



Procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico en el Perú: experiencia de los últimos 25 años*

Ethical-disciplinary demands derived from the medical act in Peru: experience of the last 25 years

Maximiliano Cárdenas¹, Cecilia Sogi¹

¹ Universidad nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Correspondencia

Maximiliano Cárdenas
maxcdiaz@gmail.com

Recibido: 02/08/2018

Arbitrado por pares

Aprobado: 05/12/2018

Citar como: Cárdenas M, Sogi C. Procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico en el Perú: experiencia de los últimos 25 años. *Acta Med Peru.* 2018;35(4):204-10

RESUMEN

Objetivo. Describir la frecuencia y características de los procesos ético-disciplinarios derivados de actos médicos resueltos por el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, así como las características de los médicos implicados. **Material y métodos.** Se analizaron las resoluciones emitidas por el Consejo Nacional del Colegio en procesos ético-disciplinarios instaurados por denuncias de pacientes en el periodo 1991-2015. **Resultados.** Los procesos ético-disciplinarios instaurados por denuncias de pacientes aumentaron 4,3 veces entre 1991-2000 y 2006-2015; la mayoría (87%) provino de Lima y Callao. La tasa de incidencia de médicos involucrados en los procesos éticos fluctuó entre 1,5/1000-3,36/1000 en el periodo de estudio. La demanda más frecuente fue por mala atención (55%) seguida de certificado médico irregular (12%), delitos (11%) y no obtener consentimiento informado (9%). Fue sancionada casi la mitad de los 448 médicos implicados (49%) y en este grupo ser varón, médico general y ejercer fuera de Lima y Callao se asoció significativamente ($p < 0,05$) con severidad de la falta ética. **Conclusión.** Hubo crecimiento exponencial en procesos ético-disciplinarios derivados de actos médicos en el periodo de estudio y el motivo más frecuente fue la mala atención.

Palabras clave: Ética médica; Procedimientos medicolegales; Colegio Médico del Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency and characteristics of demands resulting from medical acts in the Peruvian College of Physicians, and also the characteristics of physicians involved in such claims. **Material and methods:** All ethics- and discipline- decrees issued by the National Council of the Peruvian College of Physicians between 1991 and 2015 as a response to patients' demands were analyzed. **Results:** Ethics and discipline- related claims increased 4.3 times between 1991-2000 and 2006-2015; most of these cases (87%) were from Lima and Callao. The incidence rate of physicians involved in these ethical procedures ranged from 1.05/1000-3.36/1000 over the study period. The most frequent reason for ethical/discipline procedures was because of poor medical care (55%), irregularly issued medical certificates (12%), crime (11%) obtaining an and informed consent before certain procedures (9%). Ethical responsibility was found in 49% of 448 physicians, and certain characteristics, such as being male, general practitioner and working outside Lima and Callao were significantly associated ($p < 0.05$) with severe ethical faults. **Conclusion:** There has been an exponential growth in ethics- and discipline- related claims derived from medical acts during the study period. The most frequent complaint was poor medical care.

Keywords: Ethics, medical; Medicolegal aspects; Colegio Médico del Peru (source: MeSH NLM).

* Este artículo se basa, en parte, en la tesis doctoral del primer autor: Procesos ético-disciplinarios y judiciales derivados del acto médico en Perú.

INTRODUCCIÓN

En el Perú, los pacientes o sus representantes pueden efectuar denuncias o demandas contra aquellos médicos a los que consideren responsables de algún tipo de daño o afectación a sus derechos en el curso de una atención médica. El Colegio Médico del Perú (CMP), ente receptor de la denuncia, luego de verificar su procedencia da inicio a un proceso ético-disciplinario; el Ministerio Público y el Poder Judicial pueden dar lugar a procesos judiciales, civiles o penales; el Instituto de Defensa del Consumidor y de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) y/o la Superintendencia de Salud (SUSALUD) pueden, de ser el caso, promover un proceso administrativo sancionador; además, se pueden presentar quejas o denuncias ante los propios establecimientos de salud. Estas vías no son excluyentes entre sí.

En el país, los procesos ético-disciplinarios a cargo del CMP han sido poco estudiados pese a que podrían dar información que permita identificar puntos críticos en el trabajo de los profesionales y de las instituciones de salud, con el fin de formular estrategias de prevención de eventos adversos y conflictos derivados de actos médicos. Esta escasa información promueve la percepción de la existencia de un espíritu de cuerpo que resultaría, por lo general, en la absolución de los médicos denunciados.

