual y los estudios de especialización / post grado.

H_{a2} : Los factores **institucionales** relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.

H_{02} : Los factores **institucionales** relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 no son: el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.

II. Marco Teórico

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Negligencia Médica

La negligencia médica es “un acto de omisión o comisión en la planificación o ejecución que contribuye o podría contribuir a un resultado no deseado”. La negligencia médica ocurre cuando un profesional de la salud selecciona el método o procedimiento incorrecto o ejecuta incorrectamente un método apropiado para tratar o diagnosticar al paciente. No existe una definición clara de negligencia médica debido a la falta de nomenclatura, superposición de definiciones y falta de un método estandarizado para medirla. Todos los médicos y profesionales sanitarios (por ejemplo, médicos, enfermeras, técnicos médicos, paramédicos y otros profesionales sanitarios) son responsables de cualquier error que pueda dar lugar a negligencia médica (Chauhan, Perumal, & Hiwale, 2007).

Hay varias áreas donde puede surgir negligencia médica, como errores técnicos durante los procedimientos quirúrgicos, diagnóstico erróneo de la enfermedad o prescripción del medicamento equivocado o dosis incorrecta. Estas prácticas presentan un riesgo significativo de lesiones, enfermedades, discapacidad o muerte del paciente. Posteriormente, puede dar lugar a responsabilidades penales y financieras en hospitales e instituciones de salud. Las demandas por negligencia médica se enfocan en el daño, lesión o falla del paciente por parte del profesional médico. En general, la reparación por negligencia médica se otorga mediante sanciones, es decir, compensación monetaria. El paciente o el reclamante tiene derecho a presentar una

demanda contra los médicos probando lo siguiente: el médico tiene un deber de cuidado, hubo un incumplimiento de ese deber y ese incumplimiento causó la lesión o el daño (Hiyama, Yoshihara, Tanaka, & Chayama, 2008).

Una ley de responsabilidad por negligencia médica ha atraído mucha atención en las últimas décadas. A menudo se argumenta que el miedo a las demandas puede alentar la provisión de tratamiento médico de alto costo y bajo beneficio, es decir, medicina defensiva. Este punto de vista está respaldado por evidencia de datos auto informados: los estudios que encuestan a los médicos, encuentran consistentemente que los médicos informan que practican la medicina defensiva al aceptar menos pacientes de alto riesgo y al elegir procedimientos más conservadores y más pruebas de diagnóstico. Sin embargo, a pesar de lo mucho que está en juego atribuido al diseño de una ley de negligencia médica óptima, se sabe muy poco sobre la medida en que la ley de negligencia médica afecta el comportamiento de los proveedores de atención médica y los mecanismos subyacentes a este efecto (Huycke & Huycke, 1994).

El litigio por negligencia médica podría dañar la reputación de un médico. Las distintas etapas del proceso de litigio, desde la investigación inicial por parte del demandante, pasando por la demanda y el pago final, son visibles para los hospitales, colegas, pacientes y abogados, magnificando así las consecuencias reputacionales de los incidentes que resultan en un litigio (Vincent, y otros, 2006).

2.1.1.1. Responsabilidad Médica

En el cuidado de la salud, el uso excesivo y la infrautilización de los tratamientos médicos representan desviaciones igualmente peligrosas de un equilibrio de uso

óptimo. Un sistema de responsabilidad médica eficiente tiene como objetivo incentivar la adopción de un nivel óptimo de precaución y compensar a los pacientes lesionados. Esto significa que su objetivo no es la eliminación de todos los errores médicos del sistema, sino la eliminación de aquellos para los que el costo de prevención es menor que el beneficio de la lesión evitada (es decir, el daño esperado). Hay dos principales reglas de responsabilidad dirigidas a errores y la resolución de reclamos relacionados. Bajo una regla de negligencia, los proveedores son responsables si no pueden demostrar que cumplieron con los estándares adoptados en su especialidad. Bajo responsabilidad estricta, los proveedores son responsables si no pueden probar que no existe un vínculo causal entre sus acciones y un evento adverso en el paciente (Jamjoom & Davis, 2019).

Es probable que tanto las reglas como las combinaciones de ellas afecten la selección de los tratamientos médicos y, a veces, la selección de los pacientes en los que se realizan los tratamientos. Bajo una regla de negligencia, los costos / beneficios percibidos de tomar precauciones están influenciados por (i) la certeza y el rigor del estándar de atención; (ii) la organización del sistema de salud (por ejemplo, médicos que trabajan en uno o más hospitales); y (iii) la disponibilidad y el tipo de seguro por negligencia que limita la exposición financiera de un médico. Estos tres elementos pueden presentarse en muchas variaciones, lo que lleva a diferentes grados de responsabilidad para los médicos. Como consecuencia, pueden inducir precauciones menos o más eficientes (Brennan, 2004).

En particular, cuando los médicos perciben un nivel más bajo de responsabilidad, pueden ser más propensos a emprender procedimientos más riesgosos que favorezcan

otros tipos de incentivos (por ejemplo, incentivos privados, como ganancias monetarias, o relacionados con el paciente, como mejores resultados de salud). De manera diferente, en presencia de una alta responsabilidad, el uso no óptimo de los tratamientos conduce al llamado fenómeno de la medicina defensiva, que puede ser positivo o negativo. La medicina defensiva positiva coincide con el uso de tratamientos o herramientas de diagnóstico que no mejoran la calidad de la atención brindada a los pacientes, pero que sí pueden disminuir la probabilidad de un reclamo legal. Esta es una forma de demanda inducida suministrada e implica un uso excesivo de procedimientos en comparación con su nivel óptimo (Fenn, Diacon, Gray, Hodges, & Rickman, 2000).

La medicina defensiva negativa es una especie de desnatado en crema de pacientes o procedimientos. Los pacientes de menor riesgo se seleccionan para el tratamiento para disminuir la probabilidad de resultados negativos, y los médicos evitan los tratamientos riesgosos necesarios por temor a ser demandados. Esta es una situación en la que un tratamiento puede estar infrautilizado en general, o la infrautilización se produce con respecto a un segmento específico de la población. Del mismo modo, los sistemas de responsabilidad objetiva también pueden inducir un uso no óptimo de los procedimientos médicos. En particular, es más probable que los sistemas sin fallas generen formas de comportamiento defensivo negativo. Dado que el esfuerzo y el cuidado realizados para tratar a los pacientes no cuentan para evaluar la responsabilidad de los médicos, la forma más fácil de reducir el riesgo de litigio es evitar pacientes más riesgosos y/o la realización de tratamientos más riesgosos (Chen, y otros, 2013).

El uso excesivo y la infrautilización de los tratamientos despiertan preocupaciones sobre las posibles implicaciones para la salud de los pacientes y para el sistema de salud en términos de costos y acceso a la atención médica. Por estas razones, varios países han adoptado reformas que afectan directamente el tipo de responsabilidad como, por ejemplo, el Reino Unido, que ha introducido la responsabilidad empresarial para mitigar la presión que enfrentan los médicos. Otros países han optado por políticas que desalientan la presentación de reclamaciones frívolas y sin mérito o que reducen la exposición financiera general de los profesionales de la salud. Por ejemplo, este es el caso de aquellos países (p. Ej., Italia, Francia) que han pasado de un seguro privado por negligencia para hospitales a una cobertura pública al obligar a los gobiernos regionales a "asegurar" la exposición de responsabilidad de los hospitales mediante la creación de fondos regionales de responsabilidad por negligencia. Sin embargo, definir la respuesta institucional óptima es un tema de debate, porque hay otros factores además de la presión de responsabilidad que pueden influir en las decisiones médicas. Identificar la relación entre la responsabilidad y la selección de tratamientos, así como desenredar el efecto de la responsabilidad de otros incentivos existentes, es una tarea para una investigación empírica sólida (Dash, 2010).

Los profesionales de la salud están preocupados por enfrentar un reclamo legal. Incluso cuando los proveedores pueden obtener un seguro de responsabilidad médica que reduce su riesgo financiero, todavía ven los reclamos por negligencia como una amenaza seria porque conllevan costos no asegurables, incluidos daños graves a la reputación y costos psíquicos y de tiempo significativos. La probabilidad de enfrentar un reclamo está directamente correlacionada con la de cometer un error que no puede ser anulado. Aunque los médicos pueden aumentar su nivel de precaución e invertir en

su experiencia para minimizar sus posibilidades de cometer un error, no pueden eliminar el riesgo. En consecuencia, la sabiduría convencional interpreta el uso excesivo y la infrautilización de los tratamientos médicos como comportamientos defensivos por parte de los proveedores de atención médica para disminuir el riesgo de ser demandados. Relaciona tratamientos más intensivos o uso excesivo de tratamientos con una menor probabilidad de siniestros, de modo que cuanto mayor (menor) es la presión de responsabilidad, más (menos) probables son los tratamientos intensivos (Bryden & Storey, 2011).

La elección entre un tratamiento menos o más intensivo, y considera la probabilidad de que un médico se enfrente a un reclamo relacionado con un error médico tanto al realizar el tratamiento como al denegarlo. Los médicos pueden dañar a un paciente al elegir erróneamente un tratamiento médico incorrecto, pero también al retener un tratamiento que hubiera sido beneficioso. El punto de partida del modelo es que los médicos sopesan los costos y los beneficios de sus elecciones en función de la regla de responsabilidad a la que se enfrentan. Estos últimos incluyen, entre otros, los beneficios de tratar a los pacientes y los incentivos monetarios. Los primeros consisten en la responsabilidad esperada en que incurrirán los médicos al cometer un error (Gogos, Clark, Bismark, Gruen, & Studdert, 2011).

2.1.2. Factores Personales Asociados a la Negligencia

La atención de alta calidad abarca la atención que es segura, clínicamente eficaz y que da como resultado una experiencia lo más positiva posible para los pacientes. Sin embargo, la prestación de servicios de salud puede poner bajo presión a las personas, los equipos y las organizaciones. El personal tiene que tomar decisiones difíciles en

circunstancias dinámicas, a menudo impredecibles. En situaciones tan intensas, la toma de decisiones puede verse comprometida, impactando en la calidad de la atención, los resultados clínicos y potencialmente causando daño al paciente; El mal desempeño también aumenta los costos (Casey, 2014).

El desempeño médico disminuye con la edad, lo que contradice la noción de que los años de experiencia compensan el deterioro cognitivo relacionado con la edad. Las habilidades de los médicos pueden disminuir primero en fuerza, luego en vista, luego en destreza y finalmente en cognición. habilidades. Dadas las tareas discretas y los resultados fácilmente medibles relacionados con la cirugía, una disminución en el desempeño de un cirujano puede ser más evidente en comparación con las especialidades no quirúrgicas. Tanto los especialistas en ética como los médicos coincidirían casi invariablemente en que existen dos deberes: la obligación de informar por sí mismos sobre el deterioro cognitivo y el deber de informar a sus colegas afectados (Cranberg, Glick, & Sato, 2007).

El exceso de trabajo se asocia a menudo con altos niveles de fatiga acumulada, que no solo afecta la salud y el bienestar de los médicos, sino que también pone en peligro el desempeño laboral de los médicos, lo que aumenta los riesgos para la seguridad del paciente. La evidencia empírica muestra que la fatiga acumulada puede acelerar las reacciones trombóticas e incluso provocar un paro cardíaco repentino. La industria de los servicios médicos y de salud es particularmente propensa a la fatiga acumulada relacionada con el trabajo debido a su naturaleza especial, como las horas de trabajo largas e irregulares y la escasez de descansos y horas de sueño (Murthy, 2007).

La fatiga relacionada con el trabajo está determinada por las demandas psicológicas del trabajo, no solo por cargas de trabajo físico cuantitativas. Diferentes trabajadores pueden percibir diferentes niveles de fatiga relacionada con el trabajo para las mismas cargas de trabajo. La percepción que uno tiene sobre las cargas de trabajo (por ejemplo, la capacidad para manejar las cargas) a menudo se ve afectada por la forma en que las organizaciones valoran y apoyan el trabajo. La presión de los consumidores puede añadir más estrés a los trabajadores sanitarios. Una reciente revisión sistemática de la literatura extrajo cinco variables psicosociales asociadas con la fatiga crónica: la libertad de decisión, el estrés laboral, la autoevaluación de la salud, la confianza en la dirección y el conflicto entre el trabajo y la familia. Aquellos que tienen altos niveles de ímpetu interno (alegría y placer) del trabajo son menos propensos a reportar fatiga relacionada con el trabajo (Mello & Brennan, The role of medical liability reform in federal health care reform, 2009).

Equilibrar el trabajo y la familia es un desafío en la vida de un adulto. El resultado positivo de combinar trabajo y familia es enriquecedor. Sin embargo, si no logran gestionar ambos, se genera un conflicto. El conflicto entre roles es una forma de conflicto de roles en el que los conjuntos de presiones opuestas surgen de la participación en diferentes roles; el conflicto de roles como la “ocurrencia simultánea de dos (o más) conjuntos de presiones. El bienestar del médico determinará la función general del sistema de prestación de servicios de salud. La profesión de medicina es una de las profesiones de servicios que requiere un alto grado de trabajo emocional cuando se espera que los médicos muestren emociones que transmitan afecto, comprensión, empatía hacia los pacientes y sus seres queridos. La medicina implica habilidades humanas que implican la necesidad tanto de creatividad como de

competencia. En la perspectiva organizacional, los entornos de trabajo entre los médicos incluyen patrones de trabajo cambiantes, turnos prolongados, cargas de trabajo y horas extra adicionales. Estos aspectos, sumados al aumento de la agudeza de los pacientes y la complejidad de los cuidados, preparan el escenario para la fatiga en los médicos contribuyendo a un aumento del conflicto trabajo-familia y el estrés en su trabajo. Además, los horarios de trabajo que incluyen horas de trabajo más largas se han asociado con mayores lesiones musculoesqueléticas en los médicos (Studdert, y otros, 2006).

Los médicos en posiciones gerenciales reportan niveles más altos de interferencia laboral con la familia; las largas jornadas pueden tener consecuencias negativas para las familias y los trabajadores que luchan por equilibrar las demandas del trabajo y los roles familiares. Las presiones y demandas familiares son los mayores predictores del conflicto entre la familia y el trabajo. El conflicto entre el trabajo y la familia aumenta a medida que se amplían las obligaciones para con la familia a través del matrimonio y la llegada de los hijos. La participación familiar se refiere al grado en que los individuos se identifican con su familia, la importancia relativa de la familia para la imagen y el concepto de sí mismos de los individuos y el compromiso de los individuos con su familia. Los valores motivan la acción y son la base a partir de la cual los individuos definen sus roles (Todd, 2014).

