



El Acto Médico

Cuadernos de Debate en Salud

Enero 2011



El Acto Médico

Cuadernos de Debate en Salud

Mayo 2011



Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

"CALIDAD EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN MÉDICA" CUADERNOS DE DEBATE EN SALUD

Presidente	: Dr. Guillermo Quiroz Jara
Director Ejecutivo	: Dr. Fernando Osores Plenge
Director Científico-Ético	: Dr. Alberto Ramírez Ramos
Director Científico-Ético	: Dr. Oscar Frisancho Velarde
Director Científico-Ético	: Dr. Carlos Morales Paitán
Secretario	: Dr. Jorge González Mendoza

Esta publicación es posible gracias al apoyo del Colegio Médico del Perú a través del Fondo Editorial Comunicacional.

El contenido de esta publicación sólo compromete a los autores y no refleja necesariamente la opinión del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, quien tampoco es responsable de la utilización que se le pueda dar a la presente publicación.

Esta publicación no podrá ser reproducida en su totalidad ni parcialmente sin autorización previa del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio.

Editor: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú
Malecón Armendáriz Nro. 791 , Miraflores, Lima, Perú. Teléfono 01-21314000

Primera edición, mayo 2011.
Todos los derechos reservados.

Corrección Editorial: Periodista Beatriz Gonzales La Rosa

Diseño, diagramación e impresión:
ImpresionArte Perú EIRL. - raulpeliz@gmail.com
Av. Arnaldo Márquez 1899 - Jesús María
Telefax: 2615621 - 261 5624

ISBN: 978-612-45410-2-5
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-07279
Impreso en Lima- Perú, mayo 2011
Tiraje: 3,000 ejemplares

Contenido

PRESENTACIÓN	7
<i>Dr. Ciro Maguiña Vargas</i>	
PRÓLOGO	9
<i>Dr. Amador Vargas Guerra</i>	
Informe del Comité Ad-Hoc para la investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, sobre caso de error en el sitio quirúrgico	10
<i>Dr. Carlos Bazán Zender, Dra. Selene Manga Chávez, Dr. Joel Garay Espinoza, Dr. Arturo Villena Pacheco, Dr. Saul Peña K, Dr. Salomón Zavala Sarrio, Dr. Waldo Fernández Durand</i>	
El Acto Médico: Introducción	14
<i>Dr. Saúl Peña Kolenkautsky</i>	
El Acto Médico	16
<i>Dr. Carlos Bazán Zender</i>	
Efectos adversos en cirugía ortopédica y traumatológica	25
<i>Dr. Joel Garay Espinoza</i>	
Situación epidemiológica de los efectos adversos en cirugía en hospitales nacionales peruanos	31
<i>Dra. Selene Manga</i>	
Abordando el problema	
Consentimiento informado y eventos adversos	37
<i>Dr. Salomón Zavala</i>	
Informe de la Comisión de Alto Nivel encargada de analizar propuestas legislativas para la creación de un seguro de responsabilidad médica	40
<i>Dr. Amador Vargas Guerra, Dr. Maximiliano Cárdenas Díaz, Dr. Juan Villena Vizcarra, Abg. Olenka Woolcott Oyague, Abg. Raúl Canelo Rabanal</i>	
Academia Nacional de Medicina-Comité de Ética y Deontología Médica, 2010	
Mala práctica médica: Propuesta de definición	64
<i>AN. Dr. Alberto Perales, AN. Dr. Pedro Albújar, AN. Dr. Patrick Wagner, AA. Dr. José Luis Heraud, AA. Dr. Saúl Peña, AA. Dr. Luis Fernán-Zegarra, AA. Dr. Alfonso Zavaleta-Martínez</i>	

Presentación

A inicios del 2010, sucedió un hecho lamentable. Un paciente diabético de la tercera edad con más de 40 años de enfermedad fue intervenido de emergencia, amputándosele a la postre las dos piernas enfermas. De inmediato, un sector de la prensa y algunas autoridades administrativas de la institución en la que acaeció el hecho, señalaron -sin profundizar y en forma tendenciosa- que se había operado una “pierna sana”. Ante lo sucedido, el Colegio Médico, a través del Consejo Regional XVIII – Callao, abrió la correspondiente investigación de oficio, que lamentablemente no contó con la colaboración de las autoridades de la institución de Essalud ni de la familia del paciente, negándose ambos a proporcionar la historia clínica, razón por la que, siguiendo la normatividad que regula el proceso de investigación, el CMP tuvo que archivar el caso. Recién diez meses después, en noviembre del 2010, debido a la valiosa mediación de la Defensoría del Pueblo, el Colegio Médico pudo acceder a dicha historia clínica y reabrir el proceso de investigación.

La situación brevemente descrita llevó al CMP a embarcarse en la importante tarea de analizar con imparcialidad y profundidad, el curso de los acontecimientos que precedieron y siguieron a la actuación de los profesionales involucrados, en el contexto real de lo sucedido, para lo cual convocamos a un importante

grupo de expertos: médicos, abogados y otros profesionales con la aprobación del Consejo Nacional. Se conformaron dos comisiones: la primera se abocó a analizar el acto médico en todas sus implicancias bajo la presidencia del Dr. Carlos Bazán Zender, ex Ministro de Salud, y la segunda, a cargo del Dr. Amador Vargas Guerra, ex Decano del CMP, abordó las implicancias de un “SOAT Médico”.

Las comisiones elaboraron amplios y bien documentados artículos que el Comité Ejecutivo del CMP ha valorado poner en conocimiento de los señores colegiados y del público en general. Estos valiosos pronunciamientos son recogidos en la primera parte del segundo número de *Cuadernos de Debate* y han de servir para esclarecer aquellas dudas, conjeturas y controversias que el hecho médico desencadenó, así como para enriquecer el conocimiento de las implicancias del acto médico y sus consecuencias, aproximándonos desde diferentes perspectivas.

En la segunda parte de esta publicación, figura un análisis detallado del mal llamado “SOAT médico”, luego de explorar las diversas modalidades de seguro de compensación y protección del paciente recogidas de la experiencia internacional y las propuestas generadas a nivel nacional, evidenciándose que

muchas de ellas responden a grupos de interés que –por encima del bien social– buscan nuevas oportunidades de rentabilidad económica a costa de la salud de la población peruana. Las conclusiones de lo actuado, demuestran que en las actuales condiciones del desarrollo del sistema de salud y principalmente de la atención médica en nuestro país, esos seguros no son viables y no solucionan la existencia ni las consecuencias de los eventos adversos derivados de la atención de la salud. En otros términos, son básicamente propuestas tendientes a “mercantilizar” los problemas y eventos indeseables -que lamentablemente surgen durante la

atención de salud- para beneficio propio, sin brindar ninguna solución real.

En esta orientación y a fin de ampliar e interpretar de la mejor manera aquellos problemas intrínsecos del acto médico, hemos incluido un detallado análisis sobre “mal praxis” que tan gentilmente nos ha entregado el Dr. Alberto Perales, Vice-Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

En nombre de la Orden Médica agradezco a todos los médicos, abogados y demás profesionales que dieron su tiempo y sapiencia, haciendo posible estos valiosos estudios.

Lima 11 de abril 2011

Dr. Ciro Maguiña Vargas
Decano Nacional del CMP

Prólogo

La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana, lo que implica estar continuamente “justificando” los propios actos y “dando cuenta” de las propias acciones.

El fenómeno de “dar cuenta” o “rendir cuentas”, en que hemos hecho consistir el fenómeno de la responsabilidad involucra, en primer lugar, darse cuenta o rendirse cuentas a sí mismo, no como posibilidad, más bien como una necesidad impostergable, lo que se ha dado en llamar “conciencia”. La conciencia se ha comparado muchas veces a una especie de voz interior, que aprueba o reprueba nuestras conductas y, por tanto, nos dice si lo que hemos hecho es bueno o malo, es decir, si hemos actuado responsable o irresponsablemente. Tal es la razón de que se hable de la “voz” de la conciencia. Se trata de una señal que manda, que es imperativa y que -en tanto tal- se parece a un tribunal. De ahí que la conciencia haya sido siempre considerada, también, como el primer tribunal que el hombre enfrenta y ante el cual debe rendir cuentas, el llamado “tribunal de la conciencia”.

En consecuencia, podemos decir que hay dos tipos de responsabilidades, la jurídica y la ética, de características muy distintas. La primera rige fundamentalmente nuestras obligaciones para con los demás y, la segunda, para con nosotros mismos. En la primera, los demás, a través del

Estado, nos pueden “pedir cuentas”; en la segunda, el individuo se pide cuenta a sí mismo.

Es en este marco en el que, a mi entender, debe situarse el concepto de “responsabilidad profesional”. ¿En qué consiste la responsabilidad profesional? ¿Es una responsabilidad moral? Me permito responder a expensas de su ulterior justificación. Aplicando lo anteriormente dicho, mi respuesta es que hay dos tipos de responsabilidad, la primaria o moral y la secundaria o jurídica .

La responsabilidad moral o ética derivada del acto médico y en todo lo concerniente al ejercicio profesional, es regulada y controlada por el código deontológico del Colegio Médico del Perú, mientras que la responsabilidad jurídica está contemplada en los Código Civil y Penal de nuestras leyes.

En esta revisión y propuesta que realiza la Comisión de alto nivel, que en esta oportunidad me correspondió presidir, demostramos la verdadera responsabilidad de cada uno de los actores -individual o institucional- pero siempre respetando y defendiendo a los derecho-habientes, los pacientes, y que se cumpla lo establecido en nuestro Código de Ética y en las normas que tipifican la responsabilidad civil o penal cuando los casos lo ameriten.

Dr. Amador Vargas Guerra
Ex-Decano del Colegio Médico del Perú

Informe del Comité Ad-Hoc para la investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, sobre caso de error en el sitio quirúrgico

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene por finalidad contribuir a crear y fortalecer la cultura de seguridad del paciente y de la atención médica, contribuir a generar evidencias y análisis de los eventos adversos asociados al acto médico, para plantear una política de prevención y control de los mismos.

El Comité Ad Hoc de Investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, nace por iniciativa y a partir de la convocatoria hecha por el Sr. Decano del Colegio Médico del Perú, para analizar eventos adversos en medicina, sus implicancias, los factores determinantes y estrategias de intervención para reducir su impacto en la salud, economía y la vida de las personas.

1. Acto médico y la relación médico paciente

En el Perú, encontramos desafíos acumulados como son los perfiles epidemiológicos diferenciados, el aumento de las brechas de salud colectiva, las bajas coberturas y las grandes desigualdades en la atención de salud, la inequidad e ineficiencia en el uso de recursos, la insuficiencia e inseguridad financiera, las deficiencias gerenciales y la desarticulación entre las instituciones.

A esto se suman desafíos emergentes como, nuevas enfermedades, la acumulación epidemiológica, el aumento de la demanda de servicios de salud, el incremento de los desequilibrios de la fuerza de trabajo en salud y la exigencia

creciente de los usuarios por mejores niveles de acceso, calidad, costos y eficacia en la producción de servicios de salud.

El acto médico es una relación libre entre el médico y el paciente, desde tiempos inmemorables y seguirá siéndolo, pese a ello existe la tendencia, por la determinación del marco organizativo actual de la práctica médica y su relación con el conjunto social, es decir, el escenario, el entorno con que sus estructuras y procesos rodean al médico y paciente, e influyen en el acto médico.

La universidad igualmente tiene un rol en el acto médico y es precisamente la responsabilidad de formar profesionales con la suficiente competencia para que cuando realicen alguna prestación de salud, sea mínima la posibilidad de cometer un error significativo que pueda ser considerado como negligencia.

El sistema de atención médica ha creado condiciones que nos están llevando a una “deshumanización de la medicina” por múltiples razones, entre ellas la colectivización de servicios médicos que ha convertido al médico en un asalariado, además, simultáneamente el ingreso de algunas empresas de salud con fines de lucro que han convertido en precario el trabajo médico. En muchos casos, la economía y el costo del trabajo médico lo determinan las empresas de salud y las compañías aseguradoras, que limitan el trabajo médico en función de su propio interés y no el del paciente.

El “mercado del trabajo médico” está dado por la relación entre la oferta y la demanda de profesionales calificados

para el ejercicio de la medicina, existiendo “sub mercados del trabajo médico”, ya sea de la “fuerza del trabajo” con relaciones cuali cuantitativas entre la oferta que la comunidad médica hace de su fuerza de trabajo y la demanda que los usuarios directamente o las organizaciones del sistema (llámese intermediarios) hacen de la misma, o el “sub mercado de los puestos de trabajo”. Aquí, se sientan las bases de las relaciones cuali cuantitativas entre la oferta del sistema social de puestos de trabajo médico y de la demanda que la comunidad médica hace de los mismos. Asistimos ahora, a una relación inadecuada entre los sub mercados de fuerza del trabajo y de puestos de trabajo, que se traduce en el actual desempleo o subempleo médico.

El desfase entre demanda y oferta de perfiles profesionales, la caída de los niveles salariales, en algunos casos, la tendencia a la sobre especialización en desmedro de la formación de médicos integrales, la insatisfacción de los médicos en el trabajo y otros desequilibrios que conducen a la reducción del valor del trabajo médico y al aumento del desempleo y subempleo con la subsecuente disminución de la calidad de la atención y del interés en adquirir una mejor capacitación profesional.

2. Factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de los eventos adversos.

La introducción de la globalización, la modernización y tecnificación de la medicina han determinado, en mayor o menor medida la cosificación del

paciente. Así, a partir de la década del 70 del siglo pasado se produce un cambio fundamental, una verdadera revolución en la relación médico-paciente, con el advenimiento de la Bioética que añade dos principios más a los de beneficencia y no maleficencia, que son los de justicia y autonomía.

El principio de justicia exige que la atención de la salud sea accesible a toda la población, reforzando su condición de derecho a ser garantizado por el Estado y el de autonomía que exige la participación del paciente en las decisiones sobre su salud. Esto se concreta en el proceso de obtención de su consentimiento para todo tipo de procedimientos de naturaleza diagnóstica o terapéutica, para lo cual debe recibir del médico tratante la información sobre los riesgos y beneficios que implican estos procedimientos.

El cambio que el ejercicio de la autonomía por el paciente ha significado en su relación con el médico es de tal magnitud, que podrá rehusar seguir sus indicaciones aun cuando vayan en contra de su salud y hasta su vida.

En la práctica donde intervienen terceros, la relación médico-paciente ha sido reemplazada por la relación prestador-cliente con serias implicancias éticas, morales y deontológicas y al haberse interpuesto terceros en esta relación casi mágica, han convertido al médico en sujeto de oferta – demanda. Un tercero vende un servicio médico al cliente, no importa la calidad del mismo, con lo que se ha perdido el valor del acto médico.

3. Recomendaciones

- Implementar a nivel nacional y de manera urgente el programa de Cirugía Segura y verificar por el MINSA, Colegio Médico del Perú y la Defensoría del Pueblo el cumplimiento de los 10 objetivos de Cirugía Segura.
- Fomentar un enfoque de Sistema para mejorar la seguridad quirúrgica, en los hospitales del país y lograr que todos los actores del sistema, por igual cumplan con los mandatos y normativas vigentes.
- Mejorar la seguridad de la práctica quirúrgica, mediante la definición de un conjunto de normas de seguridad, como son: Correcta aplicación de consentimiento informado, mejorar la comunicación e información al paciente y a la familia acerca de los procedimientos, técnicas y resultados esperados del acto quirúrgico. Prevención de infección del sitio quirúrgico, extensión del uso de profilaxis con antibióticos, esterilización eficaz del instrumental, anestesia segura, fomentar y mejorar la calidad del trabajo en equipo.
- Fortalecer la capacitación en temas de seguridad del paciente y en la aplicación de la lista de verificación de seguridad en la cirugía.
- Fomentar el sinceramiento de los indicadores de producción quirúrgica, monitorear su evolución y comparar la medición de producción de los servicios quirúrgicos.
- Mejorar el proceso de identificación de pacientes, mediante doble verificación



- y confirmación verbal de los nombres y apellidos de los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva entre miembros del equipo quirúrgico.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Establecer de manera inmediata, sanciones y correcciones correspondientes en todos los niveles e instancias.
- Informar a los medios de comunicación y a la opinión pública los aportes del CMP y de esta Comisión.
- Recomendar ante la Asamblea Nacional de Rectores la limitación de la creación de nuevas Facultades de Medicina que no reúnan los estándares de calidad educativa.
- Recomendar la modificación del plan curricular de las facultades de medicina orientado a una formación integral, científica y humanística.

*Dr. Carlos Bazán Zender
Presidente*

*Dra. Selene Manga Chávez
Secretaria Ejecutiva*

*Dr. Joel Garay Espinoza
Miembro*

*Dr. Arturo Villena Pacheco
Miembro*

*Dr. Sául Peña K.
Miembro*

*Dr. Salomón Zavala Sarrio
Miembro*

*Dr. Waldo Fernández Durand
Miembro*

El Acto Médico: Introducción

*Dr. Saúl Peña Kolenkautsky**

La identidad del acto médico integra un conocimiento serio y profundo, compromiso consciente e inconsciente, valores genuinos en la relación médico-paciente, responsabilidad y una actitud preventiva orientada a la persona, al individuo, la familia y la sociedad, considerando los aspectos culturales. Los participantes no pueden desprenderse de su condición individual de existencia.

La especialización en la medicina no hace perder de vista la integridad y complejidad del ser humano, sino más bien, se da por un sentido de realidad y de reconocimiento de las propias limitaciones frente a las diversas patologías.

Es importante darse cuenta que en el acto médico están incluidos factores libidinales así como tanáticos y el reconocimiento que la muerte es un hecho ineludible.

Incluye lo corporal, lo anímico, lo afectivo y lo espiritual, siendo la historia clínica (anamnesis) el inicio del conocimiento de factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de la enfermedad con

una presunción diagnóstica, pronóstica y una conducta a seguir.

Debería desarrollarse en un entorno propicio y adecuado; no en condiciones ideales, pero sí suficientemente buenas con instalaciones que reúnan elementos de seguridad.

Involucra al personal paramédico al servicio del paciente (enfermeras, asistentes, técnicos, etc.) con su correspondiente responsabilidad.

Es indispensable la participación y el consentimiento del paciente en las decisiones sobre su salud para todo procedimiento de naturaleza diagnóstica o terapéutica y recibir del médico tratante la información sobre los riesgos y beneficios que implican estos procedimientos.

Es igualmente importante el sistema y la política de las instituciones médicas, así como el rol de las universidades que tienen como misión formar médicos, dado que la educación insuficiente y de baja calidad es un factor que induce la iatrogenia.

* Médico Psiquiatra. Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina.

El Colegio Médico del Perú debe sustentar el mantenimiento del irrestricto respeto a los derechos fundamentales de la persona humana, sumados a la auditoría médica y fortalecimiento de la ética, garantizando la idoneidad de la formación médica y la calidad de la atención de salud. Asimismo, es relevante y trascendente la aplicación social de la medicina y la política del Estado frente a la atención médica integral (laboratorios médicos incluidos).

El incremento de la pobreza reduce la capacidad de la población de acceder a los servicios médicos, generando grandes desigualdades en la atención de la salud.

El médico debe orientarse a defender el pensamiento, la filosofía y los valores

de nuestra actividad. Se debe rescatar el ejercicio digno de la medicina en el Perú y el valor del acto médico.

La modernidad y la alta tecnología incorporada a la medicina significan progreso, que debería prevenir el riesgo de deshumanizarse y desvirtuarse.

Existe una diferencia evidente entre la cantidad de médicos que atienden en las grandes ciudades, en relación a los que lo hacen en ciudades del interior del país. Esta distribución centralista e inequitativa merece estudios y realidades efectivas en la reforma tendiente a la equidad.

Agradecemos a nuestros pacientes que además de enseñarnos, nos ayudan y nos hacen crecer como personas.



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe



El Acto Médico

*Dr. Carlos Bazán Zender**

En forma acelerada se han presentado en la última década hechos económicos y políticos que han cambiado las relaciones entre los países del mundo. De todos ellos, la globalización de la economía mundial y la hegemonía de planteamientos y medidas neoliberales para la solución de la crisis económica, han tenido una gran consecuencia en el ámbito de la salud, acelerando y potenciando la crisis económica con incremento de pobreza y reducción de los grupos con capacidad de comprar servicios médicos, disminución violenta de las asignaciones públicas para los gastos sociales y un incremento acelerado de los costos de producción de los servicios; es decir, servicios cada vez más caros para una población cada vez más reducida en poder comprarlos.