El informe *To err is human*^[1] del año 2000, realizado por Instituto de Medicina de Estados Unidos, puso en evidencia la magnitud e impacto en la salud y la vida de los pacientes de los eventos adversos prevenibles que ocurren durante el acto médico. En respuesta, se generó el movimiento por la seguridad del paciente promovido por la Organización Mundial de la Salud, que constituyó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente^[2], organización dedicada a estimular y apoyar en cada país el desarrollo de estrategias integrales orientadas a prevenir los eventos adversos y el error médico; uno de los componentes claves es el mejorar el desempeño del factor humano en la gestión del riesgo en salud.

En relación con el factor humano, diversos estudios^[3-9] resaltan que las quejas y denuncias (éticas o legales) contra médicos y otros profesionales de la salud no son pocas y se asocian a diversos factores (estructurales y de proceso), indicativos de problemas en la atención de salud; por lo que la comprensión de su dinámica y características permitiría mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Se ha señalado que las denuncias de los pacientes no solo afectan la imagen del profesional sino también su salud, al producirle estrés que puede llegar a ser severo, interfiriendo con su ejercicio profesional y su vida personal y familiar^[10,11].

El control de la actividad profesional médica se ha justificado desde tiempos remotos con la finalidad de preservar a las personas de las consecuencias dañosas de un ejercicio médico incompetente o descuidado^[13]. En la Grecia del siglo V a. c. se inauguró otra forma de regulación: normas que establecían reglas de conducta que se sostenían en el poder moral del compromiso asumido en un juramento de honor, sometido al juicio de

pares. Surgió así la vertiente normativa autorreguladora que se ha mantenido hasta hoy^[14-16]. En el núcleo de la deontología hipocrática se consigna el deber de no hacer daño como paradigma de la ética médica; la frase, contenida en el libro del corpus hipocrático *Epidemias*, “ayudar o por lo menos no hacer daño” mantiene su vigencia hasta la actualidad.

En 1803, Thomas Percival publicó *Ética Médica*, libro considerado fundacional de la ética asistencial de los médicos ingleses y americanos y de gran influencia en las concepciones éticas de los médicos en occidente^[14]. La obra buscaba que: “la conducta oficial y las relaciones mutuas entre facultativos, pueda ser regulada por precisos y reconocidos principios de urbanidad y rectitud”^[17].

En el panorama internacional se vislumbran dos modalidades de control ético-deontológico del ejercicio médico; aquella en la que las normas a cumplir están descritas en leyes y su vigilancia está a cargo de instancias estatales (Reino Unido, Estados Unidos y Colombia), o la otra modalidad, en la que la elaboración del código de ética y deontología así como la atribución para procesar y sancionar a médicos infractores son delegados a organizaciones autónomas, como los colegios profesionales (España, Brasil y Perú).

En el Perú, el control del ejercicio médico estuvo sucesivamente a cargo de diversas instituciones. El Tribunal del Protomedicato ejerció tal función durante la época colonial hasta el año 1848, en que se creó la Junta Directiva de Medicina, luego la responsabilidad fue entregada a la Facultad de Medicina de San Fernando en 1856. El 1923 se creó la Junta de Vigilancia de la profesión médica y de la obstetricia, que era dependiente del Ministerio de Fomento y Obras Públicas a través de la Dirección de Salubridad; la misma fue sustituida en 1931 por una Comisión designada por la misma Dirección y constituida por representantes de San Fernando, la Academia Nacional de Medicina, el gremio médico, la Escuela de Farmacia y Bioquímica, la Escuela de Farmacia, el gremio de farmacéuticos, el Instituto de Odontología, el gremio de odontólogos y la Asociación de Obstetrices. Desde entonces, el control y la vigilancia ha dependido del gobierno central, a través del Ministerio de Salud (Minsa)^[18].

Hasta mediados del siglo XX, el control del ejercicio médico consistía esencialmente en el registro de los títulos; la regulación era laxa. Paz Soldán, célebre médico peruano, citado por Barsallo, describía que la desatención política a la labor médica hizo que el ejercicio se desarrollara sin gobierno alguno, lo que condicionaba a que cualquier norma nueva no surtiera efecto pues los médicos no aceptaban atenciones reguladoras a su actividad: “(...) soy libre de ejercer mi profesión como la entiendo”^[19].