2.1.3. Factores Institucionales Asociados a la Negligencia

La seguridad del paciente se considera uno de los principales componentes de la calidad de los servicios de salud, la seguridad del paciente contiene medidas de seguridad y precauciones tomadas para moderar o eliminar posibles reacciones

adversas relacionadas con la salud durante el curso del diagnóstico y tratamiento. Los problemas más comunes que afectan la seguridad del paciente incluyen diagnósticos incorrectos, errores de medicación, infecciones hospitalarias, escaras, complicaciones durante y después de la cirugía, errores resultantes de equipos y herramientas inadecuados y rotos, caídas, así como errores asociados con el aire acondicionado (Samanta, Mello, Foster, Tingle, & Samanta, 2006).

Uno de los tipos más comunes de errores médicos son los errores en la administración de medicamentos. Dado que los medicamentos se utilizan ampliamente en los hospitales, se espera que un gran número de tratamientos se vean afectados por errores de medicación. Los errores de medicación pueden dar lugar a diversos problemas, como un aumento de la tasa de mortalidad, una mayor duración de la hospitalización y costes médicos. Los médicos también se ven afectados por estos errores y las quejas legales pueden poner en peligro su carrera y su vida. Varios factores contribuyen a los errores, incluidos los factores ambientales. Desde un punto de vista sistemático, el entorno de trabajo de medicina es complejo. El ambiente de trabajo incluye las condiciones de trabajo, el clima organizacional o las características ocupacionales. Los aspectos físicos del entorno de trabajo (p. Ej., Iluminación deficiente) pueden provocar errores en la lectura de las etiquetas de los medicamentos; además, los aspectos térmicos y acústicos deficientes pueden aumentar potencialmente el número de errores de medicación al generar estrés en el personal y son eficaces en el desempeño de los médicos (Stein, Guzelian, & Guzelian, 2015).

Un entorno de trabajo abarrotado y ruidoso, aumenta la probabilidad de interrupciones y distracciones. El entorno complejo lleno de equipos y sonidos de

alarma son otros factores ambientales que explican los errores de medicación en las UCI. Los siguientes factores ambientales: falta de espacio privado en el área de trabajo, el diseño inadecuado de la unidad de medicina, espacio inadecuado en el área de registro de medicamentos, el tamaño pequeño de la sala de medicamentos, uso de equipo defectuoso para suministros médicos y ubicación inadecuada del médico en las estaciones. Un diseño adecuado del entorno de trabajo puede prevenir errores de medicación (Yadav & Rastogi, 2015).

Existe una amplia y diversa literatura que examina el tema de los errores y los eventos adversos en la medicina, junto con el tema más general de la gestión de la calidad en la atención de la salud. Esta comprensión teórica de las causas de los errores médicos se utiliza para desarrollar un conjunto de prácticas de gestión que se espera que reduzcan la aparición y la gravedad de los errores médicos. La teoría del procesamiento de la información sugiere que los errores cognitivos derivados de la racionalidad limitada, los sesgos y una dependencia inapropiada de la heurística en situaciones complejas pueden conducir a errores médicos. Los errores humanos también se han clasificado en un nivel más detallado, principalmente según la naturaleza del fallo cognitivo asociado con el error. Por ejemplo, los errores humanos pueden clasificarse como basados en habilidades (típicamente errores inconscientes de lo que normalmente es una actividad automática), basados en reglas (errores que ocurren cuando se elige la regla incorrecta para gobernar una actividad) o basados en conocimientos (errores que ocurren debido a una falta de conocimiento o mala interpretación) (Purshouse, 2015).

Un esquema de clasificación similar incluye déficits de conocimiento (falta de conocimiento necesario para resolver un problema o realizar una tarea) y déficits de desempeño (realizar incorrectamente la actividad, posiblemente incluso cuando existe el conocimiento requerido). Tenga en cuenta que los errores de déficit de conocimiento corresponden aproximadamente a errores basados en el conocimiento, mientras que los errores de déficit de rendimiento pueden incluir errores basados en habilidades o basados en reglas. Dado el reconocimiento de que el error humano a menudo juega un papel en la ocurrencia de errores médicos, es razonable que la reacción tradicional cuando ocurre un error o evento adverso en un entorno hospitalario sea culpar a una persona (Mello, Studdert, & Brennan, *The new medical malpractice crisis*, 2003).

La mayoría de los esfuerzos para reducir errores y mejorar la seguridad del paciente se centran en las personas más que en los sistemas. Sin embargo, ahora hay pruebas contundentes que sugieren que la mayoría de los errores y eventos adversos provienen con mayor precisión de una cadena compleja de eventos que contribuyen colectivamente a la causa. Estos tipos de errores se conocen como errores del sistema (Maughan, 2002). La teoría de accidentes normales considera dos dimensiones de un sistema que afectan su seguridad. El primero es la complejidad del sistema, que se refiere al número de componentes de un sistema y las interacciones entre estos componentes. La segunda dimensión es el acoplamiento, que se refiere a la naturaleza de las interacciones entre los componentes del sistema. Los acoplamientos estrechos entre los componentes son directos, tienen breves retrasos y tienen pocos búferes para ralentizar los efectos de las interacciones entre los componentes. Desde la perspectiva, los accidentes son inevitables en sistemas que están estrechamente acoplados y son muy complejos. Desde este punto de vista, la combinación "correcta" de factores

eventualmente "se alineará" de la manera correcta para resultar en un accidente grave. Las técnicas organizativas, técnicas o procedimentales que se incorporan al sistema para prevenir accidentes sólo servirán para hacer el sistema más complejo, lo que aumentará las posibilidades de desastre. Sin embargo, una implicación de este marco es que los accidentes graves son menos probables si un sistema complejo puede hacerse menos complejo, o si un sistema fuertemente acoplado se puede hacer más débilmente acoplado (Miola, 2009).

La teoría de la organización de alta confiabilidad, sostiene que las organizaciones pueden lograr niveles aceptables de seguridad en entornos peligrosos a través de la organización y gestión adecuadas de la tecnología, las personas y los procesos. Se enfatiza una "cultura de confiabilidad" y la capacitación, el aprendizaje y la redundancia de los elementos críticos del sistema pueden conducir a altos niveles de seguridad, incluso en sistemas complejos y estrechamente acoplados; se centra más en cómo las organizaciones pueden lograr altos niveles de seguridad y, por lo tanto, pueden considerarse más positivas u optimistas; se ocupa principalmente de un conjunto normativo de prácticas que se pueden utilizar para alcanzar un nivel aceptable de seguridad incluso en esos tipos de sistemas altamente peligrosos (Leape, Brennan, Laird, Lawthers, & Localio, 1991).

La complejidad de la atención médica se encuentra en el propio cuerpo humano, en la amplia gama de opciones de tratamiento disponibles (por ejemplo, medicamentos, cirugía) y en las organizaciones de atención médica. Este nivel de complejidad probablemente conduce a errores médicos y eventos adversos que se ajustan a la definición de accidentes normales. Una formación insuficiente, la incapacidad de

aprender de forma eficaz de los errores pasados y la imposibilidad de crear una cultura de seguridad altamente fiable resultan en una mayor incidencia de errores médicos. Al rastrear la cadena de eventos que causaron el error o evento adverso y realizar cambios sistemáticos, los hospitales pueden romper los eslabones de la cadena para que sea menos probable que vuelva a ocurrir el mismo resultado de error, al conocer el resultado de una combinación de condiciones, se pueden construir más defensas en el sistema contra fallas, como la creación de redundancia o el desarrollo de sistemas de respaldo. Por lo tanto, cuanto más se aprenda sobre lo que puede salir mal, y cuantas más defensas se incorporen al sistema, es menos probable que se produzca un error. Aunque el error humano es inevitable, el entorno de trabajo se puede rediseñar y los sistemas de reducción de errores se pueden implementar en los hospitales para prevenir o detectar errores médicos y mejorar la seguridad del paciente (Oyebode, 2013).

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

El estudio científico realizado fue: aplicado, transversal, observacional y cuantitativo.

Aplicado, porque los conocimientos producidos con la investigación se orientan en un propósito práctico; se considera que al identificar los factores que inducen a los actos de negligencia, se puede intervenir sobre ellos para poder controlarlos y así evitar daños a la salud y la vida de los pacientes.

Transversal, los datos sobre los casos de negligencia fueron recolectados una única vez.

Observacional, la investigadora se limitó a consignar los datos tal como fueron registrados en los expedientes legales vinculados a la negligencia.

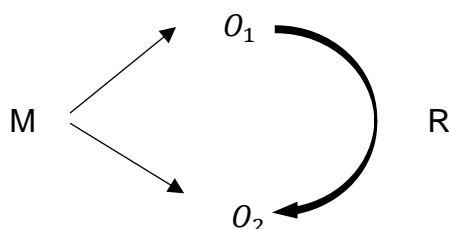
Cuantitativo, se analizaron valores numéricos en escala de razón / proporción que fueron obtenidos luego de asignar números a las categorías en las que se manifiestan los factores objeto de análisis de esta investigación; se tuvo en cuenta la asignación del cero absoluto, el análisis numérico permitió un procesamiento estadístico más objetivo, riguroso y exacto (Argimon J, Jiménez J., 2004).

Nivel de la Investigación

La investigación ejecutada fue de nivel correlacional multivariado, porque se analizó a un conjunto de variables calificadas como factores y de entre ellas se identificó a los factores que reflejaban tener mayor influencia sobre la variable dependiente “negligencia médica”; también, se ha asumido el supuesto que el vínculo entre los factores y la variable dependiente no es casual (Carrasco S, 2006).

Diseño

La investigación desarrollada se esquematiza como un estudio descriptivo correlacional múltiple (multifactorial) que se puede representar del siguiente modo:



Donde:

- O_1 = Conjunto de datos en referencia a los factores tanto personales como institucionales que influyen sobre la negligencia médica; O_1 es un vector que surge de la interacción de los factores ($X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, \dots, X_{17}$)
- O_2 = Conjunto de datos referentes a las denuncias sobre negligencia médica reportados en la región de salud Junín entre los años 2017 y 2019.
- M = Grupo muestral único
- R = Nexos significativo existente entre los factores que actúan de forma conjunta sobre la variable dependiente.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por el total de 165 expedientes de denuncias sobre negligencia médica auditados por la vía administrativa en la región de salud Junín, entre los años 2017 y 2019; de forma preliminar los expedientes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

3.2.1.1. Criterios de Inclusión

1. Aquellos médicos involucrados que estaban de acuerdo en que sus expedientes formen parte del estudio, y que firmaron un consentimiento informado.
2. Casos de error o negligencia médicos, de ambos sexos, que han sufrido lesión culposa o han sido víctimas de homicidio culposo, cuyos expedientes medico legales se hallan completos en las oficinas de auditoría y control institucional.

3.2.1.2. Criterios de Exclusión

1. Aquellos expedientes que correspondían a médicos que estaban trabajando de forma ocasional en alguna institución de la región de salud Junín.
2. Aquellos expedientes que correspondían a médicos que no trabajaban de forma directa para alguna institución de la región de salud Junín.

3.2.2. Muestra

Para seleccionar a los expedientes de médicos que conformaron la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, previamente se calculó el tamaño muestral utilizando, la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente notación matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de médicos sospechosos de negligencia; que se encuentran bajo la influencia de determinados factores personales e institucionales y es confirmada la acusación (73 %, de acuerdo a Hanganu B, Iorga M, Muraru I, en el 2020).
- q : Proporción de médicos sospechosos de negligencia; que se encuentran bajo la influencia de determinados factores personales e institucionales y no es confirmada la acusación (27 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{165 * 0.73 * 0.27 * 1.96^2}{0.05^2 * (165 - 1) + 0.73 * 0.27 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{165 * 0.1971 * 3.84}{0.0025 * (164) + 0.1971 * 3.84}$$

$$n = \frac{124.935}{0.41 + 0.757}$$

$$n = \frac{124.935}{1.167}$$

$$n = 107.04$$

$$n = 107$$

Se consideró un tamaño muestral de 107 expedientes de denuncias sobre negligencia médica en la región de salud Junín, entre los años 2017 y 2019.

3.3. Operacionalización de Variables

Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Factores personales e institucionales de relacionados a negligencia médica	Son las cualidades o condiciones que contribuye, junto con otras realidades, a la incidencia de negligencia médica	Factores Personales	Son características propias del médico y de su situación familiar privada que pueden coadyuvar al hecho de cometer un acto de negligencia médica	Sexo del médico	Cualitativo nominal	Nominal dicotómica
				Edad del médico	Cuantitativo continuo	Razón/proporción
				Lugar de procedencia	Cualitativo nominal	Nominal politómica
				Estudios de especialización y post grado	Cuantitativo discreto	Ordinal llevado a razón/proporción
				Ingreso económico mensual	Cuantitativo continuo	Razón/proporción
				Religión del médico	Cualitativo nominal	Nominal politómica
				Estado civil	Cualitativo nominal	Nominal politómica
				Funcionamiento familiar	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción
		Número de hijos	Cuantitativo discreto	Razón/proporción		
		Factores Institucionales	Son las condiciones de la institución de salud que afectan el desempeño del médico y lo inducen a cometer actos de negligencia.	Años de experiencia profesional	Cuantitativo discreto	Razón/proporción
				Turno en el que ocurrió el incidente	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción
				Vínculo laboral	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción
				Turnos rotativos	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción
				Horas de jornada laboral	Cuantitativo continuo	Razón/proporción
Ocupación complementaria remunerada	Cualitativa ordinal			Ordinal llevado a razón/proporción		
Condiciones de trabajo	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción				
Exigencia en el trabajo	Cualitativa ordinal	Ordinal llevado a razón/proporción				

Variable Dependiente

Variable	Definición Conceptual	Indicador	Tipo de Variable	Escala de Medición
Negligencia médica	Es un acto mal realizado por parte de un proveedor de asistencia sanitaria que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente.	Registro de casos confirmado de negligencia médica de los expedientes auditados por la vía administrativa	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica

3.4. Instrumentos

3.4.1. Para Valorar los Factores Personales e Institucionales Relacionados a la Negligencia

Se utilizó como técnica la **revisión documental** y como instrumento una tabla de cotejo denominada “Protocolo de factores de negligencia médica” que ha sido elaborado con fines de esta investigación. El instrumento consta de 17 enunciados sobre diferentes factores personales y e institucionales; 9 ítems corresponden a los factores personales y 8 a los factores institucionales.

La validez del instrumento fue mediante la opinión de juicios de expertos, tomando en cuenta las sugerencias que ellos aportaron, los expertos considerados para la evaluación de este instrumento fueron 5 profesionales en salud y en derecho con grado académico de doctor que tienen amplia experiencia en el manejo de casos de negligencia médica.

3.4.2. Para Valorar la Negligencia Médica

Como se obtuvieron datos de la revisión de los expedientes; se utilizó como técnica la **revisión documental** y como instrumento solo el registro, que si el caso califica como negligencia médica o no y la modalidad; esta valoración se acopló como un último ítem al cuestionario de factores personales e institucionales relacionados a la negligencia utilizado.

3.5. Procedimientos

Se realizaron las coordinaciones para tener la autorización para acceder a los expedientes con el director de la Dirección Regional de Salud Junín y con la oficina de auditoría de EsSalud.