En el Perú, encontramos desafíos acumulados como son los perfiles epidemiológicos diferenciados, el aumento de las brechas de salud colectiva, las bajas coberturas y las grandes desigualdades en la atención de salud, la inequidad e ineficiencia en el uso de recursos, la insuficiencia e inseguridad financiera, las deficiencias gerenciales y la desarticulación entre las instituciones. A esto se suman desafíos emergentes

como las nuevas enfermedades, la acumulación epidemiológica, el aumento de la demanda de servicios de salud, el incremento de los desequilibrios de la fuerza de trabajo en salud y la exigencia creciente de los usuarios por mejores niveles de acceso, calidad, costos y eficacia en la producción de servicios de salud.

El acto médico, que podría definirse como “el conjunto de acciones que recibe el paciente en los servicios de salud realizados por un profesional de la salud con el objeto de recuperar la salud”, es la base del ejercicio de la medicina. Para que se cumpla se requiere por lo menos dos personas: el médico y el paciente, considerando dos cuestiones fundamentales: 1- el objetivo y fin supremo de la medicina (conservar y enriquecer la salud y la vida y curar o aliviar las enfermedades); y 2- la relación médico-paciente (interacción esencial y fundamental del acto médico)¹. Sin embargo, asistimos a una época de descrédito de la medicina en la que la imagen del médico ha descendido. Desde el acto instintivo curativo del hombre primitivo y las formas de curación mágica religiosa de los albores de la

* Ex Ministro de Salud. Secretario General del Convenio Hipólito Unanue. Director de la Clínica San Felipe. Miembro de la Sociedad Peruana de Cirugía Pediátrica.

civilización, pasaron milenios hasta llegar al acto médico como expresión de un quehacer científico terapéutico. En Mesopotamia y Egipto el saber curativo pasó a ser competencia particular de una categoría especial de hombres: los médicos, cuando la medicina aún no se separaba de la religión y el acto curativo se confundía con el quehacer de los sacerdotes y se acompañaba de ideas, prácticas empíricas, mágicas y sobrenaturales². Attali³ plantea que la palabra médico podría derivar de la palabra sánscrita “meth” que se traduce como “conjurar” y “maldecir”, es decir al mostrar alguien la disposición de “absorber” y “transferir” el mal sufrido por otros asumiendo el compromiso de aliviarlo aún a costa de hacer suyo el sufrimiento. Por ello el médico fue visto como un Dios.

Es en Grecia donde la medicina surge como una disciplina desligada de la religión y es así como los círculos hipocráticos formulan los principios éticos del acto médico basados en la autonomía, la beneficencia y la justicia⁴.

Sin ser el acto médico un acto litúrgico tienen muchas semejanzas, desde que sus actores cumplen un rol para modificar el destino natural de una existencia atormentada por el padecimiento de una enfermedad. En este acto los participantes se desprenden de la condición individual de su existencia como ciudadanos comunes y sólo después de haber cumplido este requisito, el enfermo (sea autoridad política, religiosa o militar) asume su rol de paciente y el profesional asume y cumple su rol de médico tratante.

El acto litúrgico es competencia del alma “médico de almas”, “el acto médico del físico, del cuerpo”⁵.

El acto médico tiene connotaciones de formalidad y trascendencia del acto jurídico ya que se formaliza en una historia clínica, sigue procedimientos pre establecidos y sólo puede efectuarse por personas competentes, un médico debidamente titulado y colegiado, para no ser considerado como viciado.

El Estado, mediante la formalidad del derecho, establece privilegios para los médicos y sanciones para quienes actúen como médicos sin poseer la debida titulación. El ejercicio ilegal de la medicina está penado. Empero, estos privilegios no entrañan prebendas sino responsabilidades y obligaciones exigibles por cualquier ciudadano que se sienta afectado por negligencia o mala práctica.

La modernidad, la alta tecnología incorporada a la medicina, por un lado significa progreso, pero por otro lado, mayores exigencias de los usuarios por mejores niveles de acceso, calidad, costos y eficiencia en producción de los servicios.

Hemos pasado a tener los mismos reclamos que se observan en los países desarrollados. El ciudadano ha cambiado su relación con la autoridad. Por todo ello se da la paradoja de que la medicina y los médicos son víctimas de la responsabilidad civil de su éxito, al observar los pacientes los logros que va obteniendo la medicina frente a la enfermedad, culpan con frecuencia al



médico de no haberla vencido y con frecuencia los familiares del enfermo, ante su fallecimiento, no admiten que la muerte es un hecho ineludible y tratan de responsabilizar de ello a quien hizo todo lo posible por evitarlo⁶.

Esta mayor exigencia es estimulada por el cuestionamiento, el reclamo sobre la acción de la medicina y la atención de la enfermedad. Aparecieron nuevas formas de representación ciudadana y el Estado generó diversos organismos para procesar los reclamos ciudadanos. La Defensoría del Pueblo nombró un Defensor de los servicios públicos y ya existen superintendencias de control de los servicios de salud.

Las consecuencias indeseables, como producto del acto médico y los eventos adversos como consecuencia de intervenciones quirúrgicas, son considerados como un problema de salud pública.

Weiser⁷ encuentra que de 234 millones de operaciones que se realizan anualmente en todo el mundo, siete millones (2,09%) tienen alguna complicación discapacitante y un millón terminan en muerte (0,49%), siendo las complicaciones más frecuentes las relacionadas a la identificación incorrecta del paciente, el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria. Un estudio preliminar en el Perú, muestra que de 60 millones de consultas y los casi seis millones de procedimientos quirúrgicos efectuados en un año, los reclamos, quejas y

denuncias sumados todos no llegan al 0,001%⁸.

Si bien es cierto estos casos no son estadísticamente significativos generan mucha desconfianza de la población en los servicios de salud, afectando gravemente la imagen del médico y sus instituciones.

El acto médico no es más una relación libre entre el médico y el paciente, ya que está determinada por el marco organizativo de la práctica médica y su relación con el conjunto social, es decir, el escenario, el entorno con que sus estructuras y procesos rodean al médico y paciente influyendo en el acto médico.

La universidad también tiene un rol en el acto médico y es precisamente la responsabilidad de formar profesionales con la suficiente competencia para que cuando realicen alguna prestación de salud, la posibilidad de cometer un error significativo que pueda ser considerado como negligencia sea mínima.

El acto médico debe desarrollarse en el entorno más propicio y adecuado y en condiciones ideales, con instalaciones que reúnan características arquitectónicas que el desarrollo sanitario actual exige.

Equipamiento con el avance tecnológico en los servicios de apoyo al diagnóstico terapéutico. Medicamentos, materiales fungibles y no fungibles e insumos deben contar con controles de calidad previos a su uso y antes de ser dispensados con apoyo de áreas verdaderamente especializadas. Los equipos biomédicos deben responder a las exigencias



mínimas que motivaron su adquisición. El daño inducido por el médico puede ocurrir por múltiples factores, entre ellos la infraestructura incompleta, la falta o escasez de recursos y la falta de acceso a un servicio médico disponible⁹.

Vivimos una verdadera “Deshumanización de la medicina” por múltiples razones, entre ellas la colectivización de servicios médicos que ha convertido al médico en un asalariado, con el desarrollo simultáneo de la empresa en la atención médica que tornan en precario el trabajo médico. La economía y el costo del trabajo médico lo determinan empresas de salud y las compañías aseguradoras, que limitan el trabajo médico en función de su propia economía con atención médica apremiada por el tiempo, lo que deshumaniza a médicos y pacientes. La introducción de las leyes del mercado ha llevado no pocas veces a que el paciente sea visto como un objeto de lucro y no como un ser doliente y necesitado de ayuda¹⁰. El médico ha olvidado al hombre mismo, y atiende al paciente con olvido del ser humano. El prodigioso desarrollo de la ciencia y la tecnología médica ha modificado el rostro de la medicina moderna con un saldo negativo expresado en la crisis de la atención de la salud y de la relación médico-paciente. La ultra especialización de la medicina tiende a hacer perder de vista la integridad y complejidad del ser humano. La sofisticación creciente de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ha impuesto una barrera tecnológica entre el médico y el paciente, lo que explica la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud, que

va de la mano con la declinación de los valores éticos profesionales y el severo enjuiciamiento de la profesión médica por parte de la opinión pública¹¹. Ha crecido la fe en medicina pero ha disminuido la fe en la capacidad de los médicos para cuidar de los pacientes¹².

La microeconomía que ha diseñado el modelo de un mercado de libre competencia en salud, encontraría poco ajustado al supuesto modelo, un análisis económico del llamado “mercado de servicios de salud”, en el que encontramos que los servicios de salud pertenecen a una categoría de bienes en la que el producto y el proceso de producción son idénticos: requieren ser consumidos para concretarse. Las prestaciones médicas se producen por la combinación de distintos factores especializados que no pueden sustituirse¹³.

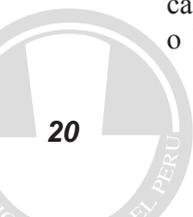
Existe transferencia de costos en la formación y capacitación de recursos humanos. Los gastos en la formación del médico aparecen ocultos entre los gastos operativos de los hospitales públicos, donde realizan sus prácticas estudiantes de las universidades públicas y privadas. El mercado es limitado en el área rural y en la mayor parte de la urbana, para justificar suficientes médicos en cada categoría para cumplir los requisitos de un mercado competitivo. Es éste un “mercado” atípico en el que la demanda está constituida por el total de requerimientos efectivos y potenciales de servicios de atención integral de la salud, en tanto la oferta es equivalente a la capacidad de producción del sistema formal de salud.

El “mercado de trabajo médico” está dado por la relación entre la oferta y la demanda de profesionales calificados para el ejercicio de la medicina, existiendo “sub mercados del trabajo médico”, ya sea de la “fuerza del trabajo” con relaciones cual cuantitativas entre la oferta que la comunidad médica hace de su fuerza de trabajo y la demanda que los usuarios directamente o las organizaciones del sistema (llámese intermediarios) hacen de la misma, o el “sub mercado de los puestos de trabajo”. Aquí, se sientan las bases de las relaciones cual cuantitativas entre la oferta del sistema social de puestos de trabajo médico y la demanda que la comunidad médica hace de los mismos. Asistimos ahora, a una relación inadecuada entre los sub mercados de fuerza de trabajo y de puestos de trabajo, que se traduce en el actual desempleo o subempleo médico. El desfase entre demanda y oferta de perfiles profesionales, la caída de los niveles salariales, la excesiva tendencia a la especialización, la devaluación de los títulos profesionales, la insatisfacción de los médicos en el trabajo, y otros desequilibrios que conducen a la reducción del valor del trabajo médico y al aumento del desempleo y subempleo, con la subsecuente disminución de la calidad de la atención y del interés en adquirir una mejor capacitación profesional. Es indivisible la relación del mercado de trabajo médico con el “mercado de la educación médica” ya que de éste depende la dinámica y la calidad de la oferta de la fuerza de trabajo médica. Existe un progresivo aumento cada año de egresados de las Facultades o Escuelas de Medicina debido a una

débil gobernabilidad de la formación del recurso humano en salud que genera ostensibles incoherencias entre la oferta y la demanda de éste y que permite la creciente oferta de estudios de medicina, su masificación y baja calidad en algunos casos.

Esta hipertrofia del “mercado formador” del médico, desfasado totalmente del “mercado de trabajo” que se atrofia, se opone a la mejoría de la productividad, calidad y eficiencia de los servicios. Las remuneraciones reales de los médicos del sector público son bajas, muy por debajo de lo que el médico aspira.

A la fecha funcionan en el Perú 34 Facultades y Escuelas de Medicina que hacen que el crecimiento de sus egresados en los últimos años sea del orden del 2,8% en universidades públicas y 12,7% en universidades privadas, lo que significa según tasas de proyección calculadas, que se pasaría de 2 156 egresados en el 2005 a 3 218 en el 2011¹⁴. El aumento del número de Facultades de Medicina no sólo es debido a lo que permite la autonomía universitaria, sino fundamentalmente a la Ley de Promoción de Inversión en Educación (DL N° 882 de noviembre de 1996) promulgada durante el gobierno de Fujimori que en su Artículo 2° establece que “toda persona natural o jurídica tiene el derecho a la libre iniciativa privada para realizar actividades en la educación”, derecho que permite fundar, promover, conducir y gestionar instituciones educativas particulares con o sin finalidad lucrativa. Sobre la base de esta Ley, varias universidades actúan como empresas privadas y se



encuentran fuera del alcance de las regulaciones educativas poniendo el lucro por encima de la calidad de la educación y de la formación médica. Otro factor del daño inducido por el médico es la capacitación insuficiente o de baja calidad del médico⁹.

El histórico fenómeno de la “concentración-marginación” se ha agravado con graves diferencias entre la cantidad de médicos que trabajan en las grandes ciudades con los que lo hacen en ciudades del interior del país y pueblos alejados. Esta distribución centralista e inequitativa es un proceso no revertido pese al planteamiento de políticas descentralistas, y que uno de los principales postulados de la reforma del sector salud ha sido la equidad. Hay sobreoferta de médicos fundamentalmente en Lima, Callao, Arequipa y Lambayeque. Hay mayor demanda de médicos en Cajamarca, Puno, San Martín, Huánuco y Huancaavelica¹⁴. Por otro lado hay precarización del trabajo y el empleo médico con desempleo y subempleo por un lado y por otro multiempleo e ingresos bajos por debajo de lo que el médico aspira, tanto en el sector público como privado.

La universidad tiene una serie de objetivos en la formación del médico. Uno de ellos es formar médicos convencidos de que la medicina es una profesión de servicio y para ello debe tener actitud y aptitud de servicio y debe atender siempre con eficacia y eficiencia y con un enfoque integral de los problemas de salud más frecuentes del individuo, la familia y la sociedad¹⁵.

Debemos imponer en la formación médica la promoción de un genuino profesionalismo, basado en el cuidado esmerado de la salud del paciente y el compromiso de defender los valores de la asistencia sanitaria, así como tener la firme vocación de la generosidad y la abnegación. Por ello, el Colegio Médico del Perú, hace más de una década, enfrenta los problemas relacionados con la formación médica y el ejercicio profesional, con el aporte de soluciones orientadas a mejorar la calidad de atención de la salud sobre la base del desempeño de profesionales competentes que puedan desarrollar su trabajo en condiciones dignas, participando en el surgimiento, conformación y funcionamiento de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina, el cumplimiento de un rol fundamental en el Comité Nacional del Residentado Médico, siempre en la búsqueda de mejorar la calidad y excelencia académica en la formación de pre y post grado. Hace poco, el CMP puso a marchar el programa de la evaluación de suficiencia profesional a médicos graduados en el extranjero y en universidades nacionales no acreditadas. En la inquietud de mejorar el ejercicio profesional puso en marcha, siendo el Colegio pionero, el Sistema de Certificación y Recertificación Profesional (SISTCERE)¹⁴. Dentro del marco del irrestricto respeto a los derechos fundamentales de la persona humana, estos programas sumados a los de Auditoría Médica y fortalecimiento de la ética, el CMP hace un gran aporte a garantizar la idoneidad de la formación médica y la calidad de la atención de salud.

La actividad privada de atención de la salud, históricamente orientada a los grupos de ingresos altos y medio-altos, cuyo principal mecanismo de financiamiento fue el pago directo por atención, ha entrado en grave crisis, presenciándose en esta década una transformación en el ejercicio de la medicina. Hoy se considera el servicio de la salud como un bien negociable, regido por las leyes del mercado. Este mercado, entre el dolor y la muerte, es un sistema económico y social complejo. La salud se convierte en un bien común. Puede, por tanto pagarse de antemano, negociarse, transferirse, alterarse y también negarse, según conveniencia de las partes. La economía de libre mercado en la salud cobra un alto costo social, ético y moral.

La relación médico-paciente es la esencia del ejercicio de la medicina, el núcleo central del acto médico y el eje vertebrador de la medicina y se cumple ya sea por decisión voluntaria del paciente, por acción unilateral en los casos de emergencia, por solicitud de terceras personas y por compromiso de atender personas a cargo de entidades públicas o privadas¹⁶. Se ha perdido confianza en la relación médico-paciente, la que se recuperará cuando se entienda que la esencia de la medicina no es la tecnología sino el humanismo, que lleva implícitos los principios de beneficencia, la capacidad de dar y el uso diligente de la empatía¹⁷. El acto médico inspirado en la ancestral ética hipocrática, se basa en el principio de la libre elección, en la que el paciente abre su corazón, liberando sus penurias físicas y espirituales. Se establece una relación de empatía. El

médico, a cambio, entrega al paciente todo su interés, su capacidad, sus conocimientos, el tiempo necesario. Es ésta una relación que se hace con amor. Aquí reside el secreto de nuestra vocación, para hacer un diagnóstico por métodos científicos para tratar de curar, mejorar o aliviar al enfermo¹⁸. En la relación médico-paciente éste busca atención para su salud, pero también busca amor, comprensión y esperanza. El médico aporta disposición para ayudar, competencia, claridad científica, destreza, honradez y una recia estructura moral y ética¹⁹. La relación médico-paciente también es un proceso conjunto de toma de decisiones, a veces algo conflictiva, el enfermo aporta su sistema de valores y el conocimiento de su enfermedad y el médico su propio sistema de valores y su competencia técnica. La resolución de estos conflictos depende de lo acertado del proceso psicológico de toma de decisiones, lo que implica prestar atención a los aspectos psicológicos, sociales y culturales concernientes a la salud, la enfermedad y el tratamiento en cada caso.

El principio de la autonomía, cuya expresión es el consentimiento informado, hace que la relación médico-paciente sea horizontal con lo que se abandona la relación vertical del pasado, que fue por parte del médico paternalista y autoritaria acercándose a una relación de amistad en el sentido aristotélico clásico como “la relación de dos virtuosos”²⁰. Finalmente, el valor de la justicia ya que los sectores más pobres con niveles de salud muy bajos son los más afectados en su autonomía. El valor



de la equidad relacionada a la distribución del poder en la sociedad y traducida como solidaridad para promover iguales oportunidades para todos y una atención preferente a los menos favorecidos^{1,11,13}.

Se produce una “revalorización” ética y política del “recurso médico”, que debe entenderse como una “persona humana” que sirve a otras “personas humanas” con las cuales interacciona y establece una relación bidireccional, y que merece y exige un salario digno, un honorario digno, una remuneración digna. Hoy se trabaja con reducidas tarifas de pago por honorarios médicos, impuestos unilateralmente por parte de los seguros privados de salud sin discutirlos con los genuinos representantes del gremio médico.

La relación médico–paciente ha sido reemplazada por la relación prestador–cliente con serias implicancias éticas, morales y deontológicas. Al haberse interpuesto terceros en esta relación casi mágica, se ha convertido al médico en sujeto de oferta y demanda. Un tercero vende un servicio médico al cliente, no importa la calidad del mismo. Se ha perdido el valor del acto médico.

Se debe recuperar el liderazgo perdido en el sector que nos es inherente. Es imperativo estar unidos los médicos para orientar y defender el pensamiento, la filosofía y nuestras necesidades. Se debe rescatar el ejercicio digno de la medicina en el Perú y el valor del acto médico y encontrar los mecanismos para ser los médicos y no interpósitas personas o grupos, quienes fijemos su valor.

Se debe encontrar los canales de concertación para ser tomados en cuenta en la toma de decisiones por las autoridades en los temas de salud y seguridad social, que nos traiga la tranquilidad social de poder trabajar un modelo que ataque los problemas de fondo que determinan la baja calidad de vida de nuestro pueblo y la prevalencia de enfermedades prevenibles y controlables.

No basta con introducir eficiencia en un modelo en crisis. La eficiencia, aislada de otros cambios, sólo prolonga la agonía de la insatisfacción. En un sistema deteriorado, es casi imposible lograr una eficiencia sustentable¹³. No olvidemos entonces tender a un modelo económico en salud que procure cumplir con los principios rectores de universalidad, solidaridad, integralidad y sobre todo equidad en un país como el nuestro, en que existen tantas inequidades.