En el país, la aspiración corporativa de tener una institución que custodie la majestad de la orden médica y los valores éticos de la profesión apareció tardíamente. Desde 1947, la Federación Médica Peruana, institución de afiliación voluntaria, fue fundada para velar por las condiciones de trabajo y defender los derechos laborales de sus afiliados, y contaba con la adhesión mayoritaria de médicos a nivel nacional. Abogó ante el gobierno por la creación de un colegio nacional; finalmente, la fundación del

Colegio Médico del Perú (CMP) se cristalizó en 1969 mediante la Ley N° 15173 (modificada luego por el Decreto ley N° 17239).

En el artículo quinto se establece que uno de los fines del CMP consiste en “velar por que el ejercicio de la profesión médica se cumpla de acuerdo con las normas deontológicas contenidas en el Código de ética profesional que el Colegio dicte”. Es decir, mediante esta norma el Estado delega al CMP la dación de un código deontológico de cumplimiento obligatorio. Al respecto, el artículo 11 de la misma ley señala que el CMP puede realizar las indagaciones del caso e incluso expulsar al infractor por un periodo no mayor de un año y en no más de dos años si se trata de una reincidencia; además indica que este periodo puede ser mayor cuando se trate de una sentencia judicial – que será el mismo dado por la condena-.

El Código de ética y deontología del CMP entró en vigor en 1970. Tuvo revisiones en los años 1997, 2000 y 2007. Los preceptos relacionados con el deber de no hacer daño han ido ganando en precisión y énfasis en cada nueva versión.

En la versión de 1970, la sección discutía acerca de la relación médico-paciente indicaba que toda aplicación técnica debe estar subordinada al más elevado sentido ético, el trato al paciente debe ser leal, con decoro, sagaz y cortés, y que el tiempo dedicado a la atención debe ser el justo para realizar una evaluación adecuada; asimismo, que la prescripción médica no debe exponer al paciente a riesgos injustificados y que se debe pedir su consentimiento escrito cuando se prescriban tratamientos especiales o se realicen pruebas riesgosas o intervenciones que podrían afectarlo físicamente ^[20].

La versión de 1997 dio mayores precisiones. Enfatizó que brindar una atención descuidada, superficial o incompleta era antiético y precisó el tiempo adecuado para la evaluación. Señaló que “el acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso de la confianza o ignorancia del paciente” es una falta ética grave; sobre el consentimiento escrito, recaló el deber de informar sobre ello al paciente y/o familiares, así como el derecho a revocar el consentimiento ^[21].

La versión del año 2000 contenía varias innovaciones. La primera sección incorpora explícitamente a los principios de beneficencia y no maleficencia; la cuarta -De la atención del paciente- incluye una relación pormenorizada de derechos del paciente que el médico debe respetar, contiene fórmulas mucho más concretas para normar la atención diligente y amplía la obligación de informar y obtener el consentimiento del paciente “antes de cualquier procedimiento y tratamiento”, lo cual se refuerza con lo escrito en otro artículo: “toda intervención o procedimiento médico debe ser realizada con el consentimiento informado del paciente”. Asimismo, reitera que la atención no debe ser descuidada, superficial o incompleta ^[22].

La cuarta versión (2007) mantiene la orientación de las anteriores respecto a la calidad de la atención al paciente. En relación al consentimiento informado escrito precisa que debe ser pedido antes de cualquier procedimiento, diagnóstico o terapéutico, que

implique riesgos mayores que el mínimo; también que debe incluir información respecto a en qué consiste dicho procedimiento, las “alternativas posibles, el tiempo de duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo” ^[23].

Esta versión incluye un aspecto de la relación médico-paciente no abordado previamente al señalar que “el médico debe estar alerta de la intensidad afectiva que se genera en la atención del paciente debiendo proteger a su paciente y a si mismo del riesgo de ingresar en una relación sentimental y/o sexual con él o ella”.

Con respecto a la conceptualización del deber de no hacer daño, el Comité de Ética y Deontología Médica de la Academia Nacional de Medicina propuso al CMP una nueva definición de mala práctica médica que permite el análisis del conjunto de variables involucradas: “Práctica inadecuada, no diligente del acto médico, que produce variable grado de daño, transitoria o definitiva, 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” ^[24].