Obtenidas las autorizaciones respectivas se pudo acceder a los expedientes auditados que se hallaban archivados como denuncias administrativas por negligencia médica en la sede administrativa. Empleando el instrumento se registraron los datos pertinentes.

También se alcanzó:

- Determinar el total de la población objeto de estudio.
- Asignar numeración ordinal a cada expediente.
- Codificar cada ficha de registro.
- Tabular y efectuar el análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Estructurar los resultados de la investigación.
- Discutir los resultados.
- Elaborar conclusiones y recomendaciones.
- Elaborar y presentar el informe final.

3.6. Análisis de Datos

Procesamiento Descriptivo de Datos

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos con el programa Microsoft office Excel 2019, la cual fue exportada al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar las características de cada uno de los factores, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia, también se construyeron tablas de contingencia en donde se calculó la X^2 .y el coeficiente de contingencia para evaluar la asociación entre cada factor y la variable dependiente por separado.

Procesamiento Inferencial de Datos

Para establecer los factores que más inciden en los casos de negligencia médica se realizó un análisis de regresión por medio del modelo LOGIT, a través del cual se calcularon los coeficientes para cada uno de los factores; primero se realizó un análisis exploratorio considerando un modelo inicial que incluía a todos los factores; sin embargo en este análisis pocos factores tenían significancia; por lo que se realizó un segundo análisis considerando un modelo ajustado en el que se obtuvieron 4 factores significativos; para la comprobación de la significancia de cada uno de los coeficiente correspondientes a los factores significativos se utilizó el test de Wald. Se empleó el “p valué” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

3.7. Consideraciones Éticas

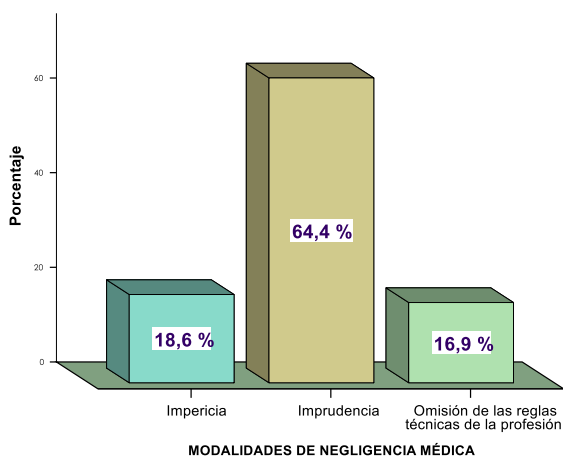
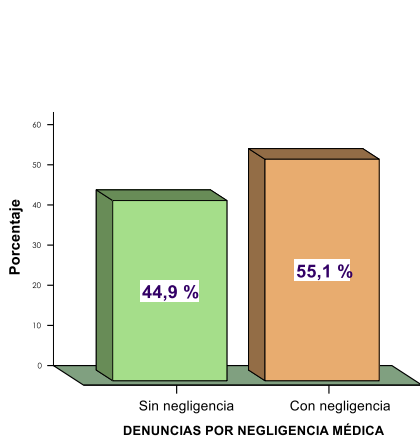
El estudio fue conducido de acuerdo con la Declaración de Helsinki II y sus respectivas modificatorias incluido Edimburgo del año 2000. La información recolectada de los casos de negligencia médica respecto a los factores personales e institucionales vinculados a cada caso no se divulgará y solo se utilizarán para fines del estudio, respetándose el principio de autonomía y de beneficencia de las personas involucradas en cada caso.

IV. Resultados

4.1. Análisis Descriptivo de la Variable Dependiente

Tabla 1: Denuncias por Negligencia Médica y sus Modalidades, en la Región de Salud Junín entre los Años 2017 - 2019

Denuncias por Negligencia Médica			Modalidades de Negligencia Médica		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Sin negligencia	48	44,9	Impericia	11	18,6
Con negligencia	59	55,1	Imprudencia	38	64,4
Total	107	100,0	Omisión de las reglas técnicas de la profesión	10	16,9
			Total	59	100,0



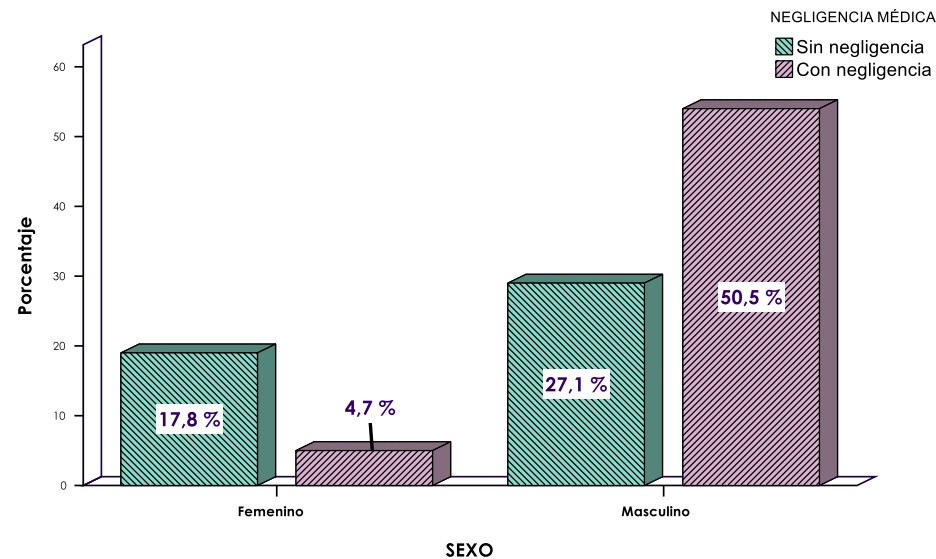
Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 1, se observa que de 107 (100 %) casos de denuncias por negligencia médica reportadas en la región Junín, 59 (55.1 %) corresponden a casos confirmados de negligencia médica en sus modalidades de impericia, imprudencia u omisión de las reglas técnicas de la profesión.

4.2. Análisis Descriptivo de los Factores

3.1.1. Factores Personales

Tabla 2: Negligencia Médica de Acuerdo al Sexo



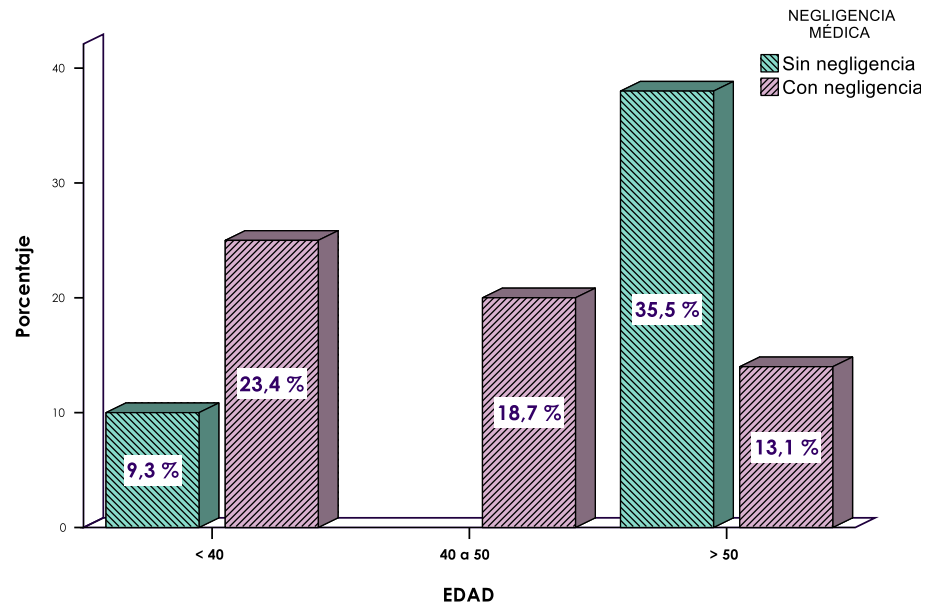
Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		Total	
		Sin negligencia	Con negligencia		
Sexo	Femenino	N	19	5	24
		%	39,6%	8,5%	22,4%
	Masculino	N	29	54	83
		%	60,4%	91,5%	77,6%
Total		N	48	59	107
		%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	14,722a	,000	
	Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,348	,000

En la Tabla 02, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 54 (91.5 %) corresponden a médicos de sexo masculino; mientras que 5 (8.5 %) corresponden a médicos de sexo femenino. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el sexo del profesional es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es débil (Coeficiente de contingencia = 0.348), indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los médicos de sexo masculino.

Tabla 3: Negligencia Médica de Acuerdo a la Edad



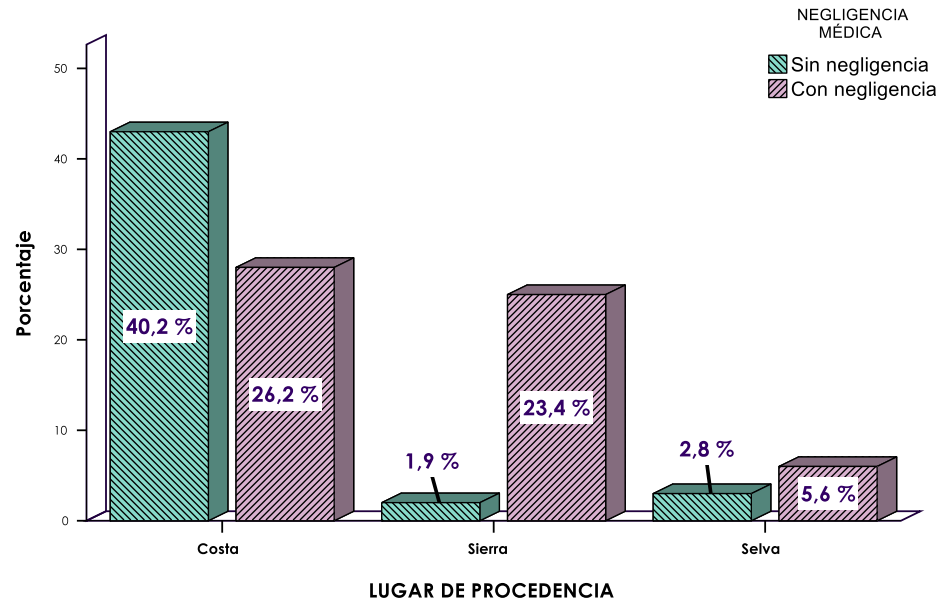
Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

Edad		NEGLIGENCIA MÉDICA		Total
		Sin negligencia	Con negligencia	
< 40	N	10	25	35
	%	20,8%	42,4%	32,7%
40 a 50	N	0	20	20
	%	0,0%	33,9%	18,7%
> 50	N	38	14	52
	%	79,2%	23,7%	48,6%
Total	N	48	59	107
	%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	36,763a	,000	
	Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,506	,000

En la Tabla 03, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 25 (42.4 %) corresponden a médicos menores de 40 años, 20 (33.9 %) corresponden a médicos de 40 a 50 años y 14 (23.7 %) corresponden a médicos mayores de 50 años. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y la edad del profesional es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coficiente de contingencia = 0.506); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los que tienen menor edad.

Tabla 4: Negligencia Médica de Acuerdo al Lugar de Procedencia



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

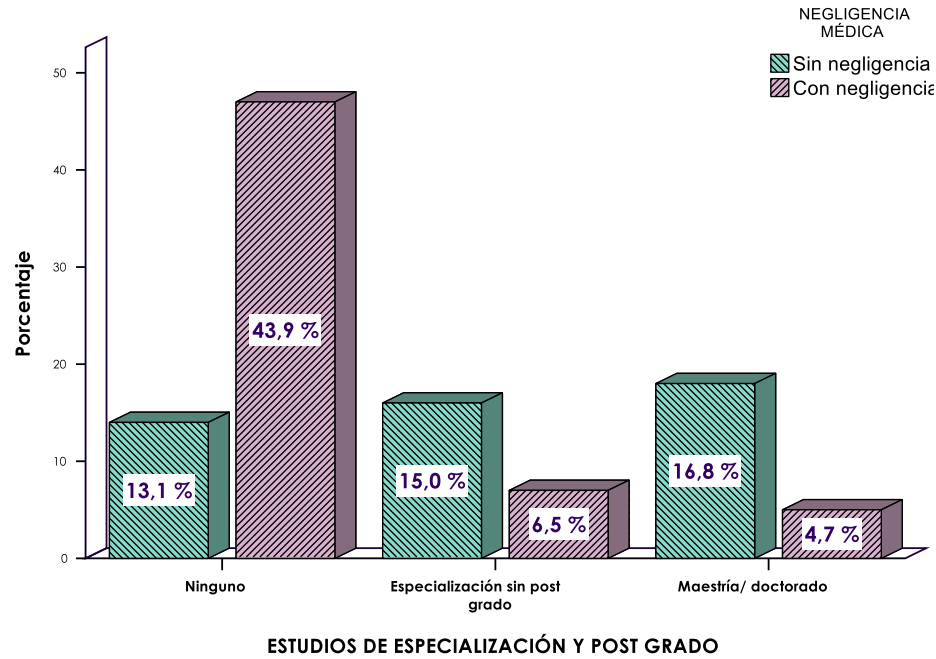
		NEGLIGENCIA MÉDICA			
		Sin negligencia	Con negligencia	Total	
Lugar de Procedencia	Costa	N	43	28	71
		%	89,6%	47,5%	66,4%
	Sierra	N	2	25	27
		%	4,2%	42,4%	25,2%
	Selva	N	3	6	9
		%	6,3%	10,2%	8,4%
Total		N	48	59	107
		%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,872a	,000

	Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,420	,000

En la Tabla 04, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 28 (47.5 %) corresponden a médicos provenientes de la costa, 25 (42.4 %) corresponden a médicos provenientes de la sierra y 6 (10.2 %) corresponden a médicos provenientes de la selva. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y la procedencia es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coficiente de contingencia = 0.420); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los que proceden de la sierra o la selva.