Referencias Bibliográficas

1. Guevara G.: Acto Médico: Límites y posibilidades. *Pediátrica* 2002 4:54-62.
2. Maul, Sm; Westendorf, W.: Primeras teorías: Médicos entre la magia y la razón. *Crónicas de la Medicina*. 1996 Plaza&Janes Edit.
3. Attali, J.: *La Orden Canibal: La vida y la muerte de la Medicina*. 1979 Editorial Planeta.
4. Llanos R.: *Bioética y humanismo*. 1998 *Diagnóstico* 1998, 37: 362.
5. Albury Wr; Weisz Gm.: The medical ethics of Erasmus in the physician patient relationship. *Med. Human* 2001 27:(1) 35-41.
6. Sánchez Calero F.: Consideraciones generales en torno a la Ley de ordenación y supervisión de Seguros Privados. 1995 *Rev. La Ley* Año XVII.

7. Weisser.: Documento de Trabajo sobre Cirugía Segura. OPS, Febrero 2010-03-10
8. Vargas A.: Reunión de Trabajo Comité Ejecutivo CMP, con Cuerpos Médicos, AMSSOP, ANMMS sobre "Evaluación de Seguro de Responsabilidad Civil. CMP,03-03-2010.
9. Cosby, Ks.: A framework for classifying factor that contribute to error in the Emergency Department. Ann. Emerg. Med. 2003, 42 (6):815-823.
10. Gonzales W.: Deshumanización de la medicina. Almenara 2010, 5:8-10.
11. Mendoza A.: Fundamentación de la Enseñanza de la Ética Médica y la Bioética Clínica. Acta Médica Peruana, 2009, 26:131-134.
12. Lazo J.: citado por Mendoza, A. (11).
13. Bustíos C.: SWAYNE J.: Situación del Trabajo Médico en el Perú. 1998, ENSAP.
14. Análisis Actual y Prospectivo de la Oferta, Demanda y Necesidad de Médicos en el Perú 2005-2011. 2007, CMP.
15. Ramírez A.: La Faceta Humana del Médico. 1995, Diagnóstico, 34:2, 38-43.
16. Mechanic D.: Physician discontent: Challenges opportunities. JAMA 2003: 290 (7), 941-946.
17. Brennan Ta.; Leape Ll.; Laird Nm.; Hebert L.; Localio Ar.; Lawters Ag.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study. N. Engl. J. Med. 1991, 324(6):370-376.
18. Bazán Zénder C.: Condiciones del Trabajo Médico en el Perú. Ponencia en Seminario sobre Problemática del Trabajo Médico en el Perú. CMP, Octubre 2002.
19. Tessnich, E.: Citado por Bustíos, C.; Swayne, J. (13).
20. Tena Tamayo,C; Sánchez González,Jm.: Medicina Asertiva: Una propuesta contra la Medicina Defensiva. Ginecol. Obstet. Mex. 2005:73, 553-559.



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú

www.cmp.org.pe

Efectos adversos en cirugía ortopédica y traumatológica

Dr. Joel Garay Espinoza*

La denominación actual de efectos adversos se refiere a todos aquellos actos o procedimientos en cirugía ortopédica, cometidos en forma involuntaria, casual, u ocasionados por error o como negligencia médica, que se presentan en el quehacer del cirujano, en circunstancias de realizar un acto médico-quirúrgico cuyo objetivo es solucionar un problema de salud y que tiene un efecto devastador en la vida del paciente, familiares y en la del mismo médico, siendo de gran impacto en la sociedad.

Se perciben como acontecimientos raros, pero hay evidencias que en países desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica, el Reino Unido, Canadá y otros, su frecuencia va en aumento, dándose en forma de cirugía del lado equivocado, procedimiento quirúrgico equivocado y cirugía del paciente equivocado¹.

El Dr. Maurice Müller, gran cirujano Suizo fundador de la *Arbeitsgemeinschaft*

für Osteosynthesefragen o Asociación para el Estudio de la Osteosíntesis, en su prólogo del Libro de Orozco dice: *Errare Humanum est*. El error es humano, todos podemos equivocarnos, porque el ser humano es imperfecto. El cirujano, que debe aprender a conocer las posibilidades de cada intervención con los medios a su disposición, posee cierto derecho al error, con la sola condición de reconocerlo, de comprender su origen y de rectificarlo en la medida de sus medios. A lo que no tiene derecho es a perseverar en el error. Investigando las razones de algunos resultados poco satisfactorios, el cirujano aprende las posibilidades y los límites de una técnica operatoria puesta en sus manos².

Al respecto el Colegio Médico del Perú, en relación a un hecho ocurrido recientemente en el manejo de un paciente con pie diabético en el Hospital Alberto Sabogal del Callao, ampliamente difundido por la prensa escrita y televisiva, sobre cirugía del lado equivocado, nombró una Comisión

* Miembro de Número de la Academia Peruana de Cirugía. Past Presidente de la Sociedad Peruana de Ortopedia y Traumatología. Past Presidente de la AO Alumni.

Ad Hoc con la finalidad de investigar y recomendar las acciones y normas a fin de prevenir y evitar que estos efectos adversos se repitan.

Actualmente las lesiones traumatológicas y ortopédicas a nivel mundial son cada vez de mayor frecuencia, dadas las circunstancias del crecimiento industrial y la circulación vehicular más veloces. A esto se agregan enfermedades como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, reumáticas tanto degenerativas como inflamatorias y el cáncer con el incremento de procedimientos quirúrgicos que exigen organizaciones hospitalarias cada vez mejor equipadas, e igualmente médicos especializados, y personal de enfermería y técnico con mejor preparación. Por otro lado, los seguros de salud incrementan el volumen y complejidad de los procedimientos, en orden de cubrir el aumento de la demanda en el sistema. Por estas circunstancias a nivel mundial los efectos adversos en cirugía ortopédica y traumatología son de mayor frecuencia en el campo de la cirugía.

Antecedentes y estado actual

El promedio de cirugía del lado equivocado en cirugía ortopédica en Inglaterra y Gales en los años 2006-2007 se estima en 1/105 712 casos. El costo por efectos adversos es 2 billones de libras esterlinas por año, solo en estancia hospitalaria.

Desde 1995 las especialidades quirúrgicas en el Reino Unido lideran los reclamos por negligencia. Por esta razón, la Agencia Nacional para la Seguridad

del Paciente y el Royal College of Surgeons de Inglaterra recomendaron: efectuar marcas quirúrgicas y una lista de verificación que ayude al equipo quirúrgico a operar en el lado y lugar correcto¹.

En Estados Unidos, los cirujanos ortopedistas lideran el problema, los errores médicos resultan entre 44 000 y 98 000 muertes por año, con un costo de \$ 29 billones.

En 1994 la Asociación Ortopédica Canadiense, sentó su posición frente a los errores en Cirugía ortopédica. El objetivo fue desarrollar un método reproducible para la cirugía en el lado y lugar correctos, realizando una gran campaña educativa entre 1994 y 1996. Se recomendó seguir la frase: “opere a través de sus iniciales”.

En 1998 la AAOS, American Academy of Orthopaedic Surgeons, tuvo una iniciativa similar para que el cirujano opere en el lado correcto, usando la frase: “firme su lado”.

El 2001, siguió la Sociedad de Cirugía de Columna, que desarrolló el programa “señale y marque las radiografías” (SMa Rx). Fue una iniciativa de la AAOS, luego de revisar los récords de seguros de 110 000 médicos de diversas especialidades quirúrgicas entre 1985 y 1995. Hallazgos: 225 de 331 (68%) reclamaba por cirugía del lado o lugar equivocado, en procedimientos ortopédicos. El lugar anatómico más comprometido fue la rodilla y el procedimiento más involucrado fue la artroscopia¹.



En Estados Unidos, la cirugía del lado equivocado es calificada como un “evento centinela”, que es reportado voluntariamente al Comité Mixto de Acreditación de la Organización para el Cuidado de la Salud, la que mantiene una base de datos y análisis de dichos eventos. La Comisión Mixta es una organización independiente no lucrativa, responsable de la acreditación y certificación de muchas entidades y programas del cuidado de la salud en los Estados Unidos.

La información acerca de los “Eventos Centinela”, es difundida por esta Comisión Mixta a través de una “Alerta de Eventos Centinela” de modo que los proveedores del cuidado de la salud aprendan y eviten que éstos se repitan.

En diciembre del 2001, la Comisión Mixta publicó una “Alerta de evento centinela del lado equivocado, procedimiento equivocado y paciente equivocado”. De los 126 eventos registrados, la información correspondiente fue¹:

- 41% Cirugía ortopédica y cirugía del pie
- 20% Cirugía general
- 14% Neurocirugía
- 11% Urología

De los 126 eventos:

- 29%: en sala de operaciones
- 76%: correspondió a lugar equivocado y lado equivocado
- 13%: paciente equivocado
- 11%: operación equivocada

Reportes de la cirugía del lado equivocado en USA van de 1/ 112 994 a 1/ 15 500 operaciones. En Minnesota, se obliga

por ley reportar la cirugía del lado equivocado.

Se estima que para un hospital de 300 camas, una operación del lado equivocado, podría ocurrir una vez al año. En Florida se estima 1 evento por cada 51 540 procedimientos.

En 1993, la FDA creó el programa MedWatch de ayuda al profesional médico para reportar los casos adversos concernientes a equipamiento médico y farmacéutico³.

Errores en especialidades individuales o sub especialidades

En la AAOS se determinó que un cirujano ortopedista, tiene la probabilidad entre 1 a 4 de efectuar cirugía del lado equivocado en 35 años de su carrera.

En cirugía de mano la incidencia estimada es de 1 en 27 686 procedimientos.

La Asociación Canadiense de estudios en Neurocirugía, encontró uno ó más lugares equivocados en 3 110 procedimientos de cirugía espinal.

Otro estudio canadiense encontró 4,5 cirugías del lado equivocado por 10 000 operaciones. 6,8 por 10 000 en discectomías cervicales y en craneotomías: 2,2 por 10 000¹.

Probables causas en cirugía ortopédica

En gran número de procedimientos, se cometen errores de literalidad cuando son estructuras bilaterales.

La Comisión Mixta el año 2001 hizo un análisis, identificando una serie de factores contribuyentes.

Factores de riesgo para cirugía del lado o lugar equivocado

Factores contribuyentes	Porcentaje
Casos de emergencia	19%
Características físicas inusuales: obesidad, deformidad	16%
Presión inusual para comenzar o completar la operación	13%
Equipamiento o material inusual en SOP	13%
Exceso de cirujanos involucrados en el caso	13%
Múltiples procedimientos realizados en una sola programación	10%

Otros factores:

- Multifactorial.
- Falla en la comunicación: entre miembros del equipo quirúrgico, paciente y familiares
- No marcado del campo quirúrgico.
- Ausencia de verificación en SOP, no empleo de la lista de verificación.
- No verificación en la preparación preoperatoria.
- Factores de distracción en SOP, factores de orden cultural.

La Comisión Mixta describió además factores negativos:

- Exclusión de algunos de los miembros del equipo quirúrgico.
- No incluir al paciente y familiares en identificar el lugar correcto.
- Pérdida de políticas de control (comunicación).
- Presión para reducir el tiempo operatorio.
- Escritura ininteligible.
- Confiar únicamente en el cirujano para

determinar el lugar correcto, marcando con abreviaturas el lado.

El 2006 en un estudio en el Reino Unido, 38 Cirujanos Consultores en diferentes especialidades fueron llamados por su experiencia y dieron las siguientes causales:

1. Falla en poner una marca al paciente.
2. Marca incorrecta y falla en el consentimiento.
3. Preparación del lado equivocado.
4. Preparación errada del campo operatorio.
5. Torniquete en el lado equivocado.
6. Posición incorrecta.
7. Respuesta incorrecta del paciente al llamarlo por su nombre.
8. Errores de escritura en la historia y en lista de SOP.
9. Notas equivocadas del paciente.
10. Fallas en marcar la Rx. y Rx. mal distribuidas y mal colocadas.
11. Otros factores:
 - a. Presión del tiempo.
 - b. Interrupciones.



- c. Falta de concentración y comunicación.

El 2005 en el Reino Unido, se dieron cambios con la introducción de la Guía Nacional, de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente.

El 2007, en Pennsylvania, Clarke y cols: reportaron que la cirugía del lado equivocado, fue el error más común, y ocurre en estructuras bilaterales, siendo más frecuente en miembros inferiores. Depende de la acción del cirujano tanto para el error como para evitarlo.

¿Cómo podemos asegurar el lado correcto de la cirugía?

En USA la Comisión Mixta de Acreditación de la Organización para el Cuidado de la Salud introdujo el Protocolo Universal para evitar el lado equivocado, el procedimiento equivocado y el error del cirujano.

Los principales componentes del Protocolo Universal son:

1. Proceso de verificación pre-operatorio.
2. Marcado del lado y lugar operatorio.
3. En el entretiempo (time out), inmediatamente antes de la operación, verificar los procedimientos y adaptar los requerimientos, que están fuera del área quirúrgica, incluidos los procedimientos alrededor de la cama.

El 2001 en Florida: El Board de Medicina impuso penalidades por la ciru-

gía del lado equivocado: multas por encima de los \$ 20 000, más cinco horas de Educación del Manejo del Riesgo, 50 horas de servicio a la comunidad, una hora de conferencia a la comunidad médica sobre cirugía del lado equivocado. Hasta julio del 2006, multaron a 45 médicos con \$ 20 000 a c/u.¹

En Inglaterra, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Royal College of Surgeons, hace esfuerzos en el Reino Unido para mejorar la seguridad en esta área, se ha implementado un sistema de reporte rápido para ayudar con los sistemas de salud, y como un requerimiento legal.

El reporte de la cirugía del lado equivocado es vitalmente importante, porque sin una adecuada información, de incidencia y causas, no se podrá aprender y reducir su frecuencia.

La Organización Mundial de la Salud OMS ha elaborado normas y procedimientos para mejorar la seguridad del paciente. Y recomienda el uso de la lista de verificación.

En el Reino Unido con el slogan “Cirugía Segura Salva Vidas” promueven protocolos estándares de seguridad como la clave para el cuidado del paciente.

Rol del paciente

Se busca interesar al paciente en su operación, en vigilar y evitar el lado equivocado.

Se ha evaluado su colaboración durante el pre operatorio en cirugía de tobillo y

pie, instruyéndolo la noche anterior para que marquen con tinta indeleble con un NO el lado que no se operará.

Rol de la tecnología

Ha generado algunas interesantes soluciones:

1. El *Surgi Chip (Palm Beach Gardens-Florida)*, se coloca temporalmente cerca de la zona operatoria, informa sobre el procedimiento, lado y otros detalles del paciente, se lee por un sensor de radiofrecuencia.
2. Pulsera electrónica (Smart wrist Band, Check Site Medical. St. Luis Missouri) contiene un microchip, que debe ser desactivado por el cirujano, marcando el lugar operatorio. Se requiere de un lápiz marcador específico, si no se realiza así, suena una alarma.

La cirugía del lado equivocado es un problema muy serio, pero enteramente prevenible.

En el Reino Unido es más común de lo que se cree.

La cirugía ortopédica tiene el más alto promedio de errores en Inglaterra y Gales.

AAOS: “Es casi imposible una defensa legal en la cirugía del lado equivocado”, estos errores son inaceptables, pero tomando simples medidas, se puede reducir su incidencia.

El reporte de los eventos adversos tiene numerosos beneficios. La retroalimentación provee a los cirujanos y fabricantes de ayuda para definir lo apropiado en las poblaciones de acuerdo al diagnóstico y producto a usar ³.

Referencias Bibliográficas

1. Wrong-site surgery in Orthopaedics. P.M. Robinson, MCChB (Hons), BMedSci. L.T Muir MB, Mchi (Orth). *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 2009; 91(10).
2. Rafael Orozco Delclós, MD. Errores en la Osteosíntesis. 1993, Masson S.A. Barcelona, España.
3. Reporting and Notification of Adverse Events in Orthopaedics. William Mihalkos, MDPhD, A. Seth Greenwald, D Phil (Oxon), Jack Lemons, PhD, John Kirpatrick, MD, MS.

Situación epidemiológica de los efectos adversos en cirugía en hospitales nacionales peruanos

*Dra. Selene Manga**

El contenido de datos de evidencia dura de este artículo escrito exclusivamente para el Comité Ad hoc para la investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, provienen de las fuentes verificables de datos publicados por MINSA en la página web: www.dge.gob.pe, reportes escritos de la DISA V Lima Ciudad y datos publicados en seminarios y encuentros de epidemiología hospitalaria de la Dirección General de Epidemiología de MINSA y otros estudios¹⁻¹¹. Año 2009. La carga de enfermedad quirúrgica se ha incrementado:

1. Transición epidemiológica y entorno de incremento de la carga de enfermedad quirúrgica

El envejecimiento de la población, con el consiguiente neto incremento de enfermedades crónicas degenerativas,

trajo consigo un incremento de la carga de enfermedad que requiere tratamiento quirúrgico, además de otros hechos propios de la post modernidad; evidenciada por eventos trazadores como son:

- Disponibilidad de procedimientos invasivos revolucionarios: laparoscópicos, PCR retrógrada.
- Incremento de carga de enfermedad crónica degenerativa. Enfermedad cardiovascular.
- Incremento de lesiones por violencia y accidentes de tránsito.
- Incremento de lesiones traumáticas.
- Incremento de cáncer. Mayor esperanza de vida por mayor urbanización.

Algunos datos acerca de la cantidad de procedimientos quirúrgicos que se despliegan en el mundo, es que

* Secretaria Ejecutiva del Comité Ad hoc para investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico. Investigadora asociada al Departamento de Salud Pública de la Universidad John Hopkins. Directora Médica de ESKE Corporation.

234 millones de operaciones se hacen globalmente cada año.

Intervenciones quirúrgicas en el mundo: 234 millones 1/25 personas

Lesiones traumáticas	63 millones
Complicaciones de embarazo	10 millones
Lesiones malignas	31 millones ¹

Hasta un 25% de los pacientes hospitalizados presentan complicaciones después de la intervención quirúrgica.

- La mortalidad después de la cirugía principal es 0,5–5 %.
- En los países industrializados casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados se relacionan con intervenciones quirúrgicas.
- Por lo menos la mitad de los casos en los que el procedimiento quirúrgico ha producido daño son prevenibles. Aplicación inadecuada de las principales medidas de seguridad.

2. Los eventos adversos¹¹ más frecuentes relacionados con procedimientos y/o operaciones reportados según la Encuesta Nacional de Eventos Adversos de España publicados a la fecha son:

Complicaciones anestésicas

- Hemorragias y hematomas durante un procedimiento.
- Cirugía de sitio equivocado.
- Dehiscencia de suturas.
- Cuerpo extraño tras intervención quirúrgica.
- Hipocalcemia postoperatoria
- Lesión de uréter.
- Fístula intestinal.
- Salida de líquido hemático tras

punción lumbar.

- Quemaduras quirúrgicas.
- Modificación de la programación quirúrgica (retraso).
- Reintervención quirúrgica.
- Trauma obstétrico.
- Hematuria tras sondaje vesical.
- Suspensión de un procedimiento por insuficiente preparación del paciente.

3. En tanto que los eventos adversos más frecuentes relacionados con procedimientos anestésicos reportados, según la Encuesta Nacional de Eventos Adversos de España¹¹ publicados a la fecha son:

Quemaduras tras maniobras de reanimación.

Muerte cerebral debida a que el desfibrilador no se encontraba disponible y se retrasa la reanimación.

Fallecimiento por paro cardíaco atendido en emergencia por un profesional en formación sin supervisión.

- Se estima que al menos siete millones de pacientes quirúrgicos son perjudicados por complicaciones quirúrgicas cada año, incluyendo al menos un millón de pacientes que mueren durante o inmediatamente después de la cirugía por complicaciones quirúrgicas conocidas de 3-16%.
- Índices de mortalidad conocidos de 0,4-0,8%.

Hay por lo menos siete millones de complicaciones incapacitantes (incluyendo un millón de muertes) en el mundo cada año.



Tabla 2. Incidencia acumulada de infecciones intrahospitalarias según el tipo de infección o sitio de infección, servicios de hospitalización y procedimientos. Enero 2004 - marzo 2008.

Servicio de hospitalización	Tipo de infección o sitio de infección	Procedimiento	Número hospitales	Número IIIH	Número procedimientos	Incidencia promedio	Percentiles				
							10%	25%	50%	75%	90%
Cirugía	Infección de herida operatoria	Colecistectomía	102	479	34 802	1,38	0	0	0,68	1,97	4,20
	Infección de herida operatoria	Hemioplastia inguinal	98	209	16 088	1,30	0	0	0	1,35	3,46
Obstetricia	Endometritis puerperal	Parto vaginal	114	2577	435 522	0,59	0	0,21	0,42	0,73	1,41
	Endometritis puerperal	Parto cesárea	109	2053	187 049	1,10	0	0,36	0,71	1,43	2,44
	Infección de herida operatoria	Parto cesárea	109	3 788	187 049	2,03	0	0,44	1,45	2,49	3,84

Tabla 3. Tasas de incidencia acumulada y densidad de incidencia de infecciones intrahospitalarias según el tipo de infección o sitio de infección, servicios de hospitalización, procedimientos y categoría del establecimiento de salud. Enero 2004 - marzo 2008.