Señalan que esta definición, al incluir las dos variables causales de la mala práctica médica, obligará a quien juzgue actos médicos - autoridades sanitarias, pares, opinión pública u otros- a evaluar ambos factores y no creer que el castigo al culpable resuelve el problema. Asimismo, la inclusión de la responsabilidad compartida (profesional - sistema de salud) promueve la necesidad de adoptar un enfoque preventivo para evitar la ocurrencia de nuevos casos.

Desde la vigencia del Código, pocos fueron los estudios sobre el tema; uno de ellos halló que las denuncias se triplicaron en el decenio 2001-2010 con respecto al decenio 1991-2000 y que la mayoría de ellas se relacionaba con problemas derivados de la atención de los pacientes ^[12]. El presente estudio busca profundizar sobre esos hallazgos con el fin de conocer mejor los conflictos que surgen del acto médico y obtener información que contribuya al diseño e implementación de políticas y estrategias en el ámbito de los servicios de salud y la educación médica, orientadas a prevenir conflictos y mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se planteó un estudio observacional y retrospectivo basado en la revisión de las resoluciones finales del CMP motivadas por la denuncia a médicos colegiados por parte de pacientes o sus representantes, correspondiente al periodo 1991-2015.

Se incluyeron todas las resoluciones definitivas del Consejo Nacional de CMP emitidas entre los años 1991 y 2015. Se excluyeron aquellas que no tenían datos completos o relativos a los procesos.

Se obtuvo autorización del Consejo Nacional del CMP para acceder a las resoluciones finalizadas de los procesos ético-

disciplinarios correspondientes al periodo 1991-2015. Con esta información se construyó dos bases de datos: la primera que correspondió a las resoluciones con las faltas al código de ética y la segunda a los datos de los médicos implicados en las denuncias.

Tanto en el Código de ética del año 2000 [22] como en el Reglamento del 2004 se indican las posibles sanciones a aplicar de acuerdo a la severidad de la falta: nota de extrañeza, amonestación privada, multa, amonestación pública y suspensión del ejercicio profesional hasta por un máximo de dos años.

La misma versión del Código contempla dos niveles de severidad: faltas extremadamente graves y graves. Los autores creamos una categoría adicional de faltas no graves; para ello, se estableció la confiabilidad inter-evaluador. El nivel de severidad de la falta fue para fines de análisis bivariado (graves vs leves) donde las variables independientes fueron: sexo, especialidad, años de experiencia profesional y región donde ejerce el médico denunciado. Se solicitó al CMP el número de colegiatura asignada por cada año, desde 1970 hasta el 2010, para el cálculo de años de experiencia del médico tomando en cuenta su número de colegiatura.

La mala atención se definió como falta al deber de atención diligente, oportuna, amable, dedicando el tiempo suficiente, continuo, dentro de su especialidad y otros similares

Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el SPSS versión 15 para análisis de frecuencias y chi cuadrado.

Aspectos éticos

Toda información se obtuvo luego de obtener el permiso del Consejo Nacional del CMP. Los datos obtenidos se trabajaron con la debida confidencialidad; el manejo de estos recayó exclusivamente en el ámbito de responsabilidad del autor principal.

RESULTADOS

En el período de estudio 1991-2015 el Consejo emitió 358 resoluciones de procesos ético-disciplinarios resultantes del acto médico, se incluyeron 296 al estudio debido a que contenían los datos necesarios para el análisis. Las resoluciones incluyeron a 448 médicos.

Del total de médicos procesados, 385 fueron varones (85.9%); el promedio de años de experiencia profesional fue de 22,5; y la mayor proporción de procesados pertenecía al rango de 20 a 29 años de experiencia (40,4%). El 48% de los procesados ejercían especialidades quirúrgicas, 26% médicas y otro 26% eran médicos generales. Las especialidades quirúrgicas en orden de frecuencia fueron: ginecología y obstetricia (n=46), de cirugía general (n=39), urología y traumatología (cada uno n=23); y las médicas: psiquiatría (n=17) medicina interna, pediatría y anestesiología (cada una con n=14).

El número de procesos ético-disciplinarios resueltos por el CMP, por quinquenios, mostró una tendencia creciente continua, que se acentuó en el cuarto quinquenio (2006-2010) y descendió ligeramente en el quinto. Sin embargo, en el último periodo aumenta la ratio del número de médicos implicado en cada proceso ético-disciplinario (Tabla 1)

Tabla 1. Número de procesos ético-disciplinarios y médicos por quinquenio.