Tabla 5: Negligencia Médica de Acuerdo a los Estudio de Especialización y Post Grado



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

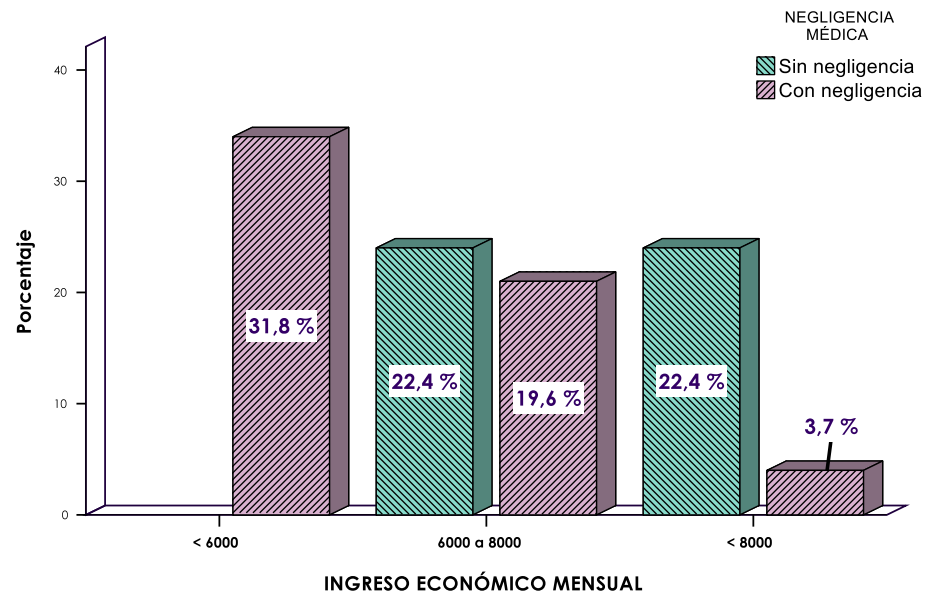
		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Estudios de Especialización y Post Grado	Ninguno	N 14 % 29,2%	47 79,7%	61 57,0%
	Especialización sin post grado	N 16 % 33,3%	7 11,9%	23 21,5%
	Maestría/ doctorado	N 18 % 37,5%	5 8,5%	23 21,5%
Total		N 48 % 100,0%	59 100,0%	107 100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,886a	,000

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,455 ,000

En la Tabla 05, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 47 (79.7 %) corresponden a médicos sin especialización ni post grado, 7 (11.9 %) corresponden a médicos con especialización y 5 (8.5 %) corresponden a médicos con maestría o doctorado. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y estudios de especialización y post grado es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coficiente de contingencia = 0.455); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los que no poseen estudios de especialización ni post grado.

Tabla 6: Negligencia Médica de Acuerdo al Ingreso Económico Mensual

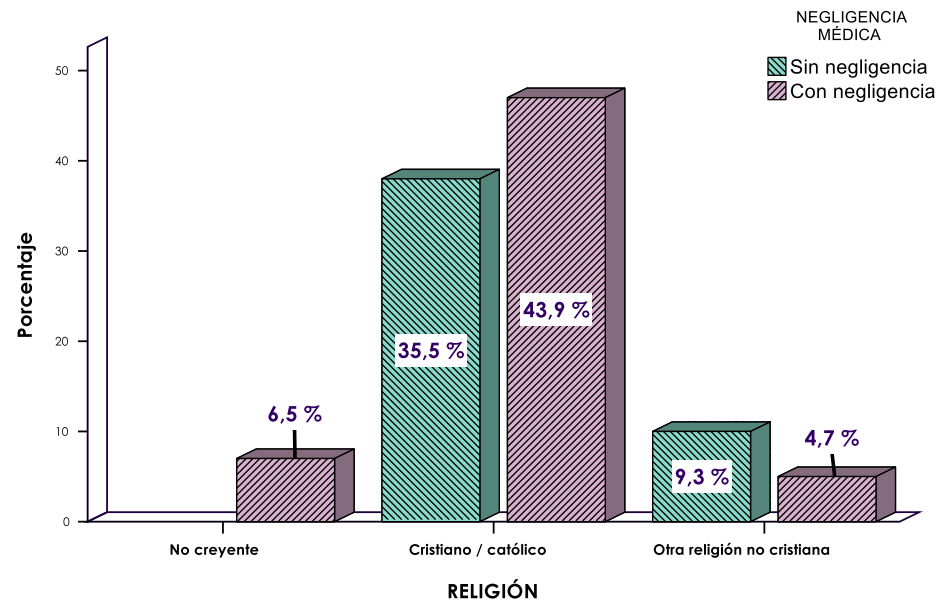


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 06, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 34 (57,6 %) corresponden a médicos con un ingreso económico mensual menor a 6000 soles, 21 (35,6 %) corresponden a médicos con un ingreso entre 6000 y 8000 y 4 (6,8 %) corresponden a médicos con un ingreso mayor a 8000 soles. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el ingreso económico mensual es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0.556); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los que poseen menores ingresos económicos.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		Total
		Sin negligencia	Con negligencia	
Ingreso Económico Mensual	< 6000	N 0	34	34
		% 0,0%	57,6%	31,8%
	6000 a 8000	N 24	21	45
		% 50,0%	35,6%	42,1%
	< 8000	N 24	4	28
		% 50,0%	6,8%	26,2%
Total	N	48	59	107
	%	100,0%	100,0%	100,0%
		Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		47,861a	,000	
		Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,556	,000	

Tabla 7: Negligencia Médica de Acuerdo a la Religión

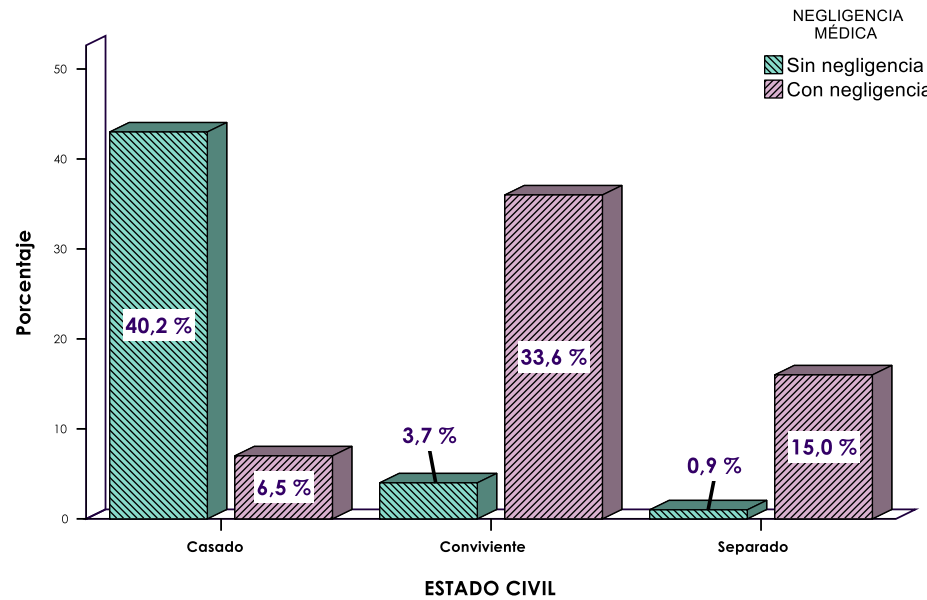


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 07, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 7 (11,9 %) corresponden a médicos no creyentes, 47 (79,7 %) corresponden a médicos cristianos / católicos y 5 (8,5 %) corresponden a médicos que profesan otras religiones no cristianas. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el ingreso económico mensual es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0,00); además la asociación es débil (Coeficiente de contingencia = 0,272); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los no creyentes.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Religión	No creyente	N 0	7	7
		% 0,0%	11,9%	6,5%
Cristiano / católico		N 38	47	85
		% 79,2%	79,7%	79,4%
Otra religión no cristiana		N 10	5	15
		% 20,8%	8,5%	14,0%
Total		N 48	59	107
		% 100,0%	100,0%	100,0%
		Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		8,579a	,000	
		Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,272	,000	

Tabla 8: Negligencia Médica de Acuerdo al Estado Civil



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

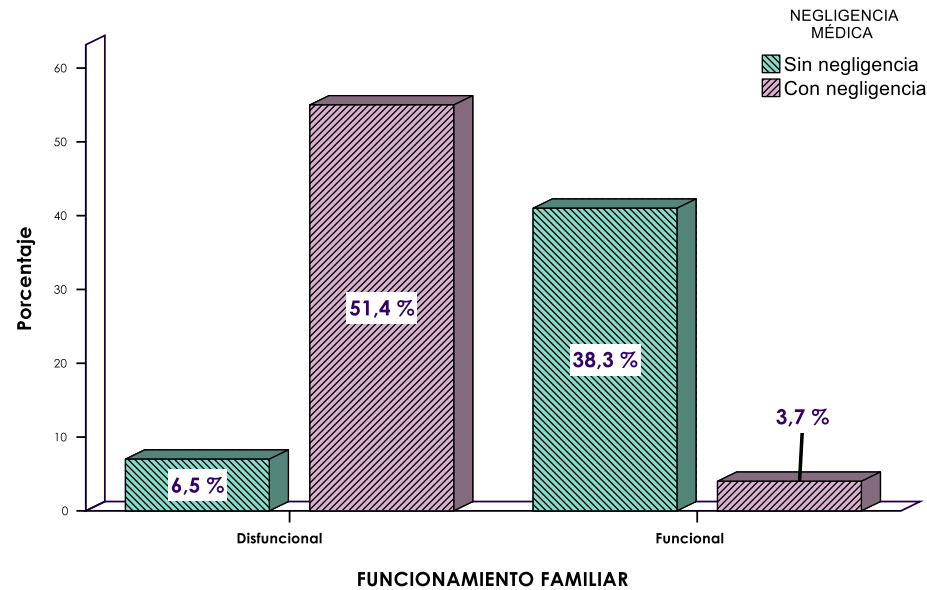
En la Tabla 08, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 7 (11.9 %) corresponden a médicos casados, 36 (61.0 %) corresponden a médicos convivientes y 16 (27.1 %) corresponden a médicos separados. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el estado civil es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0.631); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los separados.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		Total
		Sin negligencia	Con negligencia	
Estado Civil	Casado	N 43	7	50
		% 89,6%	11,9%	46,7%
	Conviviente	N 4	36	40
	% 8,3%	61,0%	37,4%	
	Separado	N 1	16	17
	% 2,1%	27,1%	15,9%	
Total	N 48	48	59	
	% 100,0%	100,0%	100,0%	

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	64,304a	,000

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,613
		,000

Tabla 9: Negligencia Médica de Acuerdo al Funcionamiento Familiar

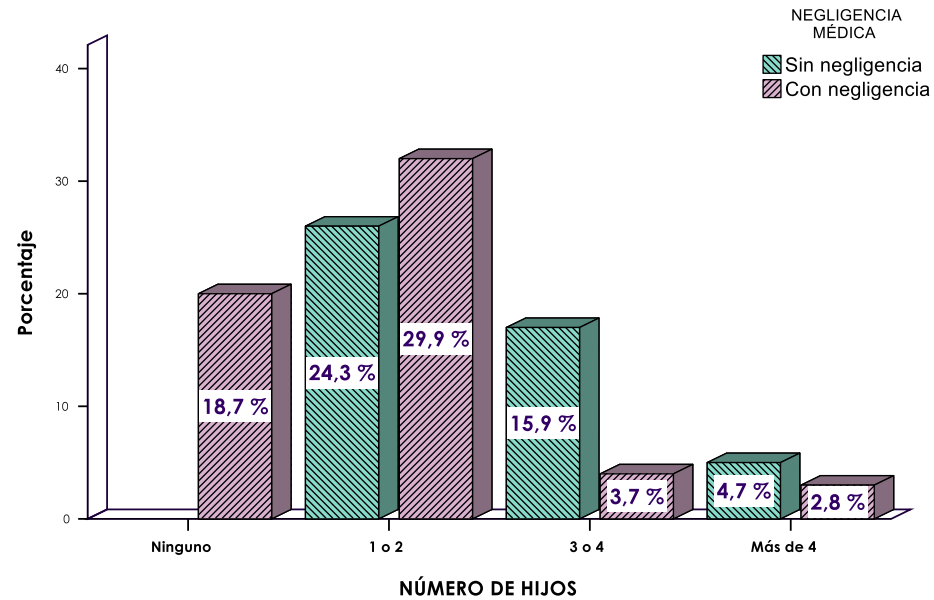


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Funcionamiento Familiar	Disfuncional	N 7 % 14,6%	55 93,2%	62 57,9%
	Funcional	N 41 % 85,4%	4 6,8%	45 42,1%
Total		N 48 % 100,0%	59 100,0%	107 100,0%
		Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		67,162a	,000	
		Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,621	,000	

En la Tabla 09, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 55 (92 %) corresponden a médicos cuyas familias son disfuncionales, 4 (6,8 %) corresponden a médicos cuyas familias son funcionales. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el funcionamiento familiar es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0.621); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los separados.

Tabla 10: Negligencia Médica de Acuerdo al Número de Hijos



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 10, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 20 (33.9 %) corresponden a médicos que no tienen hijos, 32 (54.2 %) corresponden a médicos con 1 o 2 hijos, 4 (6.8 %) corresponden a médicos con 3 o 4 hijos y 3 (5.1 %) corresponden a médicos con más de 4 hijos. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el número de hijos es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0.458); indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los que tienen menos hijos.

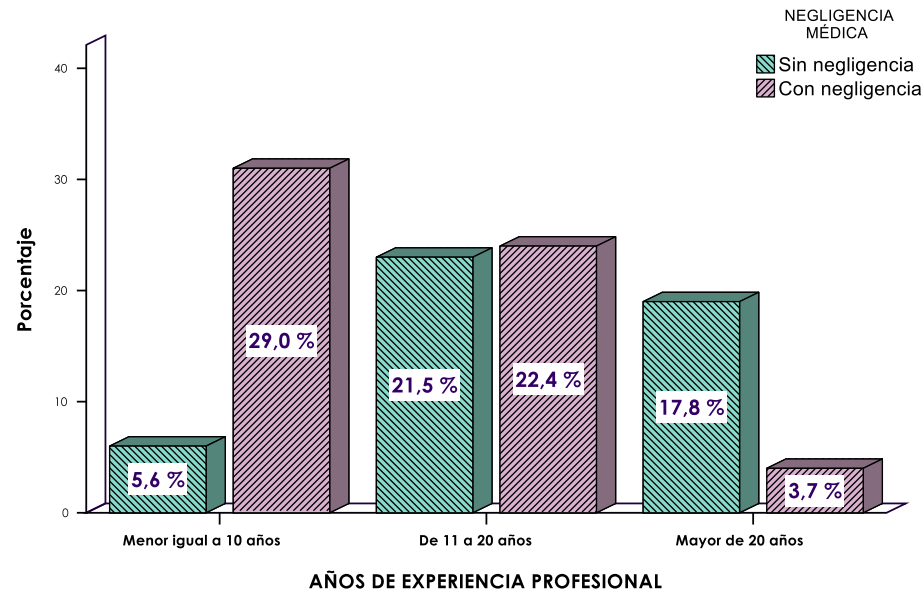
		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Número de Hijos	Ninguno	N 0	20	20
		% 0,0%	33,9%	18,7%
	1 o 2	N 26	32	58
		% 54,2%	54,2%	54,2%
3 o 4	N 17	4	21	
	% 35,4%	6,8%	19,6%	
Más de 4	N 5	3	8	
	% 10,4%	5,1%	7,5%	
Total	N 48	59	107	
	% 100,0%	100,0%	100,0%	