Servicio de hospitalización	Tipo de infección o sitio de infección	Dispositivo o procedimiento	Categoría del establecimiento de salud						
			I-4	II	II-1	II-2	III	III-1	III-2
Neonatología	Infección del torrente sanguíneo*	Catéter venoso central	0,00	6,91	9,52	4,94	21,93	21,48	22,60
	Infección del torrente sanguíneo*	Catéter venoso periférico	3,17	4,88	3,23	5,88	6,76	5,96	8,40
	Neumonía intrahospitalaria*	Ventilación mecánica	17,86	4,91	10,56	4,51	11,82	10,79	14,23
UCI adultos	Infección del torrente sanguíneo*	Catéter venoso central	1,37	3,11	1,59	3,46	3,65	3,31	7,38
	Neumonía intrahospitalaria*	Ventilación mecánica	9,38	18,75	22,72	17,98	22,56	21,21	39,15
	Infección del tracto urinario*	Catéter urinario permanente	0,0	3,14	5,68	2,54	5,31	5,37	4,41
Medicina	Infección del tracto urinario*	Catéter urinario permanente	0,42	4,99	4,54	5,22	11,19	8,99	32,59
Cirugía	Infección del tracto urinario*	Catéter urinario permanente	0,28	4,23	5,97	3,50	4,66	3,80	7,72
	Infección de herida operatoria+	Colecistomía	0,87	1,20	1,37	1,11	1,60	1,19	5,78
	Infección de herida operatoria+	Herniorrafia inguinal	0,74	0,96	1,07	0,90	1,76	1,37	3,55
Obstetricia	Endometritis puerperal+	Parto vaginal	0,39	0,50	0,46	0,52	0,75	0,65	1,19
	Endometritis puerperal+	Parto cesárea	1,79	0,87	0,62	1,02	1,28	1,08	1,91
	Infección de herida operatoria+	Parto cesárea	2,01	1,67	1,52	1,76	2,43	2,09	3,51

* Los valores son tasas de densidad de incidencia x 1 000 días de exposición al dispositivo invasivo.
+ Los valores son tasas de incidencia acumulada x 1 000 procedimientos.

4. Situación epidemiológica de las Infecciones de sitio quirúrgico en el Perú.

Si bien aún no podemos reportar resultados de la encuesta de eventos adversos derivados de la atención de salud en el Perú, sí existe un sistema nacional de reporte de infecciones hospitalarias. Datos publicados sobre un estudio de incidencia por factores de riesgo revelan que el 33,6% de las infecciones nosocomiales corresponden a endometritis puerperal, de éstas el 76% corresponden a operación cesárea; el estudio se realizó en 47 hospitales a nivel nacional entre los años 2001 a 2008; el mismo estudio revela que los servicios de cirugía reportan como primera complicación infecciosa la ITU asociada al uso de catéter urinario, seguido de la infección de herida operatoria⁶.

La Dirección General de Epidemiología ha revelado en un estudio realizado que de 34 802 colecistectomías realizadas en 102 hospitales encuestados entre enero 2004 a marzo del 2008, 479 se infectaron.

Esta data revela que es recomendable hacer una revisión de la adherencia a prácticas de atención quirúrgica seguras. Práctica de parto seguro, y mejorar las condiciones de higiene en que se practica y sobre todo mejorar la implementación de normas que exigen reducir el número de partos por cesárea, ya que induce mayor riesgo de infección de sitio quirúrgico².

5. Recomendaciones

Ante esta realidad las recomendaciones universalmente⁷ aceptadas son:

Organizar

- a) Elaborar el plan operativo de las actividades de seguridad del paciente en los establecimientos de salud⁷.
- b) Establecer los niveles de responsabilidad y coordinación en seguridad del paciente en cada unidad de los establecimientos de salud⁵.
- c) Normalizar los procedimientos correspondientes a seguridad del paciente, que se realicen, estableciendo medidas de seguridad del paciente específicas; según el tipo de servicios que brinda y nivel del establecimiento de salud⁶.
- d) Operar programas de capacitación, poner en marcha planes de contingencia y evaluar⁷.

Prevenir y promover

- a) Coordinar intra e interinstitucionalmente actividades de capacitación en materia de seguridad del paciente a todo el personal que trabaja en los establecimientos de salud.
- b) Capacitar permanentemente al personal en temas de seguridad del paciente con el fin de asegurar su cumplimiento.
- c) Identificar y prevenir riesgos⁴ de eventos adversos, colaborando en los planes de prevención, y la puesta



en marcha de los planes de acción en caso de presentarse algún evento adverso.

- d) Proponer a los más altos niveles de dirección las medidas para la eliminación de riesgos para pacientes⁷.
- e) Revisar y aprobar los aspectos de seguridad involucrados en las solicitudes para proyectos de investigación y desarrollo⁹.

Actuar

- a) Hacer cumplir las medidas de seguridad del paciente y de bioseguridad según las responsabilidades establecidas en las normas y disposiciones del sector.
- b) Establecer el sistema de registros³ de reportes de incidentes y eventos adversos e investigar cualquier evento derivado de las actividades realizadas y mantener actualizada una base de datos de las investigaciones de los eventos adversos.

Controlar

- a) Verificar las facilidades que tiene el establecimiento de salud para la aplicación de las normas de bioseguridad⁵ y sus regulaciones.
- b) Evaluar las actividades desarrolladas durante un periodo de tiempo, reconocer los problemas existentes, tomar las acciones necesarias para el mejoramiento del sistema de seguridad del paciente y registrar las medidas adoptadas e informar acerca del incumplimiento¹⁰ en la aplicación de las medidas de seguridad del

paciente a la autoridad competente para que tome las medidas correctivas pertinentes.

Vigilar

- a) Establecer un sistema en monitoreo y supervisión del cumplimiento de las medidas de seguridad del paciente en los establecimientos de salud¹¹.
- b) Mantener una base actualizada de los microorganismos de uso en los laboratorios, clasificados según sus riesgos potenciales, señalando las condiciones y su forma de manejo¹².
- c) Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad y todos los documentos relacionados con la seguridad del paciente³.
- d) Revisar periódicamente las medidas de contención considerando los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos relativos a evaluación de riesgo, en relación a la seguridad del paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Goetz M.L. Pottecher B. y cols. Prevention of exogenous respiratory infection. *Agressologie*. 1990; 31 (8):483-488.
2. Cahill CK, Heath J. Sterile water used for humidification in low flow oxygen therapy: it is necessary? *American Journal of Infection Control* 1990, 18(1): 13-17.
3. Allen B. Kaiser. Infecciones postoperatoria y profilaxis antimicrobiana pg. 2385-2398. En *Principios y prácticas de las enfermedades infecciosas*. Mandell, Douglas y Bennett. Editores. Editorial Médica Panamericana. Tercera Ed. 1991.
4. C.Glen Mayhall. Surgical infections incisional wounds. pg. 344-384.: In *Prevention and Control of Nosocomial*

- infectious. Richard P.Wenzel Editors, William Wilkins editorial, Baltimore. Cuarta Ed.1986.
5. Peter Cruse. Surgical infections incisional wounds. pg. 423-436. In: John Bennett Philips Brachman. Ed.Little Brown and company (Inc.) Boston 1986.
 6. Mishriki S.F.;Law D.J.; Jeffrey P.J. Factors affecting the incidence of postoperative wound infection. J.Hosp.Infect 1990 Oct.;16(3): 223-230. 423 - 436.
 7. Richard A.Garibaldi y cols. Epidemiología de las infecciones. En: La garantía de la calidad. El control de infecciones Hospitalarias. HSD/SILOS-12. OPS-OMS; 1991: 440-449.
 8. AORN. Standards and recommended practices for preoperative nursing 1991. Association of Operating Room Nurses. 2 edition. Colorado, USA 1991.
 9. Kovach T. Nip it in the bud. Controlling wound infection with preoperative shaving. Today's O.R. Nurse 1990; 12(9): 23-26.
 10. Encuesta Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización. Ministerios de Sanidad y Consumo, 2006. España . <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5>.
 11. Muller C. Postoperative wound infection a preventable complication? The Umsch.1990 Jul; 47(7): 554-560.
 12. Fabian T.C.; Kudsk K.A.; Croce M.A. y Cols. Discussion 728-730 Superiority of closed suction drainage for pancreatic trauma. A randomized prospective study. Ann-Surg.1990; 211(6):724-278.



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe

Abordando el problema

Consentimiento informado y eventos adversos

*Dr. Salomón Zavala Sarrio**

Durante 25 siglos, desde la época hipocrática, la relación médico-paciente era de naturaleza vertical, a saber, el médico, poseedor de los conocimientos, habilidades y destrezas ordenando lo que había que hacer y el paciente obedeciendo esas indicaciones. Este modelo de relación respondía a principios de naturaleza ética ya que su propia denominación de “paternalista” expresa que el comportamiento del médico era el de un padre preocupado por su hijo y esta preocupación estaba fundada en dos principios éticos que acompañan desde siempre a la profesión médica: la beneficencia, es decir buscar el mayor bien para el paciente y la no maleficencia, es decir no ocasionarle ningún daño¹.

A partir de la década del 70 del siglo pasado se produce un cambio fundamental, una verdadera revolución en la relación médico-paciente, el advenimiento de la Bioética que añade dos principios más a los de beneficencia y no maleficencia, que son los de justicia y autonomía.

El principio de justicia exige que la atención de la salud sea accesible

a toda la población, reforzando su condición de derecho a ser garantizado por el Estado; y el de autonomía demanda la participación del paciente en las decisiones sobre su salud. Esto se concreta en el proceso de obtención de su consentimiento para todo tipo de procedimientos de naturaleza diagnóstica o terapéutica, para lo cual debe recibir del médico tratante la información sobre los riesgos y beneficios que implican estos procedimientos.

El cambio que el ejercicio de la autonomía por el paciente ha significado en su relación con el médico es de tal magnitud, que podrá rehusar seguir sus indicaciones aún cuando vayan en contra de su salud y hasta su vida.

Esta nueva obligación para el médico de informar en detalle al paciente no sólo de los posibles beneficios de los procedimientos, sino también de los riesgos probables, cambia de manera radical los usos y costumbres de esta relación en que el médico generalmente evitaba dar información sobre los riesgos con el fin de no causar mayores preocupaciones al paciente y solía

* Presidente del Comité de Ética de Investigación de PRISMA y Director del Instituto de Ética en Salud de la UNMSM.

recurrir a la denominada “mentira piadosa”, en contraposición con la cual, en este momento se sostiene que el paciente “no quiere una mentira piadosa, sino una forma piadosa de acercarse a la verdad”.

En la Declaración de Principios del Código de Ética de nuestro Colegio Médico del Perú, en su sección 3 (B) bajo el rubro “de las personas” dice¹:

- **La autonomía** de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su Consentimiento Informado, y respetar su decisión, en consecuencia con sus valores personales y culturales.

Adicionalmente, en el artículo 63 dice que el paciente tiene derecho a:

- d) Obtener toda la información que sea veraz, oportuna, comprensible, acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- e) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o revocar su decisión en cualquier momento sin obligación de expresión de causa.

La Ley

El Consentimiento Informado está instituido en nuestro país a partir de 1997, según consta en el artículo 4° de la Ley General de Salud N° 26842, que luego fue ampliada por la Ley N° 29414 que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud², del año 2009.

Si tenemos en cuenta que entre las funciones del Consentimiento Informado

como promover la autonomía de las personas, fomentar la racionalidad en la toma de decisiones se indica además que debe servir para autoevaluación de los médicos y difundir la mentalidad probabilística, es decir, el hecho de que la medicina no es una ciencia exacta y que tratamos de acercarnos a la verdad a través de métodos estadísticos y epidemiológicos, su aplicación en todos los procedimientos de riesgo mayor o menor permitirá disminuir y aún evitar eventos no deseados que pueden dañar al paciente³.

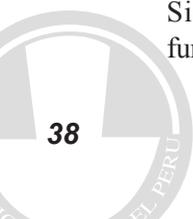
El contenido que debe tener el proceso de obtención del Consentimiento Informado permitirá que los pacientes no se quejen de falta de información ya que es obligatorio darles: una descripción de la intervención, indicar las molestias y riesgos, señalar sus beneficios, indicar qué alternativas existen, informar sobre el curso espontáneo de la enfermedad y sus consecuencias y el médico no prescinde de dar sus opiniones y recomendaciones.

Eventos adversos

En un estudio realizado en Kansas, se encuestó a 2500 pacientes ambulatorios sobre el deseo de conocer los efectos adversos de las drogas que se les prescribe. El 76% señaló que deseaba conocer todos los efectos adversos y no dejar esta información a discreción de los médicos⁴.

El 73% manifestó que no se justifica que los médicos retengan información.

Es pertinente recordar que todos los medicamentos o drogas que se prescriben



tienen efectos adversos en distinta frecuencia y magnitud.

Más aún, pueden aparecer otros, no registrados en los estudios pre-comercialización, cuando su uso se hace en grandes grupos de población y hay que estar alerta para su identificación.

La Ley General de Salud N° 26842² establece en su Artículo 26:

“Sólo los médicos pueden prescribir medicamentos, las profesiones afines, cirujano-dentista y las obstetrices sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión.

Al prescribir medicamentos deben consignar obligatoriamente su denominación común internacional (DCI), el nombre de marca si lo tuviere, la forma farmacéutica, posología, dosis y periodo de administración.

Así mismo, están obligados a informar al paciente sobre los riesgos, contra indicaciones, reacciones adversas e interacciones que su administración puede ocasionar y sobre todo las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro”.

Recomendaciones para la prescripción

Aprovechamos para recordar algunas recomendaciones:

- Los beneficios de la farmacoterapia, cualquiera que sea la manera en que ésta se defina, deben ser siempre superiores a los riesgos.

- Debe utilizarse la dosis más pequeña necesaria para producir el efecto deseado.
- Debe minimizarse el número de medicamentos y dosis al día.
- Los médicos deben tener cautela al recetar y administrar medicamentos nuevos y estar alerta en busca de reacciones adversas que antes no se habían detectado.

Como hemos podido comprobar, existen disposiciones legales y éticas vigentes desde hace varios años que están esperando su aplicación con el fin de abordar correctamente los problemas que pueden surgir tanto en la obtención y respeto al Consentimiento Informado, como sobre la obligación de comunicar a los pacientes los efectos adversos de los medicamentos.

Referencias Bibliográficas

1. Colegio Médico del Perú, Código de Ética y Deontología. 2007.
2. Ley General de Salud N° 26842.
3. Berry D, Bradlow A y Bersellini E. Perceptions of the Risks and Benefits of Medicines in Patients with Rheumatoid Arthritis and other Painful, Rheumatology 2004; 43(7): 901- 905.
4. Roden M. Principios de farmacología clínica. Principios de Medicina Interna. Arch.Intern. Med. 2001; 161: 706-713. Harrison 17^a Ed. Mac Graw Hill 2009: 27-39.

Informe de la Comisión de Alto Nivel encargada de analizar propuestas legislativas para la creación de un seguro de responsabilidad médica

1. Presentación

El presente documento deriva del esfuerzo institucional y es producto de un amplio y alturado debate de los principales actores sociales comprometidos con la mejora continua de la atención médica que redunde en beneficio de la salud de la población.

Esperamos que con la puesta en práctica de las propuestas planteadas, se pueda, parafraseando a Blas Orbán, lograr el objetivo de una mejor relación médico-paciente, basada en una confianza mutua, que se traduzca en una mejor calidad de la asistencia sanitaria y, con ello, la desaparición de la desconfianza que motiva inquietud y litigios, generalmente insatisfactorios para ambas partes y fuente de conflictos que, en la práctica diaria, puedan dificultar el progreso de la medicina.

2. Base normativa

- Constitución Política del Perú.
- Acuerdo N° 098-VI-S0/CEN/CN-CMP-2010.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud 1111.
- Código Civil Peruano.
- Código Penal Peruano.

3. Integrantes y Participantes

3.1 Integrantes

- Dr. Amador Vargas Guerra, quien la preside (médico)
- Dr. Maximiliano Cárdenas Díaz (médico)
- Dr. Juan Villena Vizcarra (médico).
- Dra. Olenka Woolcott Oyague (abogada)
- Dr. Raúl Canelo Rabanal (abogado)



3.2 Participantes

- Dr. Ciro Maguiña Vargas - Decano del CMP.
- Dra. Carmen Fajardo Ugaz - Vicedecana de CMP.
- Dr. Alfonso Mendoza Fernández - Presidente del Comité de Ética.
- Dr. Alberto Gayoso - Decano Consejo Regional Lima.
- Dr. Carlos Calle - Práctica privada.
- Dr. Fernando Farfán - Decano Consejo Regional Arequipa.

4. Objetivo

Analizar la problemática y las propuestas legislativas y emitir informe sobre ellas, así como elaborar una propuesta normativa de mecanismos de prevención y resarcimiento.

5. Análisis de la problemática

5.1 Antecedentes

Con fecha 16 de setiembre del 2003, el Gobierno de la República aprobó la Ley que modifica el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la cual plantea en el inciso “u”:

“Recibir una indemnización por el daño causado en los casos de error, negligencia, impericia u omisión que causen lesiones, invalidez temporal o permanente y/o muerte”.

Existieron algunos aspectos formales cuestionables en la aprobación de la modificación de la Ley, que con propiedad fueron sustentados por el Ministerio de Salud, a saber:

- El inciso en cuestión no fue dictaminado por la Comisión de Salud del Congreso de la República, sino que fue añadido en el debate del Pleno, por lo tanto la observación del Ministerio de Salud constituye el primer y único informe técnico sobre la materia.
- Se trata de una norma demasiado general.
- La aplicación y eficacia de la norma se remite íntegramente a la expedición del decreto supremo que la reglamente, por lo que de aprobarse la Autógrafa, recaería sobre el Poder Ejecutivo la responsabilidad de regular y poner en funcionamiento un seguro que carece de sustento técnico económico.
- La Autógrafa se centra en la relación paciente-profesional de la salud, desconociendo una concepción integral de la atención de la salud, en donde confluyen múltiples factores adicionales.

Cabe resaltar que esta iniciativa fue rechazada por diversos actores de la sociedad civil, así como asociaciones de usuarios de los servicios de salud, el Colegio Médico del Perú y los Colegios de otros profesionales de la salud.

Luego se han presentado las siguientes propuestas legislativas:

- Proyecto de Ley N° 7938-2003 a iniciativa del congresista Natale Amprimo.
- Proyecto de Ley N° 1330-2003 a iniciativa del Poder Ejecutivo.
- Proyecto de Ley N° 01819-2007.
- Proyecto de Ley N° 3812-2009 a iniciativa del Poder Ejecutivo: “Seguro

Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud”.

- Proyecto de Ley N° 3834-2009 Ley que crea el “Seguro de Responsabilidad Médica”.
- Proyecto de Ley N° 3933-2009 Ley que crea el “Seguro Obligatorio de Accidentes de Servicios de Salud”.

5.2 Síntesis de la situación actual y problemática de pacientes damnificados

En el año 2009 en el Perú se realizaron un poco más de 60 millones de atenciones en salud; en ese mismo período la cantidad de denuncias realizadas en las diferentes instancias como son Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud del MINSA, la Defensoría de EsSalud, Colegio Médico del Perú, Fiscalías y Poder Judicial, representan el 0,0076 del total de atenciones.

Aún siendo el grado de siniestralidad y riesgo tan bajos, precisamente para evitar su aumento, en el MINSA se viene implementando las normas del sistema de auditoría en salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad de Servicios de Salud.

Otro punto relevante a tomar en cuenta es el malestar de la ciudadanía con el poder judicial por la demora de los procesos judiciales y sus resoluciones.

Es importante resaltar el cambio que se ha dado a nivel de la ciudadanía en defensa de la salud como un derecho humano fundamental, recogido no sólo en nuestra constitución sino que también lo encontramos en diversos instrumentos internacionales.

