

# SIMPOSIO ÉTICA CLÍNICA EN LA PRÁCTICA GINECOBSTÉTRICA

1. Editor Asociado de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ex Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Miembro del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú. Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Fellow del American College of Obstetricians and Gynecologists
2. Ex Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Miembro fundador del Instituto de Ética en Salud, UNMSM. Ex Presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional del CMP. Ex Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana
3. Médico Psiquiatra. Profesora de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Asesora del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú
4. Médico Cardiólogo. Ex Decano Consejo Regional III CMP. Ex presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica CRIII del CMP. Docente de Bioética Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú
5. Médico Intensivista Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Profesor Asociado UNMSM y Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Miembro del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica CRIII del CMP. Ex Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal, Lima, Perú

## Financiamiento: propio de los autores

**Conflicto de interés:** LTO y EAV son miembros del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú. AMF fue miembro fundador del Instituto de Ética en Salud de la UNMSM, y presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Nacional del CMP. ABZ fue presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del CRIII del CMP.

**Recibido:** 29 abril 2020

**Aceptado:** 4 mayo 2020

**Publicación online:** 8 junio 2020

## Correspondencia:

Dr. Luis Távora Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

**Citar como:** Távora Orozco L, Mendoza Fernández A, Rondón Rondón M, Benavides Zúñiga A, Aliaga Viera E. Simposio Ética clínica en la práctica ginecobstétrica. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(2): DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2250>

# Simposio Ética clínica en la práctica ginecobstétrica

## Symposium Clinical Ethics in the Practice of Gynecology and Obstetrics

Luis Távora Orozco<sup>1</sup>, Alfonso Mendoza Fernández<sup>2</sup>, Marta Rondón Rondón<sup>3</sup>,  
Alfredo Benavides Zúñiga<sup>4</sup>, Eleazar Aliaga Viera<sup>5</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2250>

## Introducción al Simposio

Luis Távora Orozco<sup>1</sup>

Este es el tercer simposio sobre ética que publica la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO) en los últimos 11 años, en la seguridad de la importancia que tiene esta disciplina en el quehacer del médico, en particular del ginecobstetra<sup>(1,2)</sup>. Asimismo, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), por la importancia que le asigna al tema, llevó adelante un certamen en el año 2009, conjuntamente con el Colegio Médico (CMP), en el cual se destacó diferentes temas de la ética frente a la salud sexual y reproductiva<sup>(3)</sup>. En el mismo año, fue parte de un Taller sobre Clarificación de Valores, en Trinidad, Bolivia<sup>(4)</sup>.

Si bien es cierto que el conocimiento científico y las destrezas son trascendentes en la formación del médico, también el componente ético tiene un rol central. Desde los tiempos inmemoriales de la medicina, se afirma que Hipócrates acuñó la idea de primero no hacer daño (*primum non nocere*), en la misma forma que reconoció al secreto profesional como una necesidad en la relación médico-paciente<sup>(5)</sup>. Esta forma de practicar la medicina paternalista se mantuvo durante siglos, hasta que a mediados del siglo XX empezaron a cambiar las ideologías.

Fue después de la segunda guerra mundial cuando el juicio de Nuremberg (1947) incorporó el derecho de las personas a su autonomía, a decidir acerca de los medios de diagnóstico, terapéuticos y experimentales<sup>(5)</sup>. Más tarde, la Asociación Médica Mundial elaboró la Declaración de