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,337a	,000

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,458
		,000

3.1.2. Factores Institucionales

Tabla 11: Negligencia Médica de Acuerdo a los Años de Experiencia Profesional

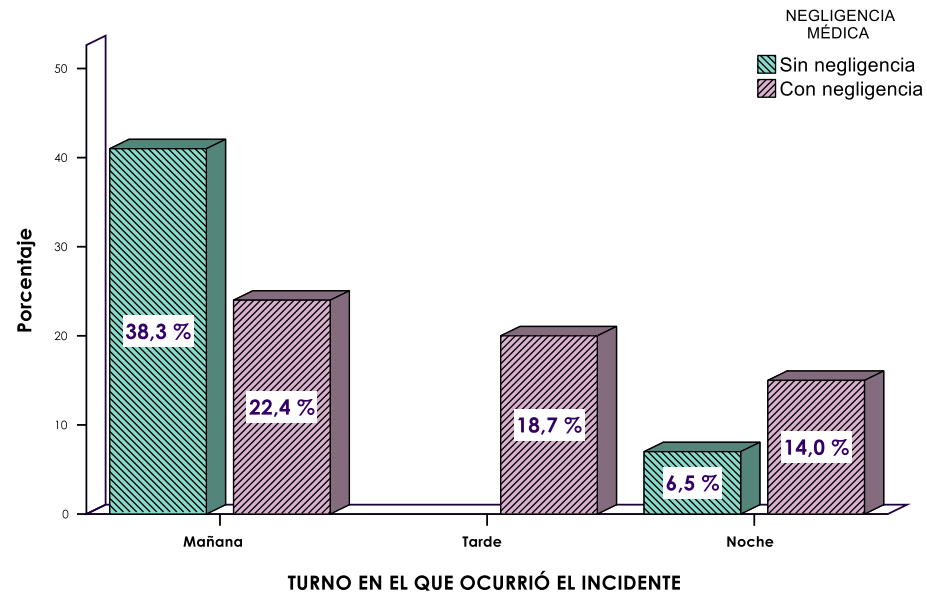


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 11, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 31 (52.5 %) corresponden a médicos con 10 o menos años de experiencia profesional; 24 (40.7 %) corresponden a médicos que tienen de 11 a 20 años de experiencia profesional y 4 (6.8 %) corresponden a médicos que tienen más de 20 años de experiencia profesional. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y los años de experiencia profesional es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0.441), indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en los médicos con menos años de experiencia.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Años de Experiencia Profesional	Menor igual a 10 años	N 6 % 12,5%	31 52,5%	37 34,6%
	De 11 a 20 años	N 23 % 47,9%	24 40,7%	47 43,9%
	Mayor de 20 años	N 19 % 39,6%	4 6,8%	23 21,5%
Total		N 48 % 100,0%	59 100,0%	107 100,0%
		Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		25,838a	,000	
		Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,441	,000	

Tabla 12: Negligencia Médica de Acuerdo al Turno en el que Ocurrió el Incidente



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

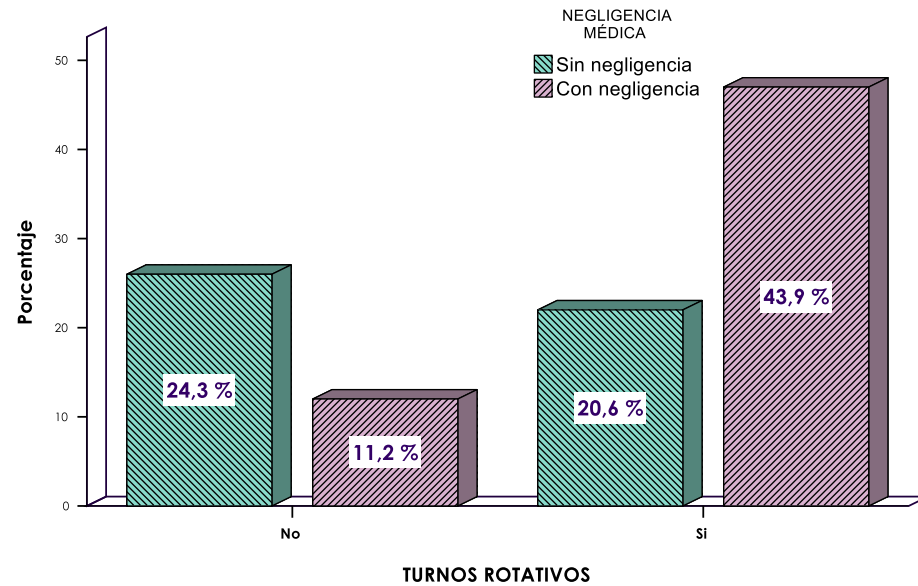
En la Tabla 12, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 24 (40,7 %) ocurrieron en el turno de la mañana; 20 (33,9 %) ocurrieron en el turno de la tarde y 15 (25,4 %) ocurrieron en el turno de la noche. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el turno en el que ocurrió el incidente es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0,00); además la asociación es moderada (Coeficiente de contingencia = 0,446), indicando que los casos de negligencia son más frecuentes en el turno de la tarde o de la noche.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Turno en el que Ocurrió el Incidente	Mañana	N 41 % 85,4%	24 40,7%	65 60,7%
	Tarde	N 0 % 0,0%	20 33,9%	20 18,7%
	Noche	N 7 % 14,6%	15 25,4%	22 20,6%
Total		N 48 % 100,0%	59 100,0%	107 100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,505a	,000

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,446
		,000

Tabla 13: Negligencia Médica de Acuerdo a los Turnos Rotativos



Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

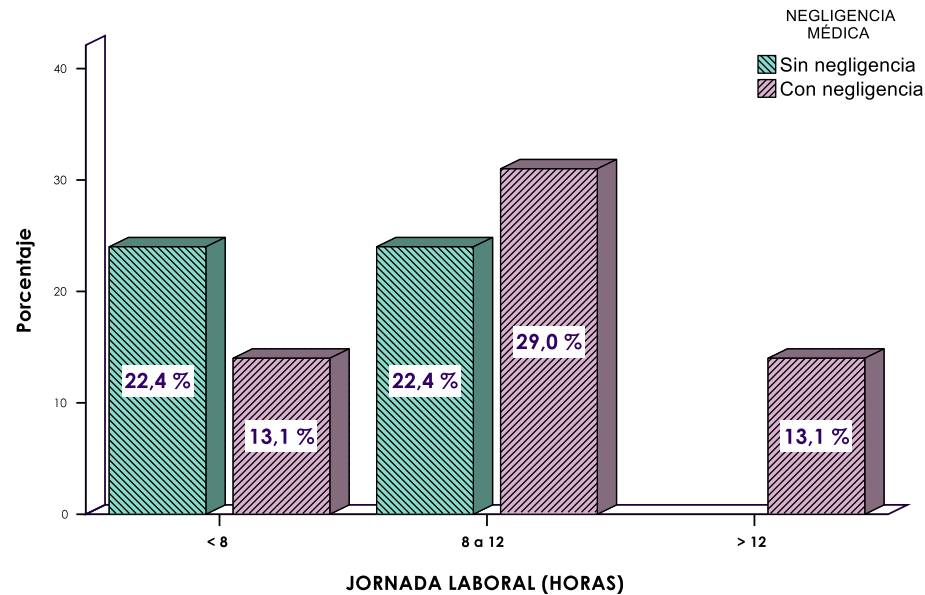
		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Turnos Rotativos	No	N 26	12	38
		% 54,2%	20,3%	35,5%
	Si	N 22	47	69
		% 45,8%	79,7%	64,5%
Total		N 48	59	107
		% 100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13, 225a	,000

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,332
		,000

En la Tabla 13, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 12 (20.3 %) corresponden a médicos que no tuvieron turnos rotativos y 47 (79.7 %) corresponden a médicos que tuvieron turnos rotativos. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y el turno rotativo es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es débil (Coficiente de contingencia = 0.332), indicando que los casos de negligencia son más frecuentes cuando el médico tiene turnos rotativos.

Tabla 14: Negligencia Médica de Acuerdo a la Duración de la Jornada Laboral

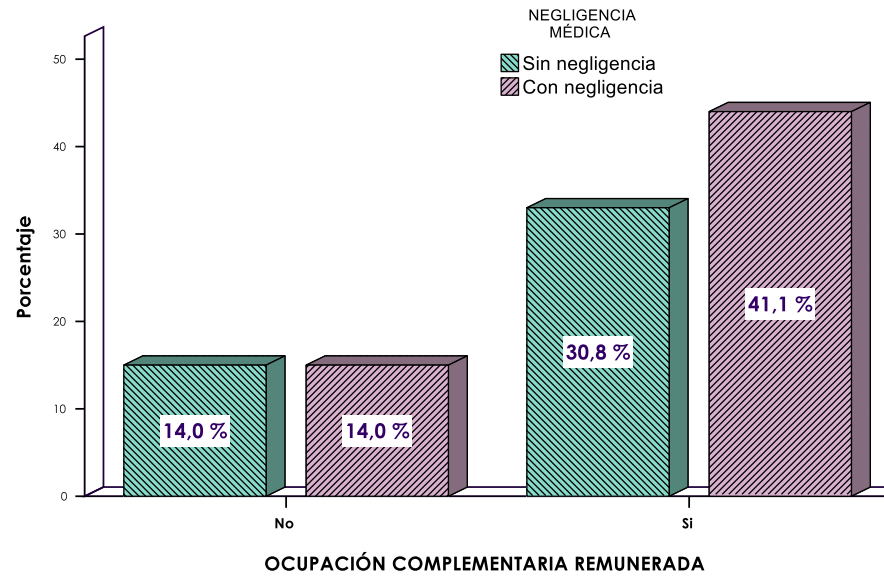


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 14, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 14 (23.7 %) corresponden a médicos que trabajan menos de 8 horas diarias, 31 (52.5 %) corresponden a médicos que trabajan entre 8 y 12 horas diarias y 14 (23.7 %) corresponden a médicos que trabajan más de 12 horas diarias. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y la duración de la jornada laboral es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.00); además la asociación es débil (Coeficiente de contingencia = 0.366), indicando que los casos de negligencia son más frecuentes cuando el médico lleva largas jornadas laborales.

		NEGLIGENCIA MÉDICA			
		Sin negligencia	Con negligencia	Total	
Jornada Laboral (Horas)	< 8	N	24	14	38
		%	50,0%	23,7%	35,5%
	8 a 12	N	24	31	55
		%	50,0%	52,5%	51,4%
	> 12	N	0	14	14
		%	0,0%	23,7%	13,1%
Total	N	48	59	107	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
		Valor	Significación asintótica (bilateral)		
Chi-cuadrado de Pearson		16, 567a	,000		
		Valor	Significación aproximada		
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,366	,000		

Tabla 15: Negligencia Médica de Acuerdo a llevar una Ocupación Complementaria Remunerada



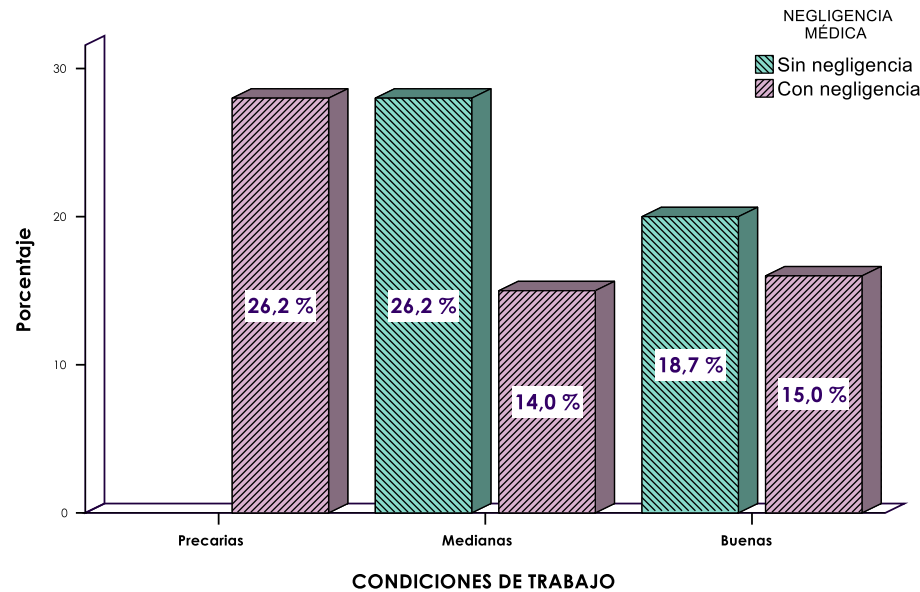
		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Ocupación Complementaria Remunerada	No	N 15 % 31,3%	15 25,4%	30 28,0%
	Si	N 33 % 68,8%	44 74,6%	77 72,0%
Total		N 48 % 100,0%	59 100,0%	107 100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,445 ^a	,505
	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,064	,505

Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 15, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 15 (25.4 %) corresponden a médicos que no tienen una ocupación complementaria remunerada y 44 (74.6 %) corresponden a médicos que tienen una ocupación complementaria remunerada. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y llevar una ocupación complementaria remunerada no es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.505); además la asociación es muy baja (Coeficiente de contingencia = 0.064), indicando que llevar una ocupación complementaria remunerada no influye sobre la incidencia de negligencia médica.

Tabla 16: Negligencia Médica de Acuerdo a las Condiciones de Trabajo

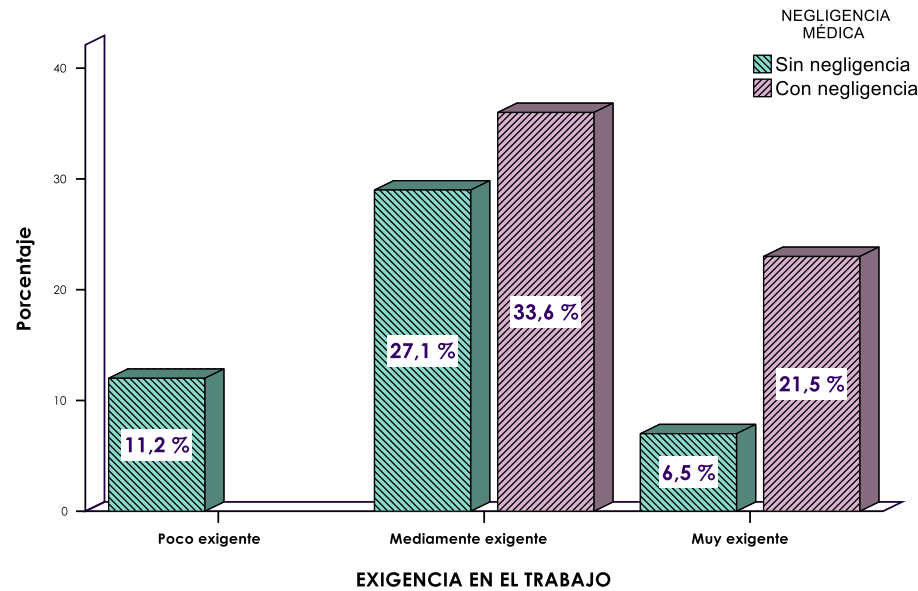


Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Condiciones de Trabajo	Precarias	N 0	28	28
		% 0,0%	47,5%	26,2%
	Medianas	N 28	15	43
		% 58,3%	25,4%	40,2%
	Buenas	N 20	16	36
		% 41,7%	27,1%	33,6%
Total		N 48	59	107
		% 100,0%	100,0%	100,0%
		Valor	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		31,578a	,000	
		Valor	Significación aproximada	
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,477	,000	

En la Tabla 16, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 28 (47.5 %) corresponden a médicos que tienen precarias condiciones de trabajo, 15 (25.4 %) corresponden a médicos que tienen medianas condiciones de trabajo y 16 (27.1 %) corresponden a médicos que tienen buenas condiciones de trabajo. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y las condiciones de trabajo es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.000); además la asociación es moderada (Coficiente de contingencia = 0.477), indicando que laborar bajo inadecuadas condiciones de trabajo incrementa la incidencia de negligencia médica.