5.3 Alcances y límites de las propuestas del seguro obligatorio por responsabilidad en el ejercicio profesional.

5.3.1 Vulneración de Derechos Constitucionales

La propuesta del seguro obligatorio de responsabilidad en el ejercicio profesional vulnera tres derechos establecidos en la Constitución Política del Perú, a saber:

- Igualdad ante la Ley (Art. 2°, inciso 2),
- Libertad de contratar (Art. 2°, inciso 14) y
- Derecho al trabajo (Art. 22°)

Se vulnera la igualdad ante la Ley al establecer para un solo segmento profesional la adquisición del mencionado seguro. Al obligar a contratar un seguro se limita la libertad de contratar y al imponer trabas o imposiciones se vulnera la igualdad de oportunidad, parte importante del derecho al trabajo.

Como es sabido, sólo es posible limitar algunos derechos constitucionales cuando se vela objetivamente por el interés general tutelado. Por lo tanto, un grado de siniestralidad y riesgo tan bajo (como se detalla en el acápite 5.2) no justifica la limitación de los tres derechos constitucionales antes referidos.

5.3.2 Inconsistencia del presupuesto material del resarcimiento de los daños asegurados

El supuesto implícito en la propuesta es que la lentitud del Poder Judicial lo descalifica para constatar la responsabilidad médica. Obviamente esta calificación tampoco podría ser

hecha por las aseguradoras, porque se convertirían en juez y parte.

5.3.3 Ausencia de análisis costo-beneficio y de estudio de factibilidad

Las propuestas de ley de creación de seguro obligatorio por responsabilidad en el ejercicio profesional no han sido sustentadas en un estudio de factibilidad ni acompañan un adecuado análisis costo-beneficio, que permitan apreciar el impacto socioeconómico que se generaría en cuanto a costo de atenciones, ingresos profesionales, procesos de trabajo, cobertura de atención, entre otros.

5.3.4 Posibles consecuencias del seguro obligatorio por responsabilidad en el ejercicio profesional

La obligatoriedad del seguro por responsabilidad en el ejercicio profesional de acuerdo a la experiencia internacional, tendría posiblemente las siguientes consecuencias en nuestro país:

- Disminución de los ingresos de los profesionales de salud, que agravarían conflictos en el Sector.
- Aumento de la informalidad o abandono del ejercicio de la medicina en profesionales que no puedan solventar el seguro.
- Aumento de costos en la atención por uso excesivo de exámenes auxiliares (medicina defensiva) con la consiguiente exclusión de los sectores más pobres por inaccesibilidad económica.
- Profesionales evitarían participar en casos de mayor riesgo, o en prestaciones gratuitas.

- Aseguradoras evitarán, minimizarán o diferirán indemnizaciones con los consiguientes perjuicios o los usuarios, a quienes supuestamente se pretende favorecer.

6. Propuesta normativa de mecanismos de prevención y resarcimiento

6.1 Fundamentos éticos o conceptuales

La Comisión ha orientado su trabajo de análisis y propuestas por un conjunto de fundamentos éticos y conceptuales, inseparables en la actividad profesional y labor científica de los médicos.

6.1.1 Principios éticos orientadores

Cuatro son los principios íntimamente relacionados con la atención médica que la Comisión de Alto Nivel ha asumido: No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia:

- El objetivo genuino de la acción médica es el alivio, el servicio del paciente. Desde la época hipocrática y a través de su “*primum non nocere*”, la medicina define el principio de no maleficencia.
- La obligación de conductas encaminadas a lograr el alivio del paciente expresa el principio de beneficencia.
- El principio de autonomía reconoce la individualidad del paciente y que las determinaciones respecto de su salud son de su incumbencia exclusiva, siempre que no afecte a terceros.
- El principio de justicia fundamenta la pretensión de que se brinden a todos los individuos las mismas

oportunidades de lograr la atención médica que necesiten.

6.1.2 Alcances de la responsabilidad médica

En Medicina, no existen enfermedades sino enfermos. Cada ser humano ha de ser estudiado individualmente porque es un caso diferente y único, tiene su propia enfermedad, no la genérica que puede contemplarse en los libros. Sus datos clínicos son distintos a los de otro ser humano y en su exploración se pueden encontrar distintas objetivaciones. Aún ambos pueden ser incluidos en el mismo diagnóstico, cada uno manifiesta de forma personal y diferente los datos que nos van a permitir, después de un elaborado análisis de los mismos, llegar a conclusiones.

La manifestación de la enfermedad es distinta en virtud de la propia naturaleza humana. Es por esto que cada acto médico es diferente y por lo que resulta tan difícil hacer un juicio de valor sobre la calidad de la actuación del médico y su consecuente responsabilidad.

Por cuanto antecede, nos inclinamos a calificar el contrato nacido entre el médico y el paciente como una obligación de hacer, que encaja dentro de un contrato atípico ajeno al contrato de servicios.

Cualquiera que sea la vía procesal aplicable en la exigencia de responsabilidad por presunta irregularidad en la prestación de asistencia, ésta deberá ser medida por el patrón de la *lex artis ad hoc*, que no

conlleva una obligación de resultados sino de medios.

Resulta al respecto muy ilustrativa la experiencia española sintetizada en la sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 12 de julio de 1994, cuando dice:

“De acuerdo con una muy mantenida doctrina científica y jurisprudencia, la medicina como Arte, como Ciencia y como Técnica, va dirigida a la atención de la humanidad doliente, en cuanto su thelos no es otro que procurar al enfermo la mayor atención y mejor tratamiento, con objeto de lograr, o cuando menos intentar además de su sanidad tanto material como psicológica, un adecuado y humano amparo psico-asistencial, aun cuando no siempre se consiga dicha esencial finalidad, pues no ha de olvidarse que la función u obligación de la medicina y por lo tanto del médico no es, cual por esta Sala se ha dicho de modo reiterado, de resultado sino de medio, en cuanto dada la naturaleza humana y los límites de la Medicina no siempre se consigue de modo pleno dicha finalidad, aun cuando el médico ponga de su parte el Arts, Thecnos y Modus operandi”.

6.1.3 Quiebre de la función desincentivadora de la responsabilidad civil

Una de las principales funciones del sistema de responsabilidad civil es la desincentivación de las actividades que normalmente pueden generar un daño, propendiendo, entre otras cosas, a que los participantes adecuen su actuación a los estándares de diligencia para evitar así incurrir en responsabilidad.



La doctrina del Derecho afirma:

- Cuando el responsable está asegurado contra la responsabilidad civil, en general, la eficacia intimatoria de la responsabilidad misma viene a menos o se reduce bastante en lo que respecta a los actos culposos (el aseguramiento de la responsabilidad civil de actos dolosos no es admitida)
- La posible desaparición de los requisitos de la culpa y del nexo causal como presupuestos del deber de indemnizar, se producen en aquellos casos en los que la responsabilidad se encuentra en un seguro.

6.2 Fundamentos legales

No existe desamparo del paciente en la legislación peruana. La negligencia, la impericia y la imprudencia que causen lesiones, invalidez temporal o permanente y/o muerte se sancionan en nuestro país - agregándose a la indemnización a que hubiere lugar - por lo normado en lo civil, lo penal y ético deontológico.

6.2.1 Responsabilidad médica en el Código Civil Peruano

La responsabilidad civil de los médicos se encuentra inmersa dentro del sistema subjetivo de responsabilidad civil, en función de lo que se conoce como el factor atributivo de culpa profesional, y en virtud de lo cual resulta aplicable la cláusula general de responsabilidad contenida en el Art. 1321° ó 1969° del Código Civil, según sea el caso y que a la letra dicen:

“Art. 1321°.- Indemnización por dolo, culpa leve e inexcusable.

Queda sujeto a la indemnización de daños y perjuicios sus obligaciones por dolo, culpa inexcusable o culpa grave.

El resarcimiento por la inyección de la obligación o por su cumplimiento parcial, tardío o defectuoso, comprende tanto el daño emergente como el lucro cesante, en cuanto sean consecuencia inmediata y directa de tal inyección.

Si la inyección o el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de la obligación, obedecieran a culpa leve, el resarcimiento se limita al daño que podía preverse al tiempo en que ella fue contraída”.

“Art. 1969°.- Indemnización por daño moroso o culposo.

Aquel que por dolo o culpa causa a otro está obligado a indemnizarlo. El descargo por falta de dolo o culpa corresponde al autor”.

6.2.2 Responsabilidad en consideración a la salud de terceros y de las medidas de seguridad en la Ley General de Salud

La Ley General de Salud (Ley N° 26842) establece claramente en el Título II, De los deberes y restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros, lo siguiente:

“Artículo 36. Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el

ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades”.

“Artículo 48. El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionen al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente e imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia.

Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto los medios que hubieran evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece”.

Precisamente para garantizar la disposición de los medios adecuados en los establecimientos de salud, en el Artículo 37 se establece lo siguiente:

“Artículo 37. Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requerimientos que establecen los reglamentos y normas técnicas que dictan la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a la plana física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y demás

que producen atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos”.

6.2.3 Análisis legal de las propuestas legislativas

Teniendo como punto de partida el primer proyecto de ley N° 7938-2003, presentado por el entonces congresista Natale Amprimo que trató de crear el “Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil Médica” y las diferentes propuestas de ley de estos últimos 2 años, identificamos los siguientes puntos que consideramos fundamentales para emitir un pronunciamiento al respecto:

- El tema de fondo que contienen las diversas propuestas legislativas. Determinación de los conceptos jurídicos involucrados.
- Las características de la coyuntura en que surgen las propuestas.
- Crítica de las propuestas legislativas a partir de sus implicancias jurídicas y económicas en el sistema jurídico peruano. Examen de confrontación con otras experiencias jurídicas.

6.2.4 Tema de fondo contenido en las propuestas legislativas

6.2.4.1 Seguro obligatorio de responsabilidad civil por servicios de salud.- La diferencia con la inapropiada denominación de SOAT MÉDICO.

La creación de un seguro de responsabilidad civil por servicios de salud, es el objetivo directo de la reciente propuesta legislativa, no obstante destacar en su



art. 1° que el objeto de la ley es “otorgar el derecho a los ciudadanos usuarios de los servicios de salud, a recibir una indemnización...”, lo que en realidad resulta redundante en el sistema jurídico tal como explicamos en el numeral 2 del presente informe.

Sin perjuicio de lo anotado, corresponde aclarar con carácter imperativo lo que representa el instituto asegurador que se intenta introducir en el Perú, frente a la noción del SOAT, más aún, cuando la opinión pública gracias a una confusa divulgación periodística, parece haber entendido el contenido del referido proyecto de ley como una propuesta de SOAT MÉDICO, confusión conceptual muy extendida en la ciudadanía, aún desde el proyecto Amprimo del 2003, y que perdura en nuestro medio, aún entre los profesionales en general, los que por dicha calidad, se encuentran en la capacidad de informarse con mayor facilidad para entender cuestiones técnicas.

La antitécnica denominación vulgar de **SOAT MÉDICO** que ha alcanzado la propuesta legislativa es criticable desde la propia naturaleza del instituto asegurador que se intenta introducir en el Perú para el medio médico. Por las siglas **SOAT** se indica un “seguro obligatorio por accidentes de tránsito”.

El **SOAT** constituye una tipología de seguro que fue introducido en el Perú mediante **DS 049-2000-MTC**, en atención a **los accidentes automovilísticos** que se producen de manera inevitable, no sólo en el Perú sino en el mundo, como efecto de la velocidad y actividad de los vehículos automotores, a pesar de

las medidas de seguridad que pueda adoptar un conductor. La naturaleza jurídica de este tipo de seguro, es la de consistir en un seguro por accidentes de tránsito y la cobertura indemnizatoria a la víctima, de producirse el siniestro- el accidente- tiene lugar, conforme a lo previsto por el art. 14 de dicho texto normativo, “sin investigación ni pronunciamiento previo de autoridad alguna, bastando la sola demostración del accidente y de las consecuencias de muerte o lesiones que éste originó a la víctima, **independientemente de la responsabilidad del conductor, propietario del vehículo o prestador del servicio, causa del accidente o de la forma de pago o cancelación de la prima**, lo cual deberá constar expresamente en el contrato de la póliza de seguro”.

La noción conceptual que distingue al **SOAT** es el “accidente de tránsito” (art. 5° del DS). El concepto de accidente como evento súbito, imprevisto y violento es suficiente para que opere la indemnización del daño sufrido por la víctima. No se requiere que el daño haya sido producido con intención o por negligencia para que proceda la indemnización, porque en este tipo de seguros se parte del supuesto que existen daños que se van a producir inevitablemente por consecuencia de la práctica de determinadas actividades que resultan beneficiosas para la sociedad. Esos daños resultan siendo el costo de estas actividades que como en el caso de la circulación vial es importante para el desarrollo de la sociedad. Pero dado que así como los ciudadanos se benefician de

dichas actividades cuando las realizan, deben igualmente cargar con una porción de los daños que dichas actividades producen, por ello, el **SEGURO POR ACCIDENTES**, permite este tipo de **difusión del riesgo y del costo de los daños** entre los que desarrollan las actividades de las cuales se benefician no sólo ellos mismos sino toda la sociedad.

El seguro por accidentes es un eficiente mecanismo difusor del riesgo y costos de los daños que se produzcan entre todos los sujetos que realizan las actividades que los generan, donde no interesa identificar culpables, es decir conductas que han observado negligencia, imprudencia o impericia, porque **el fin principal inmediato que se persigue en este tipo de seguros es la indemnización de las víctimas**. Por esta razón, este tipo de seguros deja de lado la responsabilidad individual del sujeto, pues pertenece al terreno de la **SEGURIDAD SOCIAL**, por tanto, un **terreno de derecho público** que debe ser administrado y alimentado por el ESTADO en beneficio de toda la sociedad, un sistema en el que toda la sociedad participa en velar por la existencia de los fondos que sirvan para cubrir los denominados **ACCIDENTES**.

El **SOAT**, no requiere pues de la instauración de un proceso de responsabilidad civil donde deba dilucidarse la responsabilidad y los sujetos responsables, y es aquí precisamente donde radica la diferencia de naturaleza jurídica con relación al **SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**.

En este último caso, nos encontramos frente a un mecanismo asegurador

diferente. Su objetivo es cubrir al asegurado en la eventualidad de un proceso de responsabilidad civil, donde el siniestro consistiría precisamente en que el asegurado que contrató la póliza, resulte responsable de la comisión del hecho ilícito que generó el daño indemnizable. Como el propio nombre lo indica, es necesario que a los fines de que la compañía de seguros haga efectivo el pago de la indemnización del daño a la víctima, se establezca la **RESPONSABILIDAD CIVIL** del imputado, lo que tendrá lugar en un **proceso judicial o arbitral de responsabilidad civil**.

En dicho proceso para determinarse la responsabilidad individual del sujeto o sujetos imputados del hecho dañoso, tendrá participación la compañía de seguros, en su calidad de deudor solidario del imputado de responsabilidad y, esperará la sentencia firme o laudo arbitral que determine al o a los responsables del daño indemnizable. Es sólo bajo esta declaración judicial o arbitral que la compañía de seguros pagará la indemnización a la víctima del daño, en ejecución de sentencia, por tratarse de un deudor solidario con el directo responsable o autor del hecho ilícito.

6.2.4.2 Situaciones concretas en que no se determina ni judicial ni arbitralmente la responsabilidad civil

Si en cambio, no se determina la responsabilidad civil del asegurado en el proceso correspondiente, la compañía de seguros no paga indemnización



alguna a la víctima del daño, porque judicial o arbitrariamente no se estableció responsabilidad alguna del sujeto demandado y titular de la póliza de seguro de responsabilidad civil.

En el ámbito de la práctica médica, tales casos pueden ser infinitos cuando por ejemplo, el daño que sufre el paciente ocurrió como consecuencia de las denominadas “**complicaciones médicas**”, que no obedecen a un acto ilícito del médico como lo constituiría la culpa (un acto negligente, imprudente o imperito), o el que se genera en circunstancias en que no es posible identificar la causa precisa del daño, pues ésta se encuentra tan diluida en una serie de actos realizados con respecto al paciente, o **el daño en cuya producción bien han podido confluir con una serie de condiciones o circunstancias propias de la realidad del establecimiento de salud**, todo lo cual, dificulte evidenciar culpa en el médico a quien se le imputa responsabilidad.

Precisamente, todo ese conjunto de factores que se reflejan de manera notoria en los establecimientos de salud pública, contribuyen indefectiblemente a la producción de eventos adversos, en desmedro de la salud de los pacientes. En ese conglomerado de condiciones en que se ejecutan las prestaciones de salud en el Perú, a nivel nacional, no resulta fácilmente identificable el acto de negligencia médica, pudiendo ser que este acto negligente no exista como tal, y sin embargo, el paciente sufre un daño, sea por consecuencia de una transfusión sanguínea, una infección,

contagio, complicaciones, derivados no precisamente de un específico acto del médico que intervino directamente al paciente, sino que el daño obedece a un conjunto de factores (entre ellos, maquinaria insuficiente, instrumental inadecuado, carencia de medicinas para el caso específico, etc.).

Los casos en referencia no permitirán identificar y probar en el proceso judicial de responsabilidad civil una específica responsabilidad individual del médico, por tanto, el juez tendrá que declarar INFUNDADA una demanda de responsabilidad médica, si el daño se produjo bajo las circunstancias anotadas. En síntesis, no habrá responsabilidad civil individual, y de consecuencia, **en todos esos casos, no habrá indemnización para la víctima de este tipo de daños sobre la base de la responsabilidad civil.**

En definitiva, en estos casos, el gran determinante de los eventos adversos puede atribuirse a las **características de la atención sanitaria en el Perú, es decir al vigente y muy cuestionable, desde diversos ángulos, sistema de salud**, lo que evidencia una realidad que no ofrece respuesta institucional al problema de la salud en el Perú, lo que se suma a un modelo de organización de atención profesional con bajo rendimiento y escasa efectividad. Los estudios socio-económicos que se han realizado en nuestro medio sobre la calidad de la salud en el Perú son verdaderamente más que reveladores de un deficiente servicio de salud (**Véase: INFORME FINAL del Ministerio de Salud-Proyecto Salud y**

Nutrición Básica, Lima, Minsa, 2001; II Conferencia Nacional de Salud, “*Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*”, FORO SALUD, Lima, 2005; Véase sobre la situación de la salud en América Latina, datos de la Organización Panamericana de la Salud, en www.per.ops-oms/situación.html)

6.2.4.3 De los eventos adversos, la noción de culpa y la indemnización de los daños derivados:

¿El seguro de responsabilidad civil cubriría la indemnización de todos los eventos adversos, o de todos los daños que pueda sufrir el paciente en la atención médica?

Las situaciones antes referidas constituyen lo que en el lenguaje generalizado en la medicina ha venido a conocerse como “**eventos adversos**”. Frente a esta realidad, debe destacarse que no todos los eventos adversos tienen su causa en la conducta culpable del médico, por ende, no darían lugar a responsabilidad civil del médico de acuerdo al régimen vigente consagrado en el Código Civil, y consiguientemente, no habría indemnización para la víctima de un evento adverso que no alcanza la categoría de culpa (negligencia, imprudencia, impericia).

En síntesis, la responsabilidad civil, y secundariamente el seguro de responsabilidad civil, no admite la indemnización de todos los eventos adversos, entre los cuales, podríamos comprender la noción de “accidentes”, sino que exige la presencia del acto culpable, concretamente en el caso de la responsabilidad civil del médico,

conforme al propio dictado de la Ley General de Salud (art. 36) que remite al régimen de responsabilidad por culpa previsto en el Código Civil.

La razón que distingue al “seguro de responsabilidad civil” del “seguro por accidentes” es que en el primero, no se ha desplazado a la responsabilidad civil. La institución de la responsabilidad civil por hecho ilícito sigue vigente en un sistema donde se incorpore ese tipo de seguro de responsabilidad. No se quiere evitar que se identifique el acto ilícito que ha causado el daño, más por el contrario, ese acto ilícito, consistente en una acción dolosa o por negligencia (comprensible esta noción en sentido amplio de la imprudencia e impericia), sigue siendo la base de la imputación de la responsabilidad, y el derecho de la responsabilidad civil se orienta a que a través de su actuación no sólo se logre la indemnización de los daños generados en esas condiciones, sino que se **PREVENGAN O SE EVITEN A FUTURO** actos dolosos o culposos en el desarrollo de las actividades en la sociedad.