Quinquenio	Procesos (n=296)	Médicos incluidos (n=448)	Ratio médicos/proceso (ratio = 1,5)
1991-1995	22	28	1,3
1996-2000	24	30	1,3
2001-2005	41	50	1,2
2006-2010	123	175	1,4
2011-2015	86	165	1,9

La mayoría de los procesos se iniciaron con las denuncias presentadas en los Consejos Regionales III (Lima) y XVIII (Callao) (86,8%), lo restantes en otras regiones, siendo los más frecuentes en La Libertad y Arequipa.

La proporción de médicos involucrados en procesos ético-disciplinarios varió de 1,05 por cada 1000 procesos a 3,36 por cada 1000 a lo largo de lo incluido en el estudio, bajando ligeramente (2,51/1000) en el quinquenio 2011-2015. En la comparación por regiones, la tasa fue cuatro veces mayor en Lima y Callao que en el resto de las regiones (p < 0,001).

El motivo de denuncia más frecuente fue la mala atención (55,1%), seguida de la expedición irregular de certificados médicos (11,5%), delitos (10,5%), y atender sin consentimiento informado (9,1%). En el periodo de estudio, treinta y un médicos fueron procesados por tener sentencias del Poder Judicial: homicidio culposo (55,6%) y aborto (33,3%) (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de motivos de denuncia, periodo 1991-2015 (n=296).

Motivo de la denuncia	n (%)
Mala atención	163 (55,1)
Certificado irregular	34 (11,5)
Delito	31 (10,5)
Sin consentimiento informado	27 (9,1)
Atender sin tener la especialidad	23 (7,8)
Confidencialidad	9 (3,0)
Obtener ventajas	5 (1,7)
Riesgo injustificado	4 (1,4)

En la evolución de la frecuencia de los motivos de denuncia, la mala atención predominó en todos los quinquenios del periodo de estudio. Atender sin consentimiento informado creció considerablemente entre los quinquenios tercero y cuarto.

No se encontró responsabilidad ético-disciplinaria en el 51,3% de los 448 médicos procesados entre 1991-2015. En el grupo sancionado la severidad de la falta ética se asoció significativamente ($p < 0,05$) a ser varón, médico general y ejercer fuera de Lima y Callao.

DISCUSIÓN

El crecimiento considerable en el número de procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico, resueltos por el Consejo Nacional del CMP, expresaría la cada vez mayor conflictividad que afecta la relación médico-paciente y la insatisfacción de los usuarios respecto de la atención médica. También, entre otros factores, por la cantidad ascendente de nuevos médicos: la cantidad de escuelas de medicina paso de 24 en 1990 a 50 en el año 2015. Bazán *et al.*, señala que este aumento no solo se debió a la autonomía universitaria sino a la Ley de Promoción de la inversión en educación (DL N 882) promulgada en 1996, que precisa que toda persona natural o jurídica tiene el derecho de crear instituciones educativas superiores particulares, con o sin fines de lucro^[25]; nada asegura que algunas de ellas hayan iniciado la oferta de medicina sin cumplir con requisitos mínimos para proveer una adecuada educación técnico-científica y ético-humanista.

En relación con la formación ética, un estudio del 2013 encontró que su enseñanza en escuelas de medicina era heterogénea en cuanto a objetivos, contenidos y material de lectura; sin embargo, lo común era el poco espacio que se asigna a su enseñanza (solo alcanza del 1 al 2% del total de créditos académicos requeridos para la graduación), que se dictaba en el aula y no en el campo clínico, y que no enseñaba durante el internado^[26]. Otro estudio local incluyó a 159 internos de medicina de una universidad nacional de Lima y encontró la necesidad de formación en tres tópicos éticos: 1) veracidad en la información brindada al paciente y su familia, 2) el consentimiento informado y 3) la relación médico-paciente, relación con colegas y otros profesionales de la salud; asimismo, en temas específicos como limitación del esfuerzo terapéutico y ética en la evaluación de partes íntimas (examen rectal o vaginal)^[27].