Tabla 17: Negligencia Médica de Acuerdo a la Exigencia en el Trabajo



		NEGLIGENCIA MÉDICA		
		Sin negligencia	Con negligencia	Total
Exigencia en el Trabajo	Poco exigente	N 12	0	12
		% 25,0%	0,0%	11,2%
	Mediamente exigente	N 29	36	65
	% 60,4%	61,0%	60,7%	
	Muy exigente	N 7	23	30
	% 14,6%	39,0%	28,0%	
Total	N	48	59	107
	%	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,372a	,000
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	Valor Significación aproximada
		,400 ,000

Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica reportadas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 17, se observa que: de 59 (100 %) casos de negligencia médica: 36 (61.0 %) corresponden a médicos que tienen medianas exigencias en el trabajo y 23 (39.0 %) corresponden a médicos que tienen altas exigencias en el trabajo. Asimismo, la asociación entre la negligencia médica y la exigencia en el trabajo es significativa de acuerdo a la prueba de X^2 (p valúe = 0.000); además la asociación es moderada (Coficiente de contingencia = 0.400), indicando que laborar bajo elevadas exigencias incrementa la incidencia de negligencia médica.

4.3. Modelo de Regresión

$$\begin{aligned}
 \text{NEGLIG_MED} = f(\beta_{\text{SEXO}}\text{SEXO} + \beta_{\text{EDAD}}\text{EDAD} + \beta_{\text{PROCEDENCIA}}\text{PROCEDENCIA} + \\
 \beta_{\text{ESTUDIOS}}\text{ESTUDIOS} + \beta_{\text{INGRESO}}\text{INGRESO} + \beta_{\text{RELIGIÓN}}\text{RELIGIÓN} + \beta_{\text{CIVIL}}\text{CIVIL} + \\
 \beta_{\text{FAMILIA}}\text{FAMILIA} + \beta_{\text{HIJOS}}\text{HIJOS} + \beta_{\text{EXPERIENCIA}}\text{EXPERIENCIA} + \beta_{\text{TURNO}}\text{TURNO} + \\
 \beta_{\text{VÍNCULO}}\text{VÍNCULO} + \beta_{\text{ROTACIÓN}}\text{ROTACIÓN} + \beta_{\text{JORNADA}}\text{JORNADA} + \beta_{\text{ADICIONAL}}\text{ADICIONAL} + \\
 \beta_{\text{CONDICIONES}}\text{CONDICIONES} + \beta_{\text{EXIGENCIA}}\text{EXIGENCIA} + \varepsilon) \dots\dots\dots (\text{Ecuación 1})
 \end{aligned}$$

Donde:

SEXO = SEXO DEL MÉDICO

EDAD = EDAD DEL MÉDICO

PROCEDENCIA = LUGAR DE PROCEDENCIA

ESTUDIOS = ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO

INGRESO = INGRESO ECONÓMICO MENSUAL

RELIGIÓN = RELIGIÓN DEL MÉDICO

CIVIL = ESTADO CIVIL

FAMILIA = FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

HIJOS = NÚMERO DE HIJOS

EXPERIENCIA = AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

TURNO = TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE

VÍNCULO = VÍNCULO LABORAL

ROTACIÓN = TURNOS ROTATIVOS

JORNADA = HORAS DE JORNADA LABORAL

ADICIONAL = OCUPACIÓN COMPLEMENTARIA REMUNERADA

CONDICIONES = CONDICIONES DE TRABAJO

EXIGENCIA = EXIGENCIA EN EL TRABAJO

ε = ERROR

El análisis de los resultados se realizó a través del modelo LOGIT, en el cual se hace un análisis de los diferentes factores para encontrar aquellos que se relacionan con la negligencia médica en la región de salud Junín 2017 – 2019.

Para iniciar el proceso se elabora el análisis de regresión de todas las variables.

Tabla 18: Modelo Logit - Considerando todos los Factores del Modelo Inicial

Resumen del modelo			
	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	,000a	,747	1,000

Variables en la Ecuación								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
SEXO (1)	9,082	26607,273	,000	1	1,000	8796,599	,000	.
EDAD	-1,238	6607,845	,000	1	1,000	,290	,000	.
LUGAR DE PROCEDENCIA	-2,284	8585,047	,000	1	1,000	,102	,000	.
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO	-1,934	8145,824	,000	1	1,000	,145	,000	.
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL	6,244	13103,174	,000	1	1,000	514,917	,000	.
RELIGIÓN	-1,884	14514,787	,000	1	1,000	,152	,000	.
ESTADO CIVIL	27,184	12984,892	,000	1	,998	63944	,000	.
TIPO DE FAMILIA	-13,837	17374,629	,000	1	,999	,000	,000	.
NÚMERO DE HIJOS	-2,216	8365,246	,000	1	1,000	,109	,000	.

Continua

Continuación

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	,001	11484,237	,000	1	1,000	1,001	,000	.
TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE	6,246	8048,212	,000	1	,999	515,707	,000	.
VÍNCULO LABORAL	-2,926	7829,459	,000	1	1,000	,054	,000	.
TURNOS ROTATIVOS	-3,685	41017,951	,000	1	1,000	,025	,000	.
JORNADA LABORAL (HORAS)	12,445	23535,921	,000	1	1,000	253999	,000	.
OCUPACIÓN COMPLEMENTARIA REMUNERADA	-9,839	14602,207	,000	1	,999	,000	,000	.
CONDICIONES DE TRABAJO	-,952	6670,560	,000	1	1,000	,386	,000	.
EXIGENCIA EN EL TRABAJO	10,967	13390,218	,000	1	,999	57940,61	,000	.
Constante	-25,989	38305,980	,000	1	,999	,000		

Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica ocurridas en la región Junín, en los años 2017 al 2019

Elaboración: Propia.

En la Tabla 18, se observa que el modelo explica un 74.7 % de las negligencias médicas ocurridas en la región Junín, entre los años 2017 al 2019 (R cuadrado de Cox y Snell). Sin embargo; todos los factores en conjunto resultan, ser no son significativos (p valúe ≤ 0.05).

Por lo tanto, se ha realizado un reajuste en el modelo, quedando del siguiente modo (Tabla 19).

Tabla 19: Modelo Logit - Considerando los Factores de un Modelo Ajustado

Resumen del Modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	53,475 a	,684	,781

Variables en la Ecuación								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL	-3,328	,775	18,417	1	,000	3,036	1,008	5,164
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO	-1,289	,523	6,087	1	,014	2,275	1,099	4,767
TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE	2,264	,617	13,463	1	,000	4,621	2,871	7,240
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	-1,624	,601	7,311	1	,007	2,197	1,061	4,640
Constante	4,529	1,058	18,333	1	,000	92,664		

Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica ocurridas en la región Junín, en los años 2017 al 2019
Elaboración: Propia.

En la Tabla 19, se observa que el modelo ajustado explica un 68.4 % de las negligencias médicas ocurridas en la región Junín, entre los años 2017 al 2019 (R cuadrado de Cox y Snell). En este modelo todos los factores son significativos (p valúe ≤ 0.05).

En la Tabla 19, también se observa que en el modelo ajustado los coeficientes significativos corresponden a los siguientes factores: ingreso económico mensual (-3,328) y estudios de especialización y post grado (-1,289), turno en el que ocurrió el incidente (2,264), años de experiencia profesional (-1,624),

En consecuencia, la probabilidad global para que ocurra un caso de negligencia médica, sería:

$$Prob(NEGLIG_MED) = \frac{1}{1 + e^{(4,529 - 3,328x_1 - 1,289x_2 + 2,264x_3 - 1,624x_4)}}$$

Diagram illustrating the components of the probability formula for medical negligence:

- Prob(NEGLIG_MED)**: Probabilidad para que el médico incurra en una negligencia
- 4,529**: Valor de la constante
- 3,328x₁**: Coeficiente del ingreso económico mensual
- 1,289x₂**: Coeficiente estudios de especialización y post grado
- 2,264x₃**: Coeficiente del turno en el que ocurrió el incidente
- 1,624x₄**: Coeficiente años de experiencia profesional

Tabla 20: Odds Ratio (Or) - Considerando los Factores del Modelo Ajustado

	Exp (B)
TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE	4,621
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	2,197
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL	3,036
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO	2,275
Constante	92,664

Fuente: Expedientes de casos de denuncias sobre negligencia médica ocurridas en la región Junín, en los años 2017 al 2019

Elaboración: Propia.

Interpretación de la Influencia de los Factores en la Incidencia de Negligencia Medica según la Tabla 20, columna Exp (B); se afirma que:

- a. Pasar hacia un turno, más tarde; incrementa 4,621 veces la probabilidad de que el médico incurra en negligencia.
- b. Tener 10 años más de experiencia; reduce 2,197 veces la probabilidad de que el médico incurra en negligencia.
- c. Un nivel más de ingreso promedio mensual; reduce 3,036 veces la probabilidad de que el médico incurra en negligencia.
- d. Un nivel más de estudios; reduce en 2,275 veces la probabilidad de que el médico incurra en negligencia.

4.4. Contrastación de Hipótesis

4.4.1. Ingreso Económico Mensual y Estudios de Especialización / Post Grado como Factores Personales para la Negligencia Médica

En el estudio nos planteamos la siguiente hipótesis:

“Los factores personales relacionados a la negligencia médica en la región de salud Junín entre los años 2017 – 2019; son: ingreso económico mensual y estudios de especialización / post grado”

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular el coeficiente β_{Ingreso} y β_{Estudios} por medio de la regresión logística, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 35).

Tabla 21: Factores Personales en los Resultados del Modelo Logit - Considerando un Modelo Ajustado

Variables en la Ecuación

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL (x_1)	-3,328	,775	18,417	1	,000	3,036	1,008	5,164
ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN Y POST GRADO (x_2)	-1,289	,523	6,087	1	,014	2,275	1,099	4,767

En la Tabla 21, se puede observar que de acuerdo al test de Wald existe la significancia (p valúe = 0.000) [que es por mucho es menor a 0.05] para el ingreso económico y una significancia (p valúe = 0.014) [que es por mucho es menor a 0.05] para los estudios de especialización y post grado Estos resultados nos permiten hacer la afirmación:

Que el ingreso económico mensual y estudios de especialización / post grado son factores personales relacionados a la negligencia médica, en la región de salud Junín entre los años 2017 y 2019.

Prueba de Hipótesis para el Factor Ingreso Económico

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos el test de Wald para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$Wald_{Ingreso} = \frac{\hat{\beta}_{Ingreso}^2}{\hat{\sigma}_{Ingreso}^2}$$

Utilizamos el valor de **Wald** para determinar si el valor observado de $\beta_{Ingreso} = -3,328$ es prueba suficiente con 107 observaciones, para concluir que el verdadero valor del coeficiente $\beta_{Ingreso}$ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

$$H_0: \beta_{Ingreso} = 0$$

⇒ EL INGRESO MENSUAL NO ES UN FACTOR RELACIONADO
A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

$$H_1: \beta_{Ingreso} \neq 0$$

⇒ EL INGRESO MENSUAL ES UN FACTOR RELACIONADO
A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que β es o no cero, el test de Wald puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Cada uno de los factores están distribuidos de manera normal, llamada distribución multivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido.

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.025$ (Significante) para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

El test de Wald, utiliza una distribución X^2 con un grado de libertad; considerando un alfa = 0.025, el valor tabular de X^2 es igual a 5.0239. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de $\beta_i = 0$, si (el valor absoluto de) el valor observado de $Wald_i$ es mayor que 5.0239.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$Wald_{Ingreso} = \frac{-3,328^2}{0,775^2} = \frac{11.076}{0.601} = 18.429$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor calculado en el test de Wald es de 18.429, que es mayor a 5.0239; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de $\beta_i = 0$, y se concluye que el ingreso mensual es un factor relacionado a la negligencia médica.

Prueba de Hipótesis para los Estudios de Especialización y Post Grado

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos el test de Wald para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$Wald_{Estudios} = \frac{\hat{\beta}_{Estudios}^2}{\hat{\sigma}_{Estudios}^2}$$

Utilizamos el valor de **Wald** para determinar si el valor observado de $\beta_{Estudios} = -1,289$ es prueba suficiente con 107 observaciones, para concluir que el verdadero valor del coeficiente $\beta_{Estudios}$ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

$$H_0: \beta_{Estudios} = 0$$

⇒ LOS ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN/POST GRADO NO SON UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

$$H_1: \beta_{Estudios} \neq 0$$

⇒ LOS ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIÓN/POST GRADO SON UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que β es o no cero, el test de Wald puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Cada uno de los factores están distribuidos de manera normal, llamada distribución multivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido.

Paso 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.025$ (Significante) para este estudio.

Paso 05: Regla de decisión

El test de Wald, utiliza una distribución X^2 con un grado de libertad; considerando un alfa = 0.025, el valor tabular de X^2 es igual a 5.0239. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de $\beta_i = 0$, si (el valor absoluto de) el valor observado de $Wald_i$ es mayor que 5.0239.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$Wald_{Ingreso} = \frac{-1,289^2}{0,523^2} = \frac{1.662}{0.274} = 6.066$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor calculado en el test de Wald es de 6.066, que es mayor a 5.0239; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de $\beta_i = 0$, y se concluye que los estudios de especialización/post grado son un factor relacionado a la negligencia médica.

4.4.2. Turno en el que Ocurrió el Incidente y años de Experiencia Profesional como Factores Institucionales para la Negligencia Médica

En el estudio nos planteamos la siguiente hipótesis:

“Los factores institucionales relacionados a la negligencia médica en la región de salud Junín entre los años 2017 – 2019; son: el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional”

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular el coeficiente β_{Turno} y $\beta_{Experiencia}$ por medio de la regresión logística, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 35).