En otros términos, “la noción de accidente” no está presente en el seguro de responsabilidad civil, en el cual no opera una indemnización de daños derivados de un evento imprevisible e irresistible, sino que en este seguro sólo tendrá lugar la indemnización a la víctima del daño, cuando judicialmente haya sido establecida la responsabilidad civil del médico por culpa (negligencia, imprudencia, impericia). Lo que difiere en esencia de un seguro por accidentes como lo es el SOAT.

Si por un lado, el seguro de responsabilidad civil, viene en auxilio de una eventual insolvencia o incapacidad de quien contrata este tipo de seguros, para hacer efectivo el pago de la indemnización que se fije en un proceso judicial de responsabilidad civil, y por tanto, quien termina pagando la indemnización es un sujeto distinto -la compañía de seguros- a aquel que cometió el daño -el autor-, no se puede afirmar que se estaría atentando con un objetivo fundamental de la institución de la responsabilidad civil, como es que la indemnización sirva además, de indemnizar a la víctima, como una suerte de sanción para el sujeto que cometió el daño y que en futuro se vea obligado a mejorar las medidas de seguridad de la actividad que realiza para evitar se produzcan futuros daños en la sociedad.

En efecto, cuando en otros sistemas jurídicos antes que en el nuestro (cabe citar a JAMES FLEMING, en su libro *Law of Torts*), se introdujo el mecanismo del seguro de responsabilidad civil, se temió que se dejara sin sustento a la institución de la responsabilidad civil, por reducir sus efectos en el sentido de PREVENCIÓN o disminución de daños. Se dijo entonces que debían ser las propias compañías de seguros que implementen formas que puedan ejercer cierta presión en los sujetos que contratan estos seguros para que no sigan cometiendo daños. Así es como hoy en los diversos sistemas jurídicos del mundo, las compañías de seguros, pueden elevar las primas de seguros, o establecer cláusulas en los contratos de seguros para poder de alguna manera

sancionar al asegurado que es reincidente en la producción de daños, o excluir la cobertura por daños generados intencionalmente o por negligencia grave (la valoración de la intención o negligencia grave serán efectuados por el juez en el proceso respectivo).

En efecto, los toques indemnizatorios, las cláusulas de no renovación del contrato o de elevación de las primas, etc., todo ello estará en función a las reglas del mercado, porque para las compañías de seguros es claro que el objetivo estará definido por su fin lucrativo.

6.2.4.4 El seguro obligatorio de responsabilidad civil por servicios de salud.- Características.

Corresponde a un seguro que presenta las características que hemos venido explicando precedentemente para cualquier seguro de responsabilidad civil, con la única particularidad de que quien lo contrate pertenezca al ámbito de los prestadores de salud. No se trata por tanto, en ningún caso de un tipo de SOAT, es decir, seguro por accidentes.

6.2.4.5 ¿La propuesta legislativa es coherente con el objetivo de indemnización a los pacientes?.- Referencia a otras experiencias jurídicas en la indemnización de daños sufridos por pacientes

Si el objetivo del legislador peruano fuera ofrecer indemnización a las víctimas de daños derivados en ocasión de los servicios de salud, sin dejar fuera de dicha respuesta indemnizatoria a los casos de dificultad de acreditar la culpa médica, como las complicaciones

médicas, para citar un ejemplo, que ocurre con frecuencia en la práctica médica, la referida propuesta no habría tenido que contener la obligación de los médicos o establecimientos de salud de contratar un seguro de responsabilidad civil, **sino la de crear un fondo indemnizatorio para los casos de los denominados “accidentes médicos”**, y de esta manera alcanzar cobertura para una variedad de eventos adversos, tal como se advierte viene operando en otros sistemas jurídicos de avanzada.

El **caso de Francia** resulta la más reciente reforma legislativa en el tratamiento de los derechos de los pacientes y la calidad del sistema de salud, donde destaca el enfoque de SISTEMA, que hace énfasis especial en la prevención de eventos adversos, para ofrecer respuestas adecuadas al mejoramiento de los servicios de salud.

En esta línea de visión amplia del problema de la salud, se dicta la **Ley N° 303 del 2002 sobre “los derechos de los pacientes y la calidad del sistema de salud”**, régimen que deja vigente la responsabilidad civil para los casos de culpa médica, pero dispone además **la creación de un fondo indemnizatorio** para una categoría de daños que la ley francesa los incluye en los efectos derivados del **“álea terapéutica”**, donde vienen comprendidos los eventos adversos que no pueden configurar una culpa médica y, por tanto, no pueden por esa razón esencial, sostener una indemnización por responsabilidad civil.

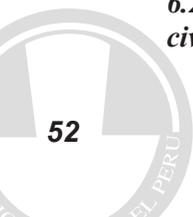
6.2.4.6 Sistema mixto: Responsabilidad civil y Seguridad Social

El sistema francés tiene actualmente un SISTEMA MIXTO para ofrecer indemnización a los pacientes víctimas de daños. Por un lado, se mantiene el sistema de responsabilidad civil, es decir, los procesos judiciales de responsabilidad civil para los casos de culpa médica; por otro lado, dispone un **sistema de seguridad social** constituido por el fondo indemnizatorio para aquellos daños derivados del álea terapéutica, cuyo fundamento se halla en el principio de SOLIDARIDAD NACIONAL.

El sistema francés no alcanza el extremo a que ha llegado el sistema neozelandés, el cual ofrece cobertura a todo tipo de daños, con topes indemnizatorios, pero suficientemente adecuados a las necesidades de las víctimas para poder proseguir el desarrollo de su vida. En esta experiencia indemnizatoria, no hay lugar a los procesos judiciales de responsabilidad civil, no hay juicios, porque el sistema ha optado por un impresionante, aunque extremadamente costoso sistema de SEGURIDAD SOCIAL.

Un sistema similar de notable desarrollo de la seguridad social, lo constituye el sistema sueco, donde a diferencia del sistema neozelandés, existe la posibilidad para las víctimas de estos daños de optar por el régimen de la responsabilidad civil, que ciertamente ofrecerá mayor cobertura indemnizatoria, bajo la condición que se establezca en el proceso la responsabilidad por culpa médica.

6.2.4.7 De los sujetos que deben contratar el seguro de responsabilidad civil

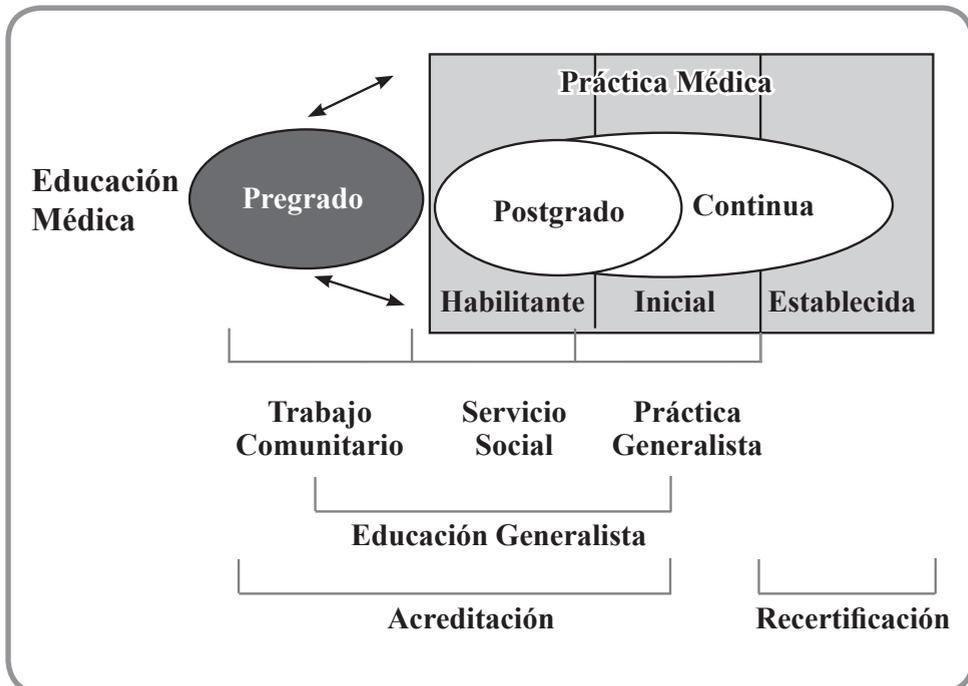


El proyecto establece que quienes deben contratar el seguro obligatorio de responsabilidad civil por servicios de salud serán **“los profesionales de la salud y los técnicos y auxiliares de la salud** que brindan prestaciones de salud o desempeñan cualquier otra actividad relacionada con la atención de salud, de manera independiente, **así como los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo y cualquier persona jurídica** que brinde servicios de salud” (seg. párr. inc. i), art. 15,3 del proyecto).

El proyecto de ley contempla dos tipos de sujetos a los que va dirigida la obligación de contratar un seguro de responsabilidad civil por servicios de salud. Por un lado, quienes prestan servicios de salud **de manera independiente**; por otro lado,

quienes actúan en forma organizada **sean o no constituidos como persona jurídica**. Si se trata de este último caso, el seguro de los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo y de cualquier persona jurídica que brinda tales servicios, cubre los que brinden los profesionales de la salud y los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud **durante el tiempo que se desempeñan en ésta, cualquiera sea la relación que los vincule**.

6.3 Posición crítica frente a las propuestas legislativas a partir de sus implicancias jurídicas y económicas en el sistema jurídico peruano. Examen de confrontación con otras experiencias jurídicas.- (Las conclusiones se inferen de los numerales que se redactan a continuación).



6.3.1 Sobre el objeto del proyecto de ley N° 03812/2009-PE

Una primera crítica que surge frente al reciente proyecto 3812/2009-PE, concierne a su objeto mismo, es decir, “otorgar el derecho a los ciudadanos usuarios de los servicios de salud, a recibir una indemnización cuando sean víctimas de lesiones, invalidez o muerte por impericia, error, omisión, imprudencia o negligencia de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud”.

En principio, es indiscutible que quien comete un acto ilícito y causa un daño a otro debe indemnizarlo. Se trata de un principio general del Derecho “*neminem laedere*”, no se debe generar daño a otro. Por tanto, el Derecho cuenta con un instituto normativo denominado responsabilidad civil para canalizar la indemnización de los daños sean de fuente contractual o extracontractual (Régimen previsto en el Código Civil).

Desde esta primera anotación, el proyecto de ley contraviene la técnica legislativa al señalar que “otorga el derecho a los ciudadanos usuarios de los servicios de salud, a recibir una indemnización”.

Luego, es cuestionable la ubicación sistemática del “derecho a recibir una indemnización por el daño causado” contenido entre los derechos que reconoce el art. 15 de la Ley General de Salud a toda persona usuaria de los servicios de salud.

En efecto, el citado precepto de la Ley tiene particular relevancia porque destaca la situación del paciente en relación con

el médico, haciendo énfasis sobre todos aquellos derechos del paciente que tienen como contrapartida una acción o comportamiento debido por el médico desde el inicio, durante y después de la relación instaurada con este último.

Sin embargo, la propuesta de ley, como otras precedentes que forjaron la misma línea (**Proyecto de Ley N° 01819/2007-PE; Proyecto de Ley N° 07938/2003-CR**), resultaría minimizando los derechos en referencia al colocar entre la lista de derechos del paciente “el derecho a recibir una indemnización por el daño causado”, con lo cual, el legislador termina reconociendo en el mismo nivel de los derechos del paciente en su relación con el médico, una realidad plenamente previsible en la relación médico-paciente, tal como lo demuestra el propio proyecto de ley, y consistente en la producción de actos ilícitos por parte de “los profesionales de la salud y los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud, que causen lesiones, invalidez o muerte”, tal como reza el propio proyecto de ley.

Mayor aún era la incongruencia sistemática en el proyecto Amprimo del año 2003 (archivado en el 2004), que incorporaba en el primer inciso que encabezaba los derechos del paciente “a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; así como a recibir una indemnización por el daño causado, en los casos de...”.

El aludido proyecto minimizaba la trascendencia de los derechos fundamentales de la persona contemplados en la Constitución Política del Estado, por



ser “la persona humana, y el respeto de su dignidad, el fin supremo de la sociedad y del Estado”, tal como reza el primer precepto de nuestra Constitución. Era revelador el agregado en el mismo inc. a) al contener la referencia a la consecuencia indemnizatoria de un acto ilícito -por ej. el acto negligente, imperito o violatorio de la ley, máxime si la consecuencia indemnizatoria frente a los actos ilícitos se encuentra enmarcada en un régimen específico contenido en el Código Civil vigente, y para mayor precisión, prevista en el art. 36 de la LGS, norma que contiene un reenvío al referido régimen, que no es otra cosa que el instituto de la responsabilidad civil.

6.3.2 Carencia de un estudio de factibilidad y de un adecuado análisis económico

En efecto, una característica que lamentablemente destaca en todas las propuestas de ley orientadas a la introducción de un seguro médico obligatorio de responsabilidad civil o de un fondo indemnizatorio, es la ausencia de análisis económico y estudio de factibilidad para determinar si estos mecanismos que exigen un alto nivel económico para ser soportados por la sociedad y el Estado mismo, pueden de alguna manera ajustarse a la realidad peruana, que se caracteriza no precisamente por un desarrollo avanzado de sus mecanismos de SEGURIDAD SOCIAL.

Las experiencias que han demostrado la aplicación de fondos indemnizatorios para cubrir los daños derivados de lo que ha venido a denominarse “**accidentes**”

para todo tipo de fuente de proveniencia, por tanto inclusive los daños derivados de la actividad médica, como Nueva Zelandia, los países nórdicos, siendo el más representativo entre ellos, Suecia, enseñan que se trata de una opción de solidaridad y de seguridad social muy avanzada, donde ha sido necesario destinar por parte del estado y de todos los ciudadanos importantes recursos, exigen una administración burocrática de primer nivel profesional para garantizar la correcta y eficiente gestión de los fondos. Los fondos provienen del tesoro público y son centralizados a nivel nacional, no hay diferencias en la administración de dichos fondos, pues existe una entidad específicamente destinada a la administración de este sistema de cobertura de todas las indemnizaciones, con una fiscalización específica. En fin, se trata de un sistema altamente evolucionado, y altamente costoso para el Estado y los ciudadanos, que ha tenido problemas de aplicación, pero el alto nivel económico de estas sociedades ha permitido hacer frente a las crisis y desperfectos del propio sistema de seguridad para finalmente beneficiar a todos los ciudadanos que puedan ser víctimas de estos daños.

Ante ello, nos surgen las siguientes interrogantes que consideramos imprescindible absolver antes de implementar una medida tan compleja como la que propone el gobierno peruano frente a la indemnización de daños a los pacientes:

¿Sería el modelo de seguridad social nórdico o neozelandés factible de ser trasplantado en el Perú?

¿Tenemos las condiciones o la cultura de una adecuada seguridad social que funciona sin problemas en el Perú?

¿Se habrá entendido que los fondos de indemnización automática como en el sistema sueco o el sistema francés se aplican sólo a los eventos adversos que no constituyen negligencia médica, porque en este último caso, resulta adecuado dejar al sistema de la responsabilidad civil que se ocupe de determinar en el respectivo proceso judicial quién es responsable del daño causado al paciente?

La experiencia del seguro médico obligatorio de responsabilidad civil en Estados Unidos.

La experiencia estadounidense no constituye un modelo de sistema de salud, en especial para los sistemas latinoamericanos. Menos aún lo será para el Perú. El sistema estadounidense parte de una vasta base de servicios de salud privada, que coherentemente con todo el sistema económico opera desde hace muchos años y satisface las necesidades de los usuarios, los mismos que se encuentran en la capacidad de hacer frente al elevado costo del servicio de salud. Existe en los Estados Unidos un sistema generalizado de seguros privados de salud. Y en ese contexto, donde además destaca el elevado estándar de calidad en los servicios de salud, se ha generalizado también la contratación del “seguro médico de responsabilidad civil”.

De esa manera el mercado de servicios de salud en Estados Unidos es muy

vasto, altamente calificado así como muy costoso para los pacientes. Pero la economía del ciudadano promedio le permite acceder a cualquier servicio de salud, salvo los problemas que va generando precisamente lo que se ha venido a conocer como la “medicina defensiva”.

La llamada medicina defensiva, como lo revela la extensa literatura médica en diversos artículos de las revistas médicas norteamericanas, surge como un mecanismo de protección de los médicos frente a las cuantiosas y excesivas demandas de responsabilidad civil por negligencia médica que ha generado precisamente el “seguro de responsabilidad civil” en los Estados Unidos. Significa, como lo refiere el propio Dr. César Umezaki (gineco-obstetra peruano con 40 años de ejercicio de la medicina en Estados Unidos y Profesor de cirugía en la Universidad USC), que los médicos “piden más exámenes antes de cualquier intervención para poder cubrirse ante todas las eventualidades. Los pacientes gastarán más dinero. Además el seguro puede crear un antagonismo entre el galeno y el paciente” (Véase: entrevista al Dr. César Umezaki, en: Perú 21, jueves 18 de febrero, 2010). Refiere también el Dr. Umezaki: “En Estados Unidos, donde realizo la práctica privada, es un gran problema. Todos intentan sacar provecho. El sistema en Estados Unidos permite que cualquiera pueda acusar al médico sin costarle un centavo. Yo pago 100 mil dólares al año por seguro; pero al final son mis pacientes los que pagan porque me veo obligado a subir

las tarifas. Creo que sería un error crear ese llamado 'SOAT médico' en el Perú”.

Las declaraciones de la entrevista son reveladoras de cómo funciona el seguro médico de responsabilidad civil en la experiencia estadounidense. Ante ello, surge la interrogante:

¿Tenemos en el Perú al menos las condiciones mínimas necesarias para el adecuado desempeño de los servicios de salud (infraestructura, controles de calidad, recursos, instrumental, medicinas, etc. a nivel nacional)? Sobre todo teniendo en consideración que **los eventos adversos** se producen naturalmente aún en las mejores condiciones de la práctica médica, lo demuestran las estadísticas a nivel mundial, porque “el álea terapéutica” es precisamente una noción ínsita en la práctica de la medicina. Y los eventos adversos no se reducen al concepto de la “negligencia médica”. Por tanto, la responsabilidad civil, y consiguientemente, un seguro de responsabilidad civil, sólo alcanza a cubrir indemnizaciones por concepto de “negligencia médica” más no por todos aquellos eventos adversos que no llegan a tener dicha categoría.

6.4 Mecanismos de prevención

En lo que refiere a daños y perjuicios a los pacientes, la prevención es la mejor herramienta para evitarlos o disminuirlos y promover una atención óptima del usuario de los servicios de salud.

Los mecanismos de prevención deben ser abordados integralmente por lo

que deberán verse desde el enfoque de calidad de la formación y las prácticas médicas por un lado, y la calidad de la atención en los establecimientos de salud por otro.

6.4.1 Mecanismos de prevención relacionados con la formación y la práctica médica

En lo que se refiere a la formación y las prácticas médicas las relaciones críticas que hay que trabajar se esquematizan de la siguiente manera:

Por lo tanto, se recomienda el fortalecimiento, desarrollo, e implementación de los siguientes procesos que contribuyen eficazmente a mejorar la formación y las prácticas médicas con el consecuente mejoramiento continuo de la calidad del acto médico y la atención en los establecimientos de salud.

6.4.1.1 Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina y de Escuelas o Facultades de las otras profesiones de la salud

La Ley 27154 institucionalizó, en 1999, la acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina y define a la acreditación como “el acto por el cual el Estado certifica periódicamente que la formación que imparten las facultades o escuelas de medicina cumplen con estándares mínimos de calidad o idoneidad”. A la fecha, la Ley 28740 que crea el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa - SINEACE, y ella a través del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la

Calidad de la Educación Universitaria- CONEAU, es la encargada de evaluar a las 31 Facultades o Escuelas de Medicina actuales.

6.4.1.2 Recertificación médica y de otros profesionales de la salud

Está claramente demostrado en la experiencia internacional que a través de los sistemas de recertificación se benefician:

- a) La población en general, pues el sistema de recertificación le permite a los ciudadanos escoger a aquellos que de acuerdo con las asociaciones a las que pertenecen, son los mejor calificados.
- b) Los empleadores, pues la recertificación le permite seleccionar a los mejores elementos para su empresa.
- c) Los profesionales mismos, pues la certificación le permite asegurarse de que posee los conocimientos y habilidades que lo facultan para brindar una mejor atención a sus pacientes.
- d) Las instituciones de enseñanza y los estudiantes, pues les permite garantizar que los conocimientos que de ellos adquieren son actualizados.
- e) El Colegio y las Asociaciones, pues la recertificación le brinda un parámetro para establecer un estándar mínimo para sus afiliados.