El incremento en el número de denuncias a médicos no ocurre solo en el país. Unwin *et al.*, en un estudio desarrollado en el Reino Unido entre 2010 y el 2013, hallaron un incremento del 64% en el número de quejas contra médicos ante el *General Medical Council* y que el número de médicos cuya licencia para ejercer fue revocada o suspendida subió en 43%^[28]. En Sao Paulo, para el periodo 1994-2004, Boyacyan *et al.* señalaron un crecimiento de denuncias ante el Consejo Regional de Medicina del 130% y la media diaria de denuncias aumentó de 4,03 a 9,28^[4].

Nuestra tasa de incidencia de médicos involucrados en procesos ético-disciplinarios fluctuó entre 1,05/1 000 y 3,36/1 000; proporciones similares a lo estimado por Liu *et al.*, quienes realizaron un estudio en Canadá entre los años 2000 y 2013 y encontraron una incidencia de entre 0,3 y 2,8%. Coincidimos con los autores en que si bien la evidencia indica que la mala conducta médica ocurre marginalmente no debe soslayarse su investigación, con el fin de disminuir cualquier factor que potencialmente pusiera en peligro la seguridad del paciente y la calidad de la atención^[29].

La mayoría a de los procesos ético-disciplinarios correspondió a los consejos regionales de Lima y Callao (86,8%), hallazgo que se debería a que esta área geográfica tiene una gran concentración de médicos y una oferta de servicios de salud diversa y de complejidad. También se debe considerar que no fue sino hasta hace 10 años que todas las regiones del país contaron con sedes regionales, por lo que es de suponer que en la mayoría de las regiones la población no estaría suficientemente informada de la función disciplinaria y los procedimientos de denuncia.

En el año 2016, la Superintendencia Nacional de Salud en convenio con el Instituto Nacional de Estadística e Informática realizó la tercera Encuesta anual de satisfacción de usuarios (ENSUSALUD) a nivel nacional con el fin de valorar el desempeño del sistema de salud -consulta externa- de las entidades prestadoras de salud del Minsa, gobiernos regionales (GR), EsSalud, sanidades de las fuerzas armadas (FFAA) y policía (PNP) y del sector privado. Dicha encuesta encontró que el 26,1% de los usuarios no se declaraban satisfechos o referían estar insatisfechos con la atención recibida. Es probable que una fracción este porcentaje de usuarios sea la que acude al CMP para realizar las denuncias. La cifra por subsectores mostró los siguientes datos: 66,7% de usuarios satisfechos con el servicio recibido en el Minsa-GR, el 74,9% en Es Salud, el 80,9% en FFAA y PNP y el 89,7% en las clínicas privadas^[30].

En nuestro estudio, el principal motivo de la denuncia fue la percepción de haber sido mal atendido (55,1%). Este motivo se vincula al incumplimiento de lo indicado en el artículo 16 del Código de Ética y Deontología de 1970: es antiético dar una "atención descuida, superficial o incompleta" así como no brindar el tiempo necesario para realizar una exploración adecuada [20]; mandato que también está presente en el artículo 66 del código vigente (2007)^[23].

Respecto de la mala atención, a la pregunta de cuál era la mayor barrera para la práctica de la medicina en la actualidad, Lucien Leape, miembro del Comité de Calidad de la Atención en Salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos, respondió: "(...) la presión por la producción. El requisito para ver más pacientes en menos tiempo, debido a la idea errónea de que el valor de un médico se determina por el número de pacientes que él o ella ve"^[31].

La queja por la atención está referida no solo a asuntos relacionados con el buen trato que debemos al paciente o al tiempo que le dedicamos sino también a errores que son producto de una atención descuidada, superficial o incompleta en actos médicos diagnósticos o terapéuticos. Hurwitz y Sheikh sostienen que “Los errores, vistos previamente como un fenómeno residual y evento desafortunado (...) [son] hoy en día (...) parte integrante del ejercicio de la medicina” por lo que también deben ser tema de publicación en revistas científicas [32].

La encuesta ENSUSALUD [30] mostró que la mala atención, los tiempos de espera por atención y el tiempo de duración de la consulta eran los factores más vinculados a la insatisfacción con la atención en los establecimientos de salud

En nuestro estudio el manejo de documentos médico-legales como certificados e informes se muestra como una segunda problemática del ejercicio médico. Al parecer, la obligación de veracidad cedería frecuentemente ante las exigencias de vínculos amicales o la llana búsqueda de beneficios impropios, problema poco relevado, pese a su importancia y las graves consecuencias que ocasiona.