Tabla 22: Factores Institucionales en los Resultados del Modelo Logit - Considerando un Modelo Ajustado

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE (x_3)	2,264	,617	13,463	1	,000	4,621	2,871	7,240
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL (x_4)	-1,624	,601	7,311	1	,007	2,197	1,061	4,640

En la Tabla 22, se puede observar que de acuerdo al test de Wald existe la significancia (p valúe = 0.000) [que es por mucho es menor a 0.05] para el turno en el que ocurrió el incidente y una significancia (p valúe = 0.007) [que es por mucho es menor a 0.05] para los años de experiencia profesional. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación:

Que el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional, son factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la región de salud Junín entre los años 2017 y 2019.

Prueba de Hipótesis para el Factor Turno en el que Ocurrió el Incidente

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos el test de Wald para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$Wald_{Turno} = \frac{\hat{\beta}_{Turno}^2}{\hat{\sigma}_{Turno}^2}$$

Utilizamos el valor de **Wald** para determinar si el valor observado de $\beta_{Turno} = 2,264$ es prueba suficiente con 107 observaciones, para concluir que el verdadero valor del coeficiente β_{Turno} en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

$$H_0: \beta_{Turno} = 0$$

⇒ EL TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE NO ES UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

$$H_1: \beta_{Turno} \neq 0$$

⇒ EL TURNO EN EL QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE ES UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que β es o no cero, el test de Wald puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Cada uno de los factores están distribuidos de manera normal, llamada distribución multivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido.

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.025$ (Significante) para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

El test de Wald, utiliza una distribución X^2 con un grado de libertad; considerando un alfa = 0.025, el valor tabular de X^2 es igual a 5.0239. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de $\beta_i = 0$, si (el valor absoluto de) el valor observado de $Wald_i$ es mayor que 5.0239.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$Wald_{\text{turno}} = \frac{2,264^2}{0,617^2} = \frac{5.117}{0.381} = 13.430$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor calculado en el test de Wald es de 13.430, que es mayor a 5.0239; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de $\beta_i = 0$, y se concluye que el turno en el que ocurrió el incidente es un factor relacionado a la negligencia médica.

Prueba de Hipótesis para el Factor años de Experiencia Profesional

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos el test de Wald para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$Wald_{\text{Turno}} = \frac{\hat{\beta}_{\text{Experiencia}}^2}{\hat{\sigma}_{\text{Experiencia}}^2}$$

Utilizamos el valor de **Wald** para determinar si el valor observado de $\beta_{\text{Experiencia}} = -1,624$ es prueba suficiente con 107 observaciones, para concluir que el verdadero valor del coeficiente $\beta_{\text{Experiencia}}$ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

$$H_0: \beta_{\text{Experiencia}} = 0$$

⇒ LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL NO SON
UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

$$H_1: \beta_{\text{Experiencia}} \neq 0$$

⇒ LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL SON
UN FACTOR RELACIONADO A LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que β es o no cero, el test de Wald puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Cada uno de los factores están distribuidos de manera normal, llamada distribución multivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido.

Paso 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.025$ (Significante) para este estudio.

Paso 05: Regla de decisión

El test de Wald, utiliza una distribución X^2 con un grado de libertad; considerando un alfa = 0.025, el valor tabular de X^2 es igual a 5.0239. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de $\beta_i = 0$, si (el valor absoluto de) el valor observado de $Wald_i$ es mayor que 5.0239.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$Wald_{Experiencia} = \frac{-1,624^2}{0,601^2} = \frac{2.637}{0.361} = 7.305$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor calculado en el test de Wald es de 7.305, que es mayor a 5.0239; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de $\beta_i = 0$, y se concluye que los años de experiencia profesional son un factor relacionado a la negligencia médica.

V. Discusión de Resultados

5.1. Factores Personales

En el estudio encontramos que el ingreso económico mensual se asocia de forma negativa y significativa con la negligencia médica. A medida que aumenta el ingreso económico mensual, la probabilidad de que se suscite un caso negligencia médica se reduce; esto podría deberse a que los médicos con mayores ingresos económicos son los que tienen mayor capacitación y experticia en el manejo de las patologías de su especialidad; de esta forma, al tener un mayor conocimiento, comprensión y control del proceso patológico pueden hacer una mejor previsión de los recursos y maniobras a realizar, de ese modo se reducen las probabilidades de incurrir en cualquier tipo de negligencia.

Macêdo L, Aragão A, hallan que los médicos con mejores ingresos económicos inciden menos en actos de negligencia, esto se debe a que los médicos mejor pagados trabajan en instituciones que cuentan con mejores equipos e instalaciones más funcionales que facilitan el trabajo; también las instituciones que pagan más a sus profesionales cuentan con la cantidad suficiente de médicos, de manera que no existe sobrecarga laboral; asimismo, contratan diversos profesionales que complementan el trabajo de los médicos y proporcionan colaboración efectiva que les lleva a realizar un trabajo más sistemático y de mayor control, de esta forma se reduce la posibilidad de cometer cualquier tipo de error. También es posible que tanto los médicos como la instituciones con mayores ingresos y popularidad lleguen a acuerdos económicos con

las víctimas de negligencia médica antes de que los casos sean judicializados (Macêdo L, Aragão A, 2020).

Wong K, Parikh P, Miller K, destacan que los profesionales médicos con mayores ingresos son los que están altamente especializados en procedimientos específicos, de esta forma son muy metódicos en todas las acciones que realizan y están tan familiarizados con sus procesos terapéuticos que es poco probable que incurran en actos de negligencia médica. También, es común que los médicos con elevados ingresos dispongan de permanente asesoría jurídica y pueden tomar todas las previsiones ante posibles situaciones de negligencia; de esta manera cuando las intervenciones quirúrgicas suponen situaciones riesgosas, recurren a múltiples consentimientos informados para quedar eximidos de cualquier responsabilidad ante eventos perniciosos. Los pacientes que demandan los servicios de los médicos con mayores tarifas, también están en posibilidad de solventar una amplia variedad de exámenes clínicos que harán que el médico tenga mayor certeza sobre el diagnóstico; asimismo, estos pacientes pueden sufragar un tratamiento más costoso y de mayor calidad que reduce la posibilidad de efectos adversos y mejora la posibilidad de alivio (Wong K, Parikh P, Miller K, 2021).

Asimismo, en la investigación encontramos que los estudios de especialización y post grado se asocian de forma negativa y significativa con la negligencia médica. A medida que el médico está más especializado y posee estudios de post grado, la probabilidad de que acontezcan casos de negligencia médica disminuye; esto podría deberse a que los médicos más capacitados optan por los procedimientos más efectivos y seguros, además poseen la experticia para proceder de forma atinada ante

determinada patología. También; se da, que los médicos más especializados ante un acto de negligencia; pueden ofrecer argumentos convincentes sobre posibles mecanismos fisiopatológicos propios de la enfermedad y de esta manera eximirse de toda culpa, y como en el medio profesional son escasos los médicos que puedan tener la solvencia argumentativa para contradecir las aseveraciones del médico sospechoso de negligencia, el incidente no llega a ser categorizado como negligencia.

Hanganu B, Iorga M, Muraru I, encuentran que la inadecuada formación en pregrado y la falta de actualizaciones periódicas para poder abordar las patologías más desafiantes, son los factores más fuertemente asociados a los casos de negligencia médica. Al aumentar las expectativas del público, enfatizar la publicidad de los derechos de los pacientes y la comercialización de medicamentos, el progreso de la tecnología coloca una carga mayor sobre los hombros de los médicos, lo que a menudo lleva a los pacientes a tener expectativas poco realistas y les hace sancionar cualquier error o resultado que no coincida con sus expectativas (Hanganu B, Iorga M, Muraru I, 2020).

5.2. Factores Institucionales

En la investigación hallamos que el turno en el que ocurrió el incidente se asocia de forma positiva y significativa con la negligencia médica. A medida que se pasa a un turno, más tarde, la probabilidad de que se suscite un caso de negligencia médica se incrementa; esto podría deberse a que los médicos que trabajan en el turno tarde y en especial la noche se encuentran más cansados y su nivel de atención se reduce. En general los médicos trabajan en diferentes instituciones y ocupan todo su tiempo

disponible con trabajo activo; de esta forma, al acudir a su turno en la tarde o noche, están fatigados porque cumplieron con otros compromisos laborales en las horas precedentes. También es común que los médicos estén recargados de otras responsabilidades de tipo administrativo, otros cumplen horas de docencia y además deben de cumplir con sus responsabilidades en el hogar, estas situaciones provocan fatiga y estrés en el medico que subyacen a los actos de negligencia.

Kessler R, Benzil D, Loewenstern J, hallan que los factores causales predominantes en la negligencia médica se encuentran: el exceso de trabajo, el estrés y la fatiga. El cansancio físico y mental es más intenso por la tarde o noche y acrecienta ampliamente la posibilidad de negligencia. La fatiga por la noche determina un mayor riesgo de tomar decisiones clínicas de peor calidad. El impacto de trabajar muchas horas se ve agravado por otras demandas de tiempo, ya sea viajar hacia y desde el trabajo, realizar trabajo administrativo, los compromisos familiares y responsabilidades fuera del trabajo. La fatiga laboral lleva a una reducción de la productividad, irregularidades gastrointestinales, enfermedades cardíacas, estrés, hipertensión, problemas de sueño; que inducen a la negligencia. La fatiga por las noches, también conduce a una pérdida del estado de alerta y concentración, provocando una disminución de la conciencia del entorno que conduce a la negligencia (Kessler R, Benzil D, Loewenstern J, 2019).

Asimismo, en la investigación encontramos que los años de experiencia profesional se asocian de forma negativa y significativa con la negligencia médica. A medida que se incrementan los años de experiencia laboral, la probabilidad de que surja un caso de negligencia médica disminuye; esto podría deberse a que los médicos con mayor experiencia han tenido la posibilidad de enfrentarse a múltiples casos clínicos y han

podido perfeccionar sus procesos terapéuticos reduciendo al mínimo la posibilidad de incurrir en errores de cualquier tipo. Los médicos con mayor experiencia también son los de mayor edad y tienden a ser más responsables y metódicos en la realización de su trabajo; muchos de ellos poseen gran prestigio profesional que deben de cuidar, por lo que tratan de ser más precavidos en todos sus procesos de medicalización; además los médicos con mayor experiencia trabajan en las instituciones con mejor equipamiento y disponen de múltiples profesionales que dinamizan el trabajo del médico y reducen la probabilidad de negligencia.

Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S, evidencian que la escasa capacitación y actualización de algunos médicos es el principal factor para incurrir en actos de negligencia; sin embargo, la mayor parte de estos casos no son reportados por ser considerados parte de los errores cotidianos tolerables acontecidos dentro de los establecimientos de salud; además en muchos establecimientos de salud no existen sistemas que identifiquen y reporten los casos de negligencia de manera oportuna. Si el paciente o sus familiares no identifican la posible negligencia u otras irregularidades, y efectúan su reclamo o denuncian el hecho, el incidente en la mayoría de casos pasa por desapercibido. Debido a la escasez de profesionales de salud, las instituciones no pueden exigir la óptima capacitación y calificación de los médicos, y el riesgo de que cometan actos de negligencia es elevado. También se notado, que en la formación de pregrado el adoctrinamiento en responsabilidad profesional y sensibilidad humana es bajo; de manera que muchos médicos no le otorgan el debido valor a la salud y la vida de los pacientes a los que atienden; solo después de haber atravesado por problemas judiciales por negligencia, toman la debida conciencia de la

responsabilidad que tienen al maniobrar con la salud y la vida (Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S, 2019).

Szabo A, reporta que los médicos poco capacitados no tienen la pertinente sensibilidad humana, empatía y compasión, para tomar todas las previsiones al tratar a los pacientes. Solo los médicos con elevada formación pueden comprender el valor de la salud y la vida en su magnitud real; y, en consecuencia, ser muy minuciosos y prolijos en todos los procesos terapéuticos manejados; estos médicos tienen exigua probabilidad de incurrir en actos de negligencia. La negligencia es determinada principalmente por las insuficientes competencias clínicas del médico, el que además no le otorga la importancia real a la salud y la vida del paciente al que trata, procediendo con mucha ligereza (Szabo A, 2018).

VI. Conclusiones

- Los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica de forma significativa son: el ingreso económico mensual, los estudios de especialización y post grado, el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional. Estos cuatro factores explican el 68.4 % de las negligencias médicas.
- Los factores personales relacionados a la negligencia médica son: el ingreso económico mensual y los estudios de especialización / post grado. Cuando se incrementa el económico mensual en el médico, disminuye la probabilidad de que incurra en actos de negligencia. Cuando se incrementan los estudios de especialización / post grado en el médico, disminuye la probabilidad de que incurra en actos de negligencia.
- Los factores institucionales relacionados a la negligencia médica son: el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional. Cuanto más tarde sea el turno en el que le toca laborar al médico, mayor es la probabilidad de que incurra en actos de negligencia. Cuando se incrementan los años de experiencia profesional en el médico, disminuye la probabilidad de que incurra en actos de negligencia.