La recertificación médica se inició hace algunos años a cargo del Colegio Médico del Perú (CMP), en la actualidad se encuentra a cargo del Consejo de

Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria- CONEAU.

Los objetivos de la recertificación son mantener la calidad de los profesionales acorde con los nuevos enfoques en todos los campos de la salud, fortalecer los hábitos de estudio y auto evaluación permanente y fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas dentro del marco ético de la salud.

6.4.2 Mecanismos de prevención relacionados con las prácticas médicas

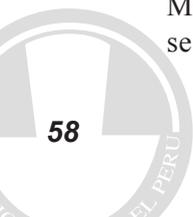
Los mecanismos de prevención relacionados con los establecimientos de salud comprenden la acreditación de establecimientos y la auditoría médica.

6.4.2.1 Acreditación de Establecimientos de Salud Públicos y No Públicos

La acreditación es un proceso formal por medio del cual se valora y reconoce que un establecimiento de salud cumple con los estándares publicados, aplicables y preestablecidos. La decisión de una evaluación local y periódica debe ser realizada por un equipo competente, y se debe llevar a cabo cada tres años.

Este procedimiento debe incluir una evaluación de estructura, procesos y resultados, y ser realizada por instituciones certificadoras nacionales o internacionales que garanticen transparencia, ética y manejo técnico del proceso, con miras a un desarrollo armónico de todo el sistema de salud.

6.4.2.2 Creación de un Sistema Nacional de Auditoría Médica



La auditoría médica se define como “el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones”.

Los objetivos de la auditoría médica son los siguientes:

- Evaluar calidad de atención médica
- Actualizar el conocimiento y la información
- Actualizar y reeditar las normas y protocolos
- Analizar y evaluar la función y ejercicio de la medicina
- Preservar derechos de los pacientes
- Estudiar y analizar quejas y denuncias
- Estudiar de oficio situaciones anormales

Dar a conocer conclusiones y recomendaciones

- Contribuir a mayor eficiencia
- Evaluar el grado de coordinación entre servicios
- Evaluar mecanismos de transferencia
- Velar por debida reserva de historias clínicas
- Determinar pertinencia de tratamientos

6.5 Creación del Programa Nacional de Prevención y Atención de Eventos Adversos en los Establecimientos de Salud

Asumiendo que, la regulación del acceso a la reparación económica por daño proveniente de negligencia, impericia o imprudencia está contenida en los sistemas de control social administrativos (INDECOPI), civiles (indemnización por daño) y penales (sanción de los delitos)

la propuesta del Colegio Médico del Perú tiene por objeto la implementación de procedimientos que permitan la disminución de los eventos adversos y su atención, asegurando que permitan la continuidad de su atención y el acceso a una ayuda social para atender el daño emergente.

El Programa Nacional de Prevención y Atención de Eventos Adversos tiene dos componentes preventivos y de acción:

Acciones preventivas de eventos adversos

En la propuesta del CMP, componente importante es el de la prevención de los eventos adversos mediante el tratamiento adecuado de la relación médico paciente. Igualmente, para prevenir los eventos adversos, además se debe continuar trabajando intensamente para lograr la calidad educativa en la formación de nuestros profesionales, mediante la formulación de adecuados estándares en los procesos, educación médica continua e implementación de procedimientos de evaluación y reconocimiento de logros en la prevención de eventos adversos.

Recogiendo los criterios del artículo 48° de la Ley 2842, Ley General de Salud, es la responsabilidad institucional, el aspecto fundamental de la prevención.

El componente preventivo de eventos adversos implica:

- Abordar los siguientes factores: acreditación de establecimientos, relación médico paciente, contenido y forma del consentimiento informado, registros en la historia clínica de la

información, riesgos del procedimiento consentido, programas y medidas de bioseguridad y protección en traslado.

- Trabajar permanentemente en mejorar la competencia profesional del personal, la estandarización de los procesos, el establecimiento de mecanismos de incentivos y reconocimientos de logros y definición de responsabilidad en la prevención de riesgos.

Las Oficinas de Calidad o sus equivalentes en los establecimientos públicos y privados de salud, bajo responsabilidad de su titular, deberán implementar programas preventivos de eventos adversos, que incluyan:

- Infraestructura, equipamiento e insumos adecuados al nivel de categorización de los establecimientos de salud.
- Desarrollo de proceso de trabajo estandarizados, que satisfagan a los pacientes y aseguren mecanismos de seguimiento y evaluación correspondiente.
- Disposición de medicamentos suficientes y suministros para acreditación del control de calidad requerido.
- Mantenimiento de los equipos, asegurando su permanente operatividad, evitando el riesgo de daño a los pacientes.
- Selección, capacitación, perfeccionamiento y actualización profesional y técnica al personal asistencial, en los conocimientos médicos vigentes, que permitan garantizar su competencia

profesional, congruente con las necesidades del paciente.

- Priorizar las medidas de seguridad y bioseguridad para el paciente, teniendo en cuenta los riesgos a que está sujeto durante la atención de su salud en consultorio externo, hospitalización o emergencia, con el propósito de evitar los eventos adversos.

6.5.2 Acciones de atención de eventos adversos

Con una clara y evidente diferencia respecto al contenido del proyecto de ley de Creación del Fondo de Riesgo, el Colegio Médico del Perú propone procedimientos rápidos y eficaces para atender el evento adverso y decidir sin demora, la continuidad de la atención en el establecimiento de origen o en el que sea adecuado para la atención de la patología médica y la concesión de la ayuda social que permita afrontar las necesidades inmediatas provenientes del daño emergente por el evento adverso.

El componente atención de eventos adversos, implica:

- La atención inmediata del daño emergente, sin mayor trámite que su diagnóstico y su registro en la historia clínica.
- La continuidad de la atención hasta el alta del paciente.
- El otorgamiento de ayuda social con la finalidad de cubrir las necesidades básicas inmediatas del paciente.

El CMP propone que la determinación del evento adverso en agravio del paciente,



se sujete al siguiente procedimiento básico:

- Queja del paciente o su representante debidamente acreditado, presentada al titular del establecimiento, ofreciendo los indicios razonables del evento adverso y al autor o autores del mismo.
- El Director o quien haga sus veces, de la Oficina Calidad de la Atención emitirá un informe de Evaluación, el mismo que deberá precisar: (i) Si está materialmente acreditada la existencia de evento adverso lesivo al paciente, (ii) La responsabilidad institucional. Todos los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar quedan obligados a colaborar con la indagación del caso.
- En los casos de que el Informe de Evaluación verifique el evento adverso, el establecimiento procederá a garantizar la continuidad de la atención en el mismo establecimiento o en uno compatible con la especialidad médica requerida por el paciente, y, otorgará además, una ayuda social razonable y proporcional al grado de lesividad causado por el evento adverso.
- En caso de pacientes protegidos por sistema de seguridad social en prestaciones de salud o prestaciones económicas o prestaciones provisionales previstas en la ley, la ayuda social estará orientada hacia el financiamiento de coberturas de atención no previstas en el seguro de salud.
- En el caso de pacientes de extrema pobreza, el Seguro Integral de Salud, asume el financiamiento de la continuidad de la atención hasta el alta del

paciente y la ayuda social tendrá por finalidad cubrir las necesidades básicas inmediatas del paciente.

Por lo tanto la Oficina de Calidad en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, tendrá competencia para pronunciarse con el solo sustento del contenido de la historia clínica y las evidencias que puedan ser aportadas por el paciente, constituyen a juicio del CMP, un procedimiento ágil, oportuno e idóneo, la creación de una Defensoría del Paciente o el funcionamiento de una Comisión Técnica, no son adecuados a la inmediatez con que debe atenderse el evento adverso.

Para los efectos de investigación por la Oficina de Calidad de la atención queda levantada la reserva de la Historia Clínica, prevista en el artículo 25° de la ley 26842 Ley General de Salud. Igualmente, queda levantada la reserva, cuando el Colegio Médico del Perú asuma el control ético deontológico del caso.

Las decisiones de garantizar la continuidad de la atención médico quirúrgica del paciente y el otorgamiento de ayuda social razonable y proporcional al grado de lesividad del evento adverso, no tienen naturaleza indemnizatoria, pudiendo el paciente, simultáneamente con la queja o posterior a ella, acudir a la tutela jurisdiccional conforme a ley.

La propuesta del CMP hace un distingo respecto a los beneficiarios de la ayuda social, atendiendo a que, el sujeto del evento adverso (paciente) puede no ser trabajador protegido por la

seguridad social pública o privada, pobre y extremadamente pobre. En el caso de los pacientes asegurados, creemos que, la atención de la continuidad de la percepción de sus remuneraciones a través de los subsidios (cien por ciento de la remuneración) y de las pensiones por invalidez o incapacidad temporal o permanente.

Para el CMP, la población más vulnerable es aquella ubicada en los sectores C, D y E, es decir pobres y en extrema pobreza y hacia ellos es que deberá dirigirse la ayuda social.

- La responsabilidad institucional contenida en el artículo 48° de la Ley 26842, Ley General de Salud, implica que el financiamiento de la ayuda social y el costo de asegurar la continuidad de la atención del paciente, corresponde ser atendidos en establecimientos del sector público nacional, con recursos ordinarios del tesoro público y en los establecimientos privados, con los recursos de la empresa de salud responsable del establecimiento.

Adicionalmente, siendo responsabilidad primaria del Estado garantizar el cuidado de la vida y la salud de la persona, de su familia y de la sociedad, en razón de que ambos constituyen derechos humanos fundamentales, compete a la autoridad de Salud Nacional:

- Aprobar los protocolos clínicos y procedimientos quirúrgicos para la atención de la salud, para su aplicación a nivel nacional, asegurando su estandarización en los procesos.

- Priorizar la inversión social en salud, de forma tal que los establecimientos de salud públicos accedan a una acreditación de complejidad y calidad de atención compatibles con la exigencias de calidad, seguridad y dignidad del paciente.
- Ejercer la fiscalización adecuada y oportuna de las condiciones de infraestructura, equipo, insumos y recursos humanos adecuados en los establecimientos de salud.

7. Mecanismos de resarcimiento

7.1 Establecimiento de procedimientos eficaces y rápidos de resarcimiento

En vista que la indemnización de daños y perjuicios en el caso de responsabilidad civil médica está claramente establecida en la legislación peruana, lo que corresponde es implementar mecanismos que actúen eficaz y rápidamente en beneficio del paciente, por lo que se propone el siguiente procedimiento.

Comité de Riesgo: Este comité debe establecer en cada institución prestadora de la atención que origina el reclamo del paciente y evaluará la procedencia de éste, determinando la obligación a su inmediata reparación, cuando la responsabilidad recaiga en el establecimiento o el profesional prestador del servicio o ambos. Deberá también recibir y solucionar las quejas de los usuarios por la falta de respeto a alguno de sus derechos.

Posteriormente, si el paciente considera que además de la reparación recibida necesita un resarcimiento o indemniza-



ción, tendría que optar por alguna de las siguientes alternativas excluyentes: el Tribunal Arbitral o el Poder Judicial.

Tribunal Arbitral: Instancia que en forma ágil deliberaría la procedencia o no del reclamo determinando, dado el caso, el tipo y monto del resarcimiento

a que hubiera lugar terminando de esta forma el proceso.

Poder Judicial: Institución en la cual tanto el paciente como el supuesto responsable discutirán la procedencia o no del reclamo y la adopción de las penalidades a que hubiera lugar.

Dr. Amador Vargas Guerra

Dr. Maximiliano Cárdenas Díaz

Dr. Juan Villena Vizcarra

Abg. Olenka Woolcott Oyague

Abg. Raúl Canelo Rabanal



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe



Academia Nacional de Medicina-Comité de Ética y Deontología Médica, 2010

Mala práctica médica: Propuesta de definición

AN. Dr. Alberto Perales, AN. Dr. Pedro Albújar, AN. Dr. Patrick Wagner, AA. Dr. José Luis Heraud, AA. Dr. Saúl Peña, AA Dr. Luis Fernán-Zegarra, AA Dr. Alfonso Zavaleta-Martínez

El desempeño profesional del médico se fundamenta en la ética profesional y en el saber científico. Tal conducta, apoyada en procedimientos optimizados por aplicación repetida, re-investigada y re-analizada infinitas veces por su comunidad científica, se configura y re-configura en permanente proceso, en su *lex artis*.

Desde esta perspectiva, el problema de la **mala práctica** afecta centralmente su quehacer, y lo expone, no sólo a las exigencias máximas de los códigos morales y legales sino a justos reclamos de la sociedad.

Ante hechos de esta índole que dañan a seres humanos, una institución señera como la Academia Nacional de Medicina (ANM), está obligada a contribuir a su justo y prudente manejo.

Con esta finalidad, su Comité de Ética y Deontología Médica propone al Colegio Médico del Perú una nueva definición de

mala práctica médica la cual, además de aportar una visión más holística del problema, conduce a un manejo más integral del mismo obligando al previo análisis de las variables en juego para prevenir su recurrencia.

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

El error médico es frecuente y, lamentablemente, inevitable. Pretender que no ocurra es olvidar la condición humana del médico, siempre expuesto, en virtud de diversos factores, a la falibilidad de sus acciones. Las estadísticas señalan que en EE.UU, mueren entre 44 000 y 98 000 personas cada año por su causa, cifra mayor de decesos que las causadas por las enfermedades más prevalentes de nuestra época¹. Las pérdidas económicas directas e indirectas que de ello se derivan, son muy altas e influyen negativamente en la dinámica de la llamada “medicina defensiva” que eleva enormemente los costos de su sistema de atención de salud. Y proba-

blemente sean aún mayores, de sumarse los ingresos y años de vida productivos perdidos de las víctimas. Sólo en dicho país, se estiman 40 000 millones de dólares de gastos anuales por su causa; el 42,5% de los cuales obedece a errores prevenibles². Por otro lado, Phillips et al (2004) informan que en el Sistema de Atención Primaria de Salud los casos de **mala práctica** son más frecuentes a nivel de consulta externa que de hospitalización, aunque en estos últimos son de mayor gravedad³.

En lo que respecta a nuestro país, remitimos a los excelentes trabajos presentados por el Decano del Colegio Médico del Perú, Dr. Ciro Maguiña⁴, y el Presidente de la Academia Peruana de Cirugía, Dr. Daniel Enrique Haro⁵ en el reciente Simposio que sobre el tema realizara la Academia Nacional de Medicina, el pasado 19 de Agosto de 2010.

CONCEPTO DE ERROR MÉDICO Y MALA PRÁCTICA.

Ana Ricaurte postula que:

“El error médico, es una equivocación en la que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción. Puede estar referido al diagnóstico (error diagnóstico), al medicamento indicado (error terapéutico o iatrogenia), o al (error de procedimiento). Ejemplos de errores médicos pueden ser, diagnósticos equivocados y subsecuentes terapias, falla en equipos y tecnología, infección

después de una cirugía o mala interpretación de órdenes médicas por parte del personal auxiliar. Las causas son variadas..... La mala práctica, se presenta cuando existe una falla profesional debida a negligencia, impericia, imprudencia y/o falta a la norma que tiene como consecuencia daño del paciente o pérdida de su vida; involucra una serie de factores de tipo legal, económico y administrativo, pudiendo ésta ser causal de un proceso legal”⁶.

Por su lado, Iraola L y Gutiérrez Zaldívar H, reiteran que:

“Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de un accionar profesional realizado con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable”⁷.

Desde tal óptica, y ya en el campo legal, conviene saber que para fundamentar una demanda judicial por mala práctica la queja debe basarse en cuatro elementos probatorios⁸:

1. Un deber de atención ha sido comprometido: la obligación legal existe cuando un hospital o un médico asume el cuidado o tratamiento de un paciente.

2. Tal obligación fue incumplida: el profesional no cumplió con el estándar aceptado de atención médica para el problema de salud motivo del servicio. Tal estándar se prueba por testimonio de expertos o por demostración de errores obvios cometidos (la doctrina de la *res ipsa loquitur* o las cosas hablan por sí mismas).
3. El incumplimiento causa una lesión (el incumplimiento del deber fue la causa próxima de la lesión).
4. Daños: Sin daños (que pueden ser económicos o emocionales), no existe base para la demanda, independientemente de si el profesional fue negligente.

Albújar, en un sesudo artículo, destaca que:

“La potencialidad de hacer daño es inherente a la práctica de la medicina y que, de hecho, cada acción médica tiene un efecto bueno y otro malo los cuales se regulan éticamente por el ‘principio del doble efecto’. Según este principio es lícito realizar una acción de la que siguen tales consecuencias, aunque el resultado final debe ser proporcionado, es decir, el bien obtenido, superar al mal accidental acumulado”. Clasifica la iatrogenia en dos tipos: positiva y negativa; y en esta última (la acción médica ha producido un daño que no tenía porqué ocurrir y es éticamente inadmisibile) incluye

a la mala práctica, a la cual define como: “el daño ocasionado por el médico debido a ignorancia, impericia o negligencia”⁹. A su vez, Wagner, releva como “una de las supremas disposiciones éticas del profesional de la medicina: la prudencia o phrónesis, considerada como inteligencia serena, aquella que no se apresura, que pesa bien los pros y los contras de cualquier acción, que no es explosiva, que sabe profundizar, que analiza los diversos elementos, que se toma el tiempo necesario y que, finalmente, adopta una decisión que habrá de ser, en la inmensa mayoría de casos, la correcta. Lo contrario de phrónesis es phrénesis, imprudencia; la actitud phrenética, aquella que prescinde de la serenidad, que no profundiza ni analiza adecuadamente una determinada situación, que suele ‘explotar’, movida por las circunstancias, y que, la mayor parte de las veces, adopta una decisión equivocada....la mala práctica es siempre imprudente”¹⁰.

ANÁLISIS DEL ERROR HUMANO

De acuerdo a Reason,

“El error humano puede ser analizado desde dos perspectivas: personal y sistémica. Cada una de éstas plantea un modelo sobre su causalidad y da origen a muy diferentes filosofías para su manejo. Comprender estas



diferencias conlleva importantes implicancias prácticas para afrontar el riesgo de accidentes, siempre presente en la práctica clínica. El modelo personal focaliza en los errores de los individuos, acusándolos por sus olvidos, inatenciones o debilidades morales. El modelo sistémico se concentra en las condiciones bajo las cuales los individuos trabajan; y trata de construir defensas para prevenir o disminuir los efectos de errores y accidentes. Las organizaciones altamente confiables, con tasas menores de accidentes al promedio esperado, reconocen que la variabilidad humana es un potencial a utilizar para prevenir errores y trabajan intensamente sobre ella, aunque constantemente preocupados por la posibilidad de fracaso”¹¹.

EL MODELO PERSONAL

Corresponde a una cultura tradicional de juzgamiento moral y a un sistema educativo fundamentalmente orientado a detectar defectos e inhabilidades individuales a fin de ser corregidos. Desde este punto de vista, el error se interpreta como debido a fallas del trabajador, sea por razones de inatención, desobediencia o incumplimiento de los procedimientos para llevar a cabo la tarea; o, peor aún, por características personales negativas, tales como falta de responsabilidad laboral o moral. Identificado el culpable, el uso de este enfoque conduce al castigo personal o a la exclusión del individuo del sistema por incapacidad punible.

EL MODELO SISTÉMICO

Plantea que en el campo laboral, el hombre es sólo un elemento del sistema organizacional que ofrece el servicio, en nuestro caso, la atención de salud. Considera, como premisa básica, que todos los seres humanos son falibles y sus errores constituyen realidad a esperar, aún desempeñándose en las mejores circunstancias. En este afronte, los errores se comprenden como consecuencias, más que como causas, cuyo origen no radica en la irresponsabilidad o inmoralidad del trabajador sino en la cadena causal de deficiencias sistémicas. Cuando un accidente ocurre, la asunción fundamental no se orienta a buscar “al culpable” sino a preguntarse ¿por qué fallaron las defensas del sistema? En el campo de la aviación –en el cual la vida de las personas también depende de las manos de un profesional entrenado- Reason señala que alrededor del 90% de los accidentes ocurridos no se debieron a culpa personal¹¹.