La ausencia de consentimiento informado aumentó a lo largo del tiempo evaluado en nuestro estudio y podría relacionarse con la importancia ético-legal que viene adquiriendo el tema. Revilla y Fuentes señalan que no todos los médicos están convencidos de que sea necesaria o pertinente la participación en la toma de decisiones; además, que el consentimiento informado no es concebido como un proceso y que debe ser aplicado cuando se requiera decisiones en la práctica médica [33]. Una encuesta local aplicada a 1 400 médicos en su mayoría recién egresados señala deficiencias en cuanto al conocimiento sobre el tema [34].

En el presente estudio no hubo responsabilidad en el 51,3% de los médicos denunciados y la sanción impuesta más frecuente fue la suspensión temporal de la autorización para ejercer; resultados que son similares a lo informado por el Consejo Regional de Medicina de Sao Paulo - Brasil, alrededor del 50% de las quejas que daban lugar a procesos merecieron algún tipo de sanción por violar uno o varios artículos del código de ética médica; sin embargo, en el Consejo de Bahía – Brasil se informó una menor frecuencia de sanción (23,9% de los 372 médicos procesados fue declarado culpable), el 31,4% fue absuelto por falta de pruebas y el 44% con inocencia probada [5].

En Australia y Nueva Zelanda, de 485 casos juzgados por tribunales médicos disciplinarios, el 43% fue removido del ejercicio profesional ya sea temporal (vía suspensión) o permanentemente (vía revocación de la licencia). En el 19% la única medida disciplinaria impuesta fue una sanción no restrictiva (amonestación, multa, etc.) que no interrumpe la habilidad del médico para continuar ejerciendo [7].

En los Estados Unidos, Rothman, señaló que las sociedades profesionales, con pocas excepciones, no habían disciplinado eficazmente a sus miembros, pese a que por ley podían sancionar con amonestación, suspensión y expulsión. Hubo comentarios que las quejas contra los miembros eran pocas y raramente resultaban en acciones disciplinarias [35].

En nuestro estudio, el 85,9% de los médicos procesados eran varones. Unwin et al., llevaron a cabo un metaanálisis que mostro que los médicos varones tenían una probabilidad dos veces y media mayor de ser involucrados en una acción médico legal que sus colegas femeninas; sin embargo, consideraban que se requería mayores estudios para establecer la causa de este vínculo [28].

La mayor proporción de médicos procesados (40,4%) tenía experiencia profesional de 20 a 29 años; siendo el promedio de 22,5 años. En el estudio de Elkin et al. la media de años de experiencia profesional fue $21,4 \pm 9,8$ años (rango entre 4 a 55 años) [7]. El estudio norteamericano de Jena et al. halló que a la edad de 65 años, el 75% de los médicos en especialidades de bajo riesgo y el 99% de las de alto riesgo había enfrentado una demanda. Estos datos contradicen la idea frecuente de que los médicos con poca experiencia profesional son más vulnerables a las denuncias [36].

En el estudio, el mayor número de médicos procesados (48%) ejercía especialidades quirúrgicas, siendo las más frecuentes: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Urología y Traumatología lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. El 26% ejercía especialidades médicas siendo las más frecuentes Psiquiatría, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología y otro 26% eran médicos generales.

Limitaciones del estudio. Nuestros datos constituyen una parte de la totalidad de denuncias atendidas por el CMP, sólo aquellas que han sido impugnadas a nivel de los Consejos Regionales y que merecieron finalmente una resolución del Consejo Nacional. Sin embargo, creemos que los hallazgos reflejan lo que viene ocurriendo respecto a las denuncias por faltas éticas de médicos colegiados en el país.

Agradecimientos:

A los directivos del Colegio Médico del Perú por las facilidades que brindaron para la obtención de los datos usados en este estudio, así como su publicación; al doctor Ebert Poquioma, Linda Cubas Gonzales, Carlos Del Valle Jáuregui, Gabriela Espino Álvarez por su valiosa colaboración en la redacción y/o revisión de este manuscrito.