VII. Recomendaciones

- Es conveniente, establecer un estricto sistema de vigilancia, de prevención y control de posibles actos de negligencia médica en los diversos establecimientos de salud; debido a que los hallazgos indican, que los establecimientos de salud que cuyos médicos tienen: menores sueldos, menor capacitación, menor experiencia y que trabajan en turnos de tarde o noche; se encuentran con elevado riesgo, de que se incida en negligencia médica.
- Es favorable implementar un programa que promueva el acceso a estudios de especialización / post grado de elevada calidad en los médicos, bajo el compromiso de mantense laborando en sus instituciones de origen, otorgándoles todo tipo de facilidades.
- Es conveniente implementar un programa que articule múltiples pasantías de los médicos en instituciones de elevado nivel resolutivo, con el propósito de mejorar la experiencia laboral; también se debe de poner en marcha un programa que garantice que los médicos que tengan que cumplir un turno de tarde o de noche, previamente hallan descansado el tiempo necesario.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Amirthalingam, K. (2021). Medical negligence and diagnosis: further inroads into Bolam? *The Northern Ireland legal quarterly*, 71(4), 683-693. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/3125033241>
- Argimon J, Jiménez J,. (2004). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica* (3° ed.). Madrid - España: Elsevier.
- Arrieta L. (1999). Mal praxis médica. *Med. Leg. Costa Rica*, 16(2), 52 - 57.
- Bernstein J, MacCourt Duncan, Abramson Bruce. (2008). Topics in Medical Economics: Medical Malpractice. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American*, 90(8), 1777–1782.
- Brennan, T. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality & Safety in Health Care*, 13(2), 145-151. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2151655936>
- Bryden, D., & Storey, I. (2011). Duty of care and medical negligence. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 11(4), 124-127. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2148444319>
- Bustamante C. (2009). *Medicina y Sociedad* (1° ed.). Lima: Integral.
- Carrasco S. (2006). *Metodología de la Investigación Científica* (1° ed.). Lima: San Marcos.
- Casey, A. (2014). The ugly face of medical negligence: where has justice gone? *European Spine Journal*, 23(1), 1-3. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2011874999>
- Chaudhary, B., Singh, R., Singh, S., & Shukla, P. (2020). Recent trends of medical negligence – An autopsy based study at lady hardinge medical college, New Delhi. *IP International Journal of Forensic Medicine and Toxicological Sciences*, 5(2), 35-38. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/3048283931>
- Chauhan, K., Perumal, S., & Hiwale, S. (2007). Medical Negligence in Military Hospitals. *Medical journal, Armed Forces India*, 63(2), 172-174. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2006624417>
- Chen, K., Yang, C., Lie, Chiou, H. Y., Lin, M. G., & Chang, H. (2013). Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*, 10(11), 1471-1478. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2112928886>
- Cranberg, L., Glick, T., & Sato, L. (2007). Do the Claims Hold Up? A Study of Medical Negligence Claims Against Neurologists. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(1), 155-162. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1983955866>
- Dash, S. (2010). Medical Ethics, Duties & Medical Negligence Awareness among the Practitioners in a Teaching Medical College, Hospital-A Survey. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 32(2), 153-156. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2207632393>

- Espinoza J. (2005). Hacia una predictibilidad del resarcimiento del daño a la persona en el sistema judicial peruano. *Advocatus*, 13(1), 89 - 110.
- Farrukh, A., & Mayberry, J. (2019). Medical negligence and likely developments in Oman. *Medico-legal Journal*, 87(3), 132-135. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2968786619>
- Fenn, P., Diacon, S., Gray, A., Hodges, R., & Rickman, N. (2000). Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of claims database. *British Medical Journal*, 320(7), 1567-1571. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2067320187>
- Fogel, A., & Kvedar, J. (2019). Reported Cases of Medical Malpractice in Direct-to-Consumer Telemedicine. *JAMA*, 321(13), 1309-1310. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2926105284>
- Gogos, A., Clark, R., Bismark, M., Gruen, R., & Studdert, D. (2011). When informed consent goes poorly: a descriptive study of medical negligence claims and patient complaints. *The Medical Journal of Australia*, 195(6), 340-344. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2070573291>
- Hanganu B, Iorga M, Muraru I. (2020). Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? *Medicina*, 56(9), 1 - 15.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., & Chayama, K. (2008). The number of criminal prosecutions against physicians due to medical negligence is on the rise in Japan. *American Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 105-106. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2148143286>
- Huycke, L., & Huycke, M. (1994). Characteristics of Potential Plaintiffs in Malpractice Litigation. *Annals of Internal Medicine*, 120(9), 792-798. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2036776001>
- Jamjoom, B., & Davis, T. (2019). Why scaphoid fractures are missed. A review of 52 medical negligence cases. *Injury-international Journal of The Care of The Injured*, 50(7), 1306-1308. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2945855495>
- Kessler R, Benzil D, Loewenstern J. (2019). Malpractice Litigation in Brain Tumor Surgery: A 31-Year Analysis of Causative Factors in the United States from the Westlaw Database. *World Neurosurg*, 122(1), 1570 - 1577.
- Leape, L., Brennan, T., Laird, N., Lawthers, A., & Localio, A. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2038705819>
- Macêdo L, Aragão A. (2020). Malpractice and socioeconomic aspects in neurosurgery: a developing-country reality. *Neurosurg Focus*, 49(5), 1 - 8.
- Maughan, P. (2002). Medical negligence and the law. *British Journal of Surgery*, 88(7), 899-900. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2098875497>

- Meléndez L. (2018). *Consecuencias jurídicas de las negligencias médicas en los hospitales de Lima*. [Tesis], Universidad Cesar Vallejo, Escuela de post grado. Obtenido de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/721305>
- Mello, M., & Brennan, T. (2009). The role of medical liability reform in federal health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 361(1), 1-3. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2031712287>
- Mello, M., Studdert, D., & Brennan, T. (2003). The new medical malpractice crisis. *The New England Journal of Medicine*, 348(23), 2281-2284. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/1969506945>
- Miola, J. (2009). Negligence and the legal standard of care: what is 'reasonable' conduct? *British journal of nursing*, 18(2), 756-757. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2022147832>
- Murthy, K. (2007). Medical negligence and the law. *Indian Journal of Medical Ethics*, 4(3), 116-118. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2417421264>
- Myers, L., Skillings, J., Heard, L., Metlay, J., & Mort, E. (2019). Medical Malpractice Involving Pulmonary/Critical Care Physicians. *Chest*, 156(5), 907-914. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2946094036>
- Navarro C. (2013). Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 42 - 56.
- Oleff H. (2010). *La responsabilidad civil médica: el caso de infecciones intrahospitalarias*. [Tesis], Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Escuela de Post Grado. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/198>
- Oyebode, F. (2013). Clinical errors and medical negligence. *Medical Principles and Practice*, 22(4), 323-333. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2022326261>
- Purshouse, C. (2015). How should autonomy be defined in medical negligence cases. *Clinical Ethics*, 10(4), 107-114. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2190064161>
- Samanta, A., Mello, M., Foster, C., Tingle, J., & Samanta, J. (2006). The role of clinical guidelines in medical negligence litigation: a shift from the bolam standard? *Medical Law Review*, 14(3), 321-366. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2048020742>
- Sheikhtaheri A, Sadeqi M, Hashemi Z,. (2018). Physicians' Perspectives on Causes of Health Care Errors and Preventive Strategies: A Study in a Developing Country. *Iran J Public Health*, 47(5), 720-728 .
- Sogi-Uematzu C, Cárdenas M, Zavala S. (2020). Denuncias éticas de médicos colegiados en Perú, 1991-2010: frecuencia y naturaleza. *Acta Médica Peruana*, 31(2), 95 - 105. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200006&lng=es&tlng=es

- Stein, M., Guzelian, C., & Guzelian, K. (2015). Expert Testimony in Nineteenth Century Malapraxis Actions. *American Journal of Legal History*, 55(2), 194-207. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/3125231761>
- Studdert, D., Mello, M., Gawande, A., Gandhi, T., Kachalia, A., Yoon, C., . . . Brennan, T. (2006). Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *The New England Journal of Medicine*, 354(19), 2024-2033. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2167049682>
- Szabo A. (2018). Periprocedural pulmonary aspiration: An analysis of medical malpractice cases and alleged causative factors. *J Eval Clin Pract*, 21(1), 1 - 5.
- Thomas E, Studdert D, Newhouse J, Zbar B, Howard K., (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36(3), 255 - 264.
- Todd, N. (2014). Medical negligence. Legal theory and neurosurgical practice: informed consent. *British Journal of Neurosurgery*, 28(4), 447-451. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2135298664>
- Velarde G. (2016). *La negligencia médica y la responsabilidad civil en Hospitales de el Tambo y Huancayo años 2014-2015*. [Tesis], Universidad Nacional Hermilio Valdizan, Escuela de post grado. Obtenido de <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/1652>
- Vincent, C., Davy, C., Esmail, A., Neale, G., Elstein, M., Cozens, J., & Walshe, K. (2006). Learning from litigation. The role of claims analysis in patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(6), 665-674. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2061066070>
- Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S. (2019). Factors and impact of physicians' diagnostic errors in malpractice claims in Japan. *PLoS ONE*, 15(8), 1 - 12.
- Wong K, Parikh P, Miller K. (2021). Emergency Department and Urgent Care Medical Malpractice Claims 2001–15. *Western Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 333 - 338.
- Yadav, M., & Rastogi, P. (2015). A Study of Medical Negligence Cases decided By the District Consumer Courts of Delhi. *Journal of Indian Academy of Forensic Medicine*, 37(1), 50-55. Obtenido de <https://academic.microsoft.com/paper/2035150315>

IX. Anexos

A. Matriz de Consistencia.

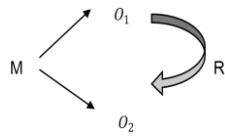
B. Instrumento de Investigación.

C. Validación del Instrumento por Juicio de Expertos.

Anexo A: Matriz de Consistencia

Título: “Factores Personales e Institucionales Relacionados a la Negligencia Médica, Región de Salud Junín 2017-2019”

Autora: Ortega Salcedo, María Asela

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo, Nivel y Diseño de Investigación	Variable(s) de Investigación	Método
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuáles son los factores personales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín 2017-2019.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Establecer los factores personales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019.</p> <p>2. Establecer los factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>Los factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el ingreso económico mensual, los estudios de especialización y post grado, el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. Los factores personales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el ingreso económico mensual y los estudios de especialización / post grado.</p> <p>2. Los factores institucionales relacionados a la negligencia médica, en la Región de Salud Junín entre los años 2017-2019 son: el turno en el que ocurrió el incidente y los años de experiencia profesional.</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>El estudio científico realizado fue: aplicado, transversal, observacional y cuantitativo.</p> <p>Nivel de la Investigación</p> <p>La investigación ejecutada fue de nivel correlacional multivariado, porque se analizó a un conjunto de variables calificadas como factores y de entre ellas se identificó a los factores que reflejaban tener mayor influencia sobre la variable dependiente “negligencia médica”; también, se ha asumido el supuesto que el vínculo entre los factores y la variable dependiente no es casual.</p> <p>Diseño</p> <p>La investigación desarrollada se esquematiza como un estudio descriptivo correlacional múltiple (multifactorial) que se puede representar del siguiente modo:</p>  <p>O_1 = Conjunto de datos en referencia a los factores tanto personales como institucionales que influyen sobre la negligencia médica; O_1 es un vector que surge de la interacción de los factores ($X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, \dots, X_{17}$)</p> <p>$O_2$ = Conjunto de datos referentes a las denuncias sobre negligencia médica reportados en la región de salud Junín entre los años 2017 y 2019.</p> <p>M= Grupo muestral único</p> <p>R= Nexo significativo existente entre los factores que actúan de forma conjunta sobre la variable dependiente.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores personales e institucionales de relacionados a negligencia médica</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Negligencia médica</p>	<p>Población:</p> <p>La población estuvo conformada por el total de 165 expedientes de denuncias sobre negligencia médica auditados por la vía administrativa en la región de salud Junín, entre los años 2017 y 2019; de forma preliminar los expedientes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se consideró un tamaño muestral de 107 expedientes de denuncias sobre negligencia médica en la región de salud Junín, entre los años 2017 y 2019.</p> <p>Para Valorar los Factores Personales e Institucionales Relacionados a la Negligencia:</p> <p>Se utilizó como técnica la revisión documental y como instrumento una tabla de cotejo denominada “Protocolo de factores de negligencia médica” que ha sido elaborado con fines de esta investigación.</p>

Código _____

Anexo B: Instrumento de Investigación

Protocolo de Factores de Negligencia Médica

Instrucciones: A continuación, se presenta una relación de factores personales e institucionales relacionados a la negligencia médica; marcar la opción que más se aproxima al registro consignado en el expediente sobre la negligencia médica.

I. Factores Personales

1. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
2. Edad	_____ años	
3. Lugar de procedencia	<input type="checkbox"/> Costa <input type="checkbox"/> Selva	<input type="checkbox"/> Sierra
4. Estudios de especialidad o post grado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Cuales: _____ _____ _____ _____
5. Ingreso económico mensual	_____ soles	
6. Religión	<input type="checkbox"/> No creyente	<input type="checkbox"/> Creyente cristiano/ católico <input type="checkbox"/> Creyente no cristiano
7. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Conviviente	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)
8. Funcionamiento familiar	<input type="checkbox"/> Funcional	<input type="checkbox"/> Disfuncional
9. Número de hijos	_____ hijos	

II. Factores Institucionales

10. Años de experiencia profesional

_____ años

11. Turno en el que ocurrió el incidente

Mañana Tarde
 Noche

12. Vínculo laboral

728 276
 1024

13. Turnos rotativos

No Si

14. Horas de jornada laboral

< 8 8 a 12
 > 12

15. Ocupación complementaria remunerada

No Si

16. Condiciones de trabajo

Precarias Medianas
 Buenas

17. Exigencia en el trabajo

Poco exigente Mediamente exigente
 Muy exigente

18. El caso ha sido calificado como negligencia médica

Si No

Modalidad:

Impericia
 Imprudencia
 Omisión de las reglas técnicas de la profesión

Anexo C: Validación del Instrumento por Juicio de Expertos

Informe de Opinión de Experto para Validación de Instrumento

I. Datos Generales

I.1	Apellidos y nombres del experto:	Díaz Dumont Jorge Rafael
I.2	Cargo e institución donde labora:	Asesor de tesis de la EUPG - UNFV
I.3	Nombre del instrumento a validar:	PROTOCOLO DE FACTORES DE NEGLIGENCIA MÉDICA
I.4	Autor del Instrumento:	María Asela Ortega Salcedo

II. Cuadro de Validación de Instrumentos por Opinión de Experto

Indicar el puntaje (entre 1 y 5) con el que Califica la Validez de las preguntas formuladas para el tema en investigación de acuerdo a los Criterios indicados, donde 5 es Totalmente de Acuerdo, 4 es De Acuerdo, 3 es Más o Menos de Acuerdo, 2 es En Desacuerdo; y, 1 es Totalmente en Desacuerdo.

Nº	Indicadores	Criterios para Validar si las Preguntas Formuladas son Adecuadas para el Tema de Investigación	Calificación
1	Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?	5
2	Objetividad	¿Está expresado en conductas observables?	4
3	Actualidad	¿Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología?	4
4	Organización	¿Existe una organización lógica?	5
5	Suficiencia	¿Comprende los aspectos de cantidad y calidad?	5
6	Consistencia	¿Está basado en aspectos teórico-científicos propios de la especialidad?	4
7	Coherencia	¿Hay coherencia entre los índices, indicadores y las dimensiones?	5

III. Opinión Final sobre la Validez del Instrumento

Aplicable.



Dr. Jorge Rafael Díaz Dumont (PhD)
INVESTIGADOR CIENCIA Y TECNOLOGÍA
SINACYT - REGISTRO REGINA 15697

Cuadro Resumen de la Validación de Instrumentos por Opinión de Expertos

Nº	Indicadores	Criterios	Expertos					Total	t2
			Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5		
1	Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?	5	4	4	4	4	21	441
2	Objetividad	¿Está expresado en conductas observables?	4	4	4	5	4	21	441
3	Actualidad	¿Es adecuado al avance de la ciencia y tecnología?	4	4	5	5	5	23	529
4	Organización	¿Existe una organización lógica?	5	5	5	5	5	25	625
5	Suficiencia	¿Comprende los aspectos de cantidad y calidad?	5	4	4	4	4	21	441
6	Consistencia	¿Está basado en aspectos teórico-científicos propios de la especialidad?	4	4	4	4	4	20	400
7	Coherencia	¿Hay coherencia entre los índices, indicadores y las dimensiones?	5	5	5	5	5	25	625
Total			45	32	30	31	32	31	225
Media			4.57	4.29	4.43	4.57	4.43		
Varianza			0.29	0.24	0.29	0.29	0.29		
Σ Varianza			1.38						