Como lógica consecuencia, y asumiendo que la naturaleza humana no puede cambiarse pero el sistema si puede modificarse, el manejo del error se orienta al reforzamiento de las defensas del sistema o creación de nuevas para reducir las probabilidades de su ocurrencia. Comparativamente, el modelo personal es más fácil de utilizar y, además, satisface el inconsciente deseo colectivo de buscar “*en quien descargar la frustración e indignación producidos por el error cometido*”, deseo que suele ser aún mayor en los administradores y autoridades de la organización donde ha ocurrido, que se sienten comprometidos con el desacierto. Condenar al culpable

y “castigarlo ejemplarmente” excluye de responsabilidad a la institución y ofrece ventajas legales a sus directivos ante la opinión pública.

Reason ha graficado su planteamiento en lo que denomina “**el queso suizo**” que, con propósitos didácticos, nos hemos permitido ampliar (Ver Figs. 1, 2 y 3). En el esquema del queso suizo, sus típicos agujeros, de distinta dimensión y ubicación, representan las fallas estructurales del sistema. Por la concurrencia de factores externos diversos, tales “agujeros” pueden alinearse en un “eje de error” el cual, una vez formado, aumentará la vulnerabilidad del sistema incrementando la probabilidad de ser activado por un operador (la falla personal del trabajador) que desencadenará el accidente (en nuestro caso, el daño por error médico o por mala práctica).

Desde esta perspectiva, la quiebra de las defensas del sistema se genera por causa de dos factores concurrentes, aunque con diferentes porcentajes en cada caso: *a) Por fallas activas* (errores cometidos por los trabajadores) y, *b) Por condiciones latentes*, que aumentan la vulnerabilidad del sistema (agujeros permanentes, Ver Figs. 1, 2 y 3) producto de decisiones y normas organizacionales inadecuadas implantadas por los ejecutivos y administradores. Ejemplos de aquellas pueden ser: aumento de carga laboral, reducción de tiempo por tarea, turnos inadecuados, deficiencias de infraestructura, de equipos, faltas de supervisión y actualización profesional, reducción de personal y otros que favorecen la fatiga del médico. Estas *condiciones latentes* son activadas por el error o falla del profesional produciéndose la mala práctica y su consecuencia, el daño.

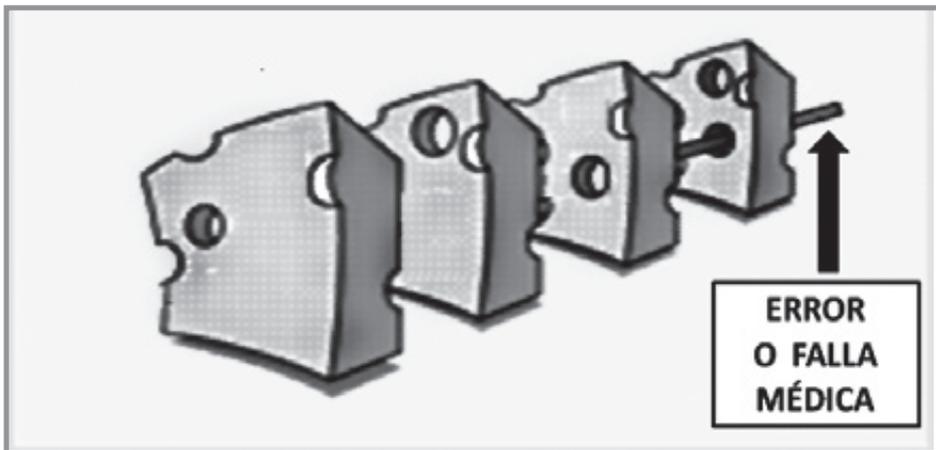


Fig. 1. Mala práctica y modelo del “Queso Suizo”

(J. Reason, BMJ, 2000, 320: 768 - 770) (ligeramente modificado)

El sistema no puede ser penetrado por la solidez de sus defensas.

A pesar de las fallas humanas el daño no se produce.

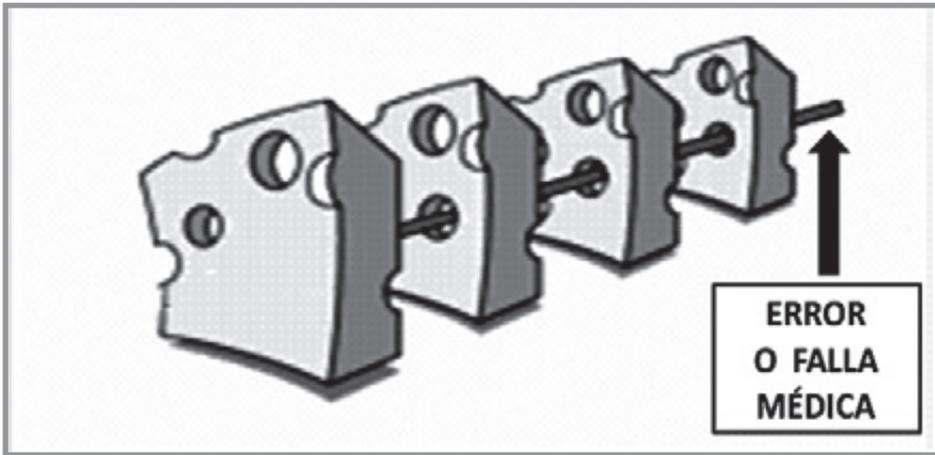


Fig. 2. Mala práctica y modelo del “Queso Suizo”

(J. Reason, BMJ, 2000, 320: 768 - 770) (ligeramente modificado)

El sistema, a pesar de sus deficiencias, no es penetrado porque los factores causales no concurren. El daño no se produce.

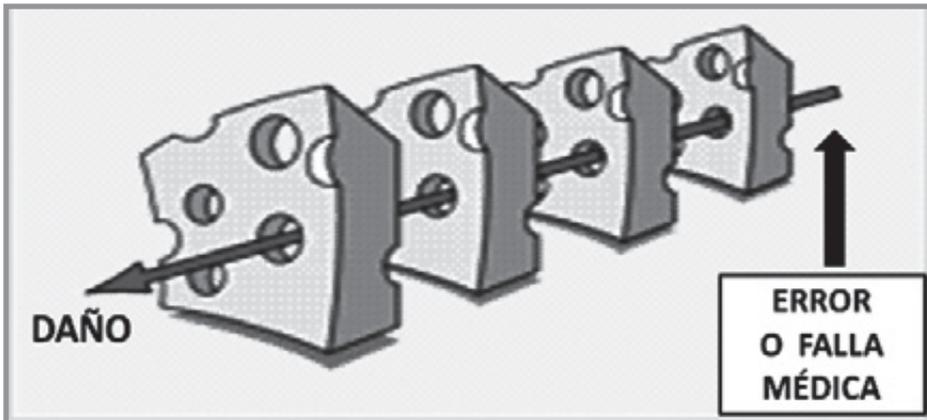


Fig. 3. Mala práctica y Modelo del “Queso Suizo”

(J. Reason, BMJ, 2000, 320: 768 - 770) (ligeramente modificado)

El sistema es penetrado por una secuencia concurrente de factores.
El daño se produce.

Comprender la dinámica causal resulta fundamental, pues, mientras las fallas activas en sus formas específicas son difíciles de prever, las condiciones latentes pueden ser identificadas y

remediadas preventivamente. Por ello, Reason señala con acierto que:

“Los que se adhieren al modelo sistémico luchan por lograr un programa administrativo

comprehensivo orientado a tres blancos simultáneos: el trabajador (el profesional), la tarea con su escenario de trabajo, y la institución como un todo”¹¹.

MODELO DEL “QUESO SUIZO” (R modificado, 2000). Ver Figs, 1, 2 y 3

¿Qué lecciones debemos aprender de organizaciones que, a pesar de trabajar en alto riesgo, tienen pocos accidentes?

Nos referimos, por ejemplo, a las compañías de aviación, empresas que manejan material nuclear y tantas otras.

El control efectivo del riesgo de error depende, crucialmente, de establecer una cultura de información preventiva¹¹. Informar sobre una deficiencia en el servicio no significa acusar al jefe o al compañero sino señalar una falla del sistema que a todos conviene corregir para prevenir accidentes, pues, de mantenerse las condiciones latentes que facilitan el error, cualquiera de los miembros del equipo aumentará su riesgo personal de contribuir a cometerlo activándola. Sin el análisis sensato de los hechos y de la identificación de la cadena causal se perderá la oportunidad de corregir el sistema y permitirá que los accidentes (los errores médicos y las malas prácticas) ocurran.

Confianza y solidaridad son los elementos clave para formar una cultura organizacional de información preventiva – diferente a la distorsionada por “*el rumor y el chisme*”- que lejos de ayudar a la toma de decisiones, desinforma y

destruye a la institución. La cultura de la información preventiva lleva a una cultura de justicia y, de la mano, a una de seguridad organizacional.

En instituciones que se preocupan por crearla, el personal trabaja solidariamente y con metas colectivas. La solidaridad es de sobrevivencia, con plena conciencia de que el accidente que ocurra a uno de ellos afectará a todos. Las órdenes de los jefes y ejecutivos no se interpretan como afán de beneficio de la clase directiva sino colectivo. De este modo, todos colaboran y mantienen constante la preocupación grupal sobre el control de los errores que, tarde o temprano, habrán de ocurrir, manteniéndose atentos a identificar el inicio del error para interrumpirlo. En tal esfuerzo, ayudar al compañero deviene fundamental, inspirado en la filosofía: “*ayudar al otro es ayudarse a sí mismo*”. El adiestramiento es continuo y permanente, buscando soluciones sistémicas en vez de puntuales.

Lamentablemente, en nuestro país, tal solidaridad laboral está muy afectada en las instituciones de salud; en éstas, la cultura es más bien de desconfianza, aunque muchas veces justificada por la injerencia disruptiva de variables políticas, no exentas de corrupción, en los objetivos institucionales.

Se desprende de lo expuesto la importancia de definir bien el problema.

¿Qué es definir?

El término **definición** viene del latín *definitio* que significa delimitar; esto es, precisar los fines o límites de un ente con respecto a los demás. Según

Aristóteles, la definición tiene que ver con la sustancia de un objeto para poder distinguirla de otra sustancia. Ese es su propósito fundamental. Sin embargo, en ningún caso, se pretende delimitar por definición la cosa misma sino su concepto; se entiende así por qué *definición* tiene la misma raíz que *definitivo* (absolutamente delimitado).

Según Ferrater Mora,

“Definir no es lo mismo que discernir. Discernimos, en efecto, si un objeto A es verdaderamente A; definimos, en cambio, en qué consiste el ser A de A, es decir su esencia o quiddidad”.

Toda definición se basa en dos pares de conceptos:

- a. La materia y la forma.
- b. La potencia y el acto (poikeia y entelequium)

Respecto al primer par, se acepta que la *forma* es la esencia de una cosa. La *forma*, informa a la materia. El cambio de materia no añade nada. La hipóstasis, constituye la materia y la forma, es la realidad verdadera, objetiva.

El otro par de conceptos se refiere a la *potencia*, posibilidad de ser, y *acto*, realidad de ser. La materia está en la potencia y la forma está en el acto. La actividad es la transformación de una a la otra. La semilla es una forma potencial. La planta es un acto. La actividad es la transformación de la semilla en planta.

Finalmente, toda definición tiene tres características esenciales:

1º) **Claridad.** Señalar lo sustancial de la materia y forma.

2º) **Concisión.** Establecer el concepto viene de *concipere*: lo que abraza, total o íntegramente, es decir, lograr el concepto. Concisión no se refiere primariamente a brevedad sino a conceptual. Pero, además, la definición, si es concisa y conceptual, no puede ser tautológica; es decir, lo definido no debe ser incluido en la definición. No se puede decir: “*Sabio es el hombre que sabe*”. Tampoco debe ser redundante, no puede expresar lo mismo más de una vez. Por ej. *Hombre es el ser racional que hace uso de su razón*. Y lo definido deberá estar totalmente incluido en lo que se define. Es falso decir que “*animal es el ser que siente*”, porque hay otros seres que sienten.

3º) **Precisión,** delimitante, estableciendo la finitud o la diferencia con otros objetos semejantes. Lo genérico, más la diferencia específica (especie) nos dará la definición. Es falso decir “*El hombre es el ser mortal*” porque todos los seres vivos son mortales. Pero es válido decir: “*El hombre es el ser que es persona*” (porque sólo el hombre puede ser persona).

En síntesis, si lo sustancial del concepto de la cosa es lo que debe ser delimitado por una definición, luego de revisar la literatura sobre el tema, el Comité de Ética y Deontología de la ANM consideró que la actual definición de mala práctica resulta incompleta y por ello traba la solución integral del problema.

El Comité se propuso estudiar su aspecto conceptual, pues, la investigación científica enseña que la delimitación y planteamiento adecuado del problema es premisa indispensable para su correcta solución.

ENCUESTA REALIZADA POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA ANM

Utilizando metodología cualitativa, se plantearon tres preguntas a 50 médicos de Arequipa, Ica, Lima y Trujillo, seleccionados por criterios de heterogeneidad. De ellos, respondieron 47.

Las preguntas fueron, 1) ¿Cómo define la mala práctica médica?, 2) ¿A qué se debe?, 3) ¿Qué debe hacerse?

Los datos fueron recogidos en los meses de abril y mayo de 2010 y analizados grupalmente por todos los miembros del Comité para contrarrestar sesgos individuales de interpretación.

RESULTADOS. Se resumen sucintamente.

Primera pregunta, sobre definición. El concepto clave fue que se trata de una *“Falla profesional del médico, que causa daño al paciente, pequeño o grande, temporal o permanente, y, a veces, la muerte”*.

Segunda pregunta, sobre causalidad. El concepto clave fue que obedecía a dos causas:

- a) Una inadecuada conducta profesional debida a imprudencia, impericia o negligencia.
- b) Fallas del sistema de salud que facilitan o favorecen lo anterior

Tercera pregunta sobre lo que debe hacerse. En concordancia con lo anterior las sugerencias fundamentales se orientaron a:

- Reforzar la formación médica, profesional y ética.
- Reforzar la vigilancia, el cuidado y la supervisión institucional

Resulta pues, evidente, que el concepto de mala práctica incluye dos variables, la dependiente del factor humano y la correspondiente al entorno laboral donde se desempeña el profesional, su sistema institucional. Dicho en otros términos, sin proponérselo, los participantes utilizaron el enfoque sistémico para elaborar sus respuestas a las preguntas planteadas.

Utilizando esta perspectiva, el Comité de Ética y Deontología de la ANM postula la siguiente definición, por considerarla más integradora de la realidad de los hechos:

DEFINICIÓN DE MALA PRÁCTICA MÉDICA QUE PROPONE EL COMITÉ DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

“Práctica inadecuada, no diligente del acto médico, que produce variable grado de daño, transitorio o definitivo, en una o más personas. Depende de dos variables:

- a) *Acción u omisión vinculadas a negligencia, impericia y/o imprudencia del médico,*



b) Fallas en la organización del sistema institucional de atención de salud donde tal hecho se produce”

Creemos que incluir las dos variables causales en la definición, obligará a quien juzgue el acto de mala práctica -sean autoridades de salud, pares, opinión pública u otros- a evaluar ambos factores y no creer que con sólo “castigar al culpable” el problema se resuelve. Asimismo, por lógica deducción de responsabilidad compartida (profesional-sistema de salud), surge la necesidad del enfoque preventivo para evitar la ocurrencia de nuevos casos en perjuicio de la sociedad y de la profesión. Cada caso que ocurra obligará a mejorar las defensas del sistema –(disminuyendo el número o tamaño de los agujeros del “queso suizo”)- corrigiendo las fallas institucionales para prevenir su ocurrencia.

Referencias Bibliográficas

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds). *To Err Is Human. Building a Safer Health System* Institute of Medicine. National Academy of Sciences. 2000. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=1.
2. Diana Furchtgott-Roth. *The High Cost of Medical Malpractice* (http://www.realclearmarkets.com/articles/2009/08/06/the_high_cost_of_medical_malpractice_97346.html).
3. (Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA . “Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States”. *Qual Saf Health Care*, 2004, 13 (2): 121–6. doi:10.1136/qshc.2003.008029. PMID 15069219. PMC 1743812. <http://qhc.bmjournals.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=15069219.;lay-summary>).
4. Maguiña C. *Mala práctica: Opinión del Colegio Médico del Perú. Simposio sobre Mala práctica Médica. Academia Nacional de Medicina, Lima, 2010. (Documento prepublicación).*
5. Haro E. *Mala práctica: Opinión de la Academia Peruana de Cirugía. Simposio sobre Mala práctica Médica. Academia Nacional de Medicina, Lima, 2010. (Documento prepublicación).*
6. Ricaurte Villota A I. *Del error a la mala práctica médica, análisis de una casuística en Santiago de Cali 2006-2008. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia forense: 18-22 (<http://www.scribd.com/doc/31182442/Responsabilidad-Médica>).*
7. Iraola L y Gutiérrez Zaldívar H, (http://www.ama-med.org.ar/peritos_articulos1.asp?id=102).
8. “The Four Elements of Medical Malpractice”. Yale New Haven Medical Center: *Issues in Risk Management*. 1997. http://info.med.yale.edu/caim/risk/malpractice/malpractice_2.html).
9. Albújar P. *Iatrogenia. Rev Diagnóstico* 2004; 43 (5): 229-232.
10. Wagner P. *Iatrogenia. Editorial. Rev Diagnóstico* 2004, 43 (5).
11. Reason J. *Human error: models and management. BMJ* 2000;320:768-770.



CONSEJO NACIONAL COMITÉ EJECUTIVO

DIRECTIVA 2010 – 2011

Decano

Dr. Ciro Peregrino Maguiña Vargas

Vicedecana

Dra. Carmen Constanza Fajardo Ugaz

Secretario del Interior

Dr. Juan Octavio Villena Vizcarra

Secretario del Exterior

Dra. Cecilia María Bedoya Velasco

Tesorero

Dr. Pablo Bernardino Céspedes Cruz

Vocales

Dr. Alfonso Ricardo Mendoza Fernández

Dr. Dante Añaños Castilla

Dra. María del Rosario Jiménez Alva

Dr. Jorge Luís Escobar Chuquiray

Dra. Virginia Garaycochea Cannon

Dr. Antonio Percy Gamarra Benavente

Accesitarios

DECANOS DE LOS CONSEJOS REGIONALES

Dr. Juan Namoc Medina	CR I	Trujillo
Dr. Javier Vásquez Vásquez	CR II	Iquitos
Dr. Vladimír Alberto Gayoso Villafior	CR III	Lima
Dr. Fernando Adrián Mendoza Canales	CR IV	Huancayo
Dr. Fernando Farfán Delgado	CR V	Arequipa
Dr. Ernesto Roberto Cazorla Cornejo	CR VI	Cusco
Dr. Eugenio Eduardo Pozo Briceño	CR VII	Piura
Dr. Juan José Cruz Venegas	CR VIII	Chiclayo
Dr. Fernando Carranza Quispe	CR IX	Ica
Dr. Héctor Lizardo Rodríguez Cuadros	CR X	Huánuco
Dr. Jorge Eduardo Mezarina Valverde	CR XI	Huaraz
Dr. Renán Neira Zegarra	CR XII	Tacna
Dr. Raúl Figueroa Tenorio	CR XIII	Pucallpa
Dr. Víctor Villar Gonzáles	CR XIV	Puno
Dr. Felipe Santiago Vela Orihuela	CR XV	San Martín
Dr. Juan Rondinelli Zaga	CR XVI	Ayacucho
Dr. Diómedes Malca Hernández	CR XVII	Cajamarca
Dr. Juan Godoy Junchaya	CR XVIII	Callao
Dr. Oscar Urdaniga Loayza	CR XIX	Chimbote
Dr. Yosell Rafael Galindo Simuin	CR XX	Pasco
Dr. Julio Fajardo Espinoza	CR XXI	Moquegua
Dr. Edwin Carlos Urquiza Contreras	CR XXII	Apurímac
Dra. Edith Solís Castro	CR XXIII	Tumbes
Dr. Oscar Justo Miguel Tapia Salinas	CR XXIV	Huancavelica
Dr. Carlos Milton Chuquizuta Ramos	CR XXV	Amazonas
Dr. Enrique Sánchez Villasante	CR XXVI	Madre de Dios
Dr. Wilder Alberto - Díaz Correa	CR XXVII	Lima Provincias

Colegio Médico del Perú

Malecón Armendáriz 791, Miraflores, Lima 18, Perú

Teléfono 213 1400 Anexo: 2601

www.cmp.org.pe

ISBN: 978-612-45410-0-1



9 786124 541001