Financiamiento: La investigación fue financiada por los autores

Declaración de conflictos de interés: Los autores no tienen conflicto de interés que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- World Health Organization. *World Alliance for Patient Safety* [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en>
- Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, Fox PJ. Characteristics Associated With Physician Discipline A Case-Control Study. *Arch Intern Med*. 2004;164(6):653-8.
- Boyaciyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetricia no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(3):126.
- Bitencourt A, Neves N, Serra Neves F, Souza Brasil I, Costa dos L. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):223-8.
- Amorocho NH, Guzmán N. Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica en el departamento del Valle del Cauca. *Tribuna Ética Médica*. 2008;3(1):11-9.
- Elkin KJ, Spittal MJ, Elkin DJ, Studdert DM. Doctors disciplined for professional misconduct in Australia and New Zealand 2000-2009. *Med J Aust*. 2011;194(9):452-6.
- Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of health care complaints in Australia. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(7):532-40.
- Mendoza A. Ética y medicina: la experiencia del Colegio Médico del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(4):670-75.
- Wienke A. Errors and pitfalls: Briefing and accusation of medical mal practice—the second victim. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2013;12:Doc10.
- Santomauro CH, Kalkman C, Dekker D. Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration. *Journal of Hospital Administration*. 2014;3(5):95-103.
- Sogi-Uematsu C, Cárdenas-Díaz M, Zavala-Sarrio S. Denuncias éticas de médicos colegiados en Perú, 1991-2010: frecuencia y naturaleza. *Acta Med Peru*. 2014;31(1):95-105.
- Bourne T, Wynants L, Peters M, Van Audenhove CH, Timmerman D, Van Calster B. The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006687.
- Simón P. *Consentimiento informado: Historia, teoría y práctica*. Madrid; Tricastela; 2000.
- Sánchez J. *La medicina griega en su época de oro*. Lima: Línea y Punto; 2003.
- Pérez R. *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Primera edición electrónica. Lima: Fondo de cultura económica; 2012.
- Percival T. *The Medical Ethics*. Prefacio. Manchester: Cambridge University Press; 1803.
- Bustíos C. *Historia de la Salud en el Perú. Periodo de la conquista y el virreinato. Volumen 2*. Lima: Academia Peruana de Salud; 2000.
- Barsallo J. *Historia del Colegio Médico del Perú*. 1999.
- Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima: Colegio Médico del Perú; 1970.
- Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima: Colegio Médico del Perú; 1997.
- Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima: Colegio Médico del Perú; 2000.
- Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007.
- Perales A, Albújar P, Wagner P, Heraud JL, Peña S, Zegarra LF, et al. Academia Nacional de Medicina-Comité de Ética y Deontología Médica, 2010. Mala práctica médica: Propuesta de definición. En: *El Acto Médico Cuadernos de Debate en Salud*. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011. p. 64-73.
- Bazán C, Garay J, Villena A, Zavala S, Peña S, Fernández, et al. 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. En: *El Acto Médico Cuadernos de Debate en Salud*. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011. p. 10-3.
- Cárdenas M, Sogi C. Enseñanza de la ética en las escuelas de medicina peruanas: un estudio de sílabos. *An Fac Med*. 2013;74(2):107-15.
- Zavala S, Sogi C. Evaluación de la formación ética de internos de medicina. *An Fac Med*. 2007;68(1):5-18.
- Unwin E, Woolf K, Waldlow C, Potts H, Dacre J. Sex differences in medico-legal actions against doctors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 2015;13:172.
- Liu Liu J, Alam A, Goldberg H, Matelski JJ, Bell CM. Characteristics of internal medicine physicians disciplined by professional colleges in Canada. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(26):e937.
- Ministerio de Salud, SuSalud. *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud Dirección nacional de censos y encuestas*. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
- Leape LL. 10 Questions: Lucian Leape MD [Internet]. New York, NY: MedPage Today; 2014 [citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.medpagetoday.com/publichealthpolicy/generalprofessionalissues/43757>
- Hurwitz B, Sheik A. Medical fallibility: Cultural recognition and representation. *J R Soc Med*. 2009;102(5): 181-5.
- Revilla Lazarte DE, Fuentes Delgado DJ. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. *Acta Med Peru*. 2007;24(3):223-8.
- Zavala S, Sogi C, Delgado A, Cárdenas M. Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. *An Fac Med*: 2010;71(2):103-10.
- Rothman DJ. Medical professionalism—focusing in the real issues. *New Engl J Med*. 2000;342(17):1284-6.
- Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician speciality. *N Engl J Med*: 2011;365:629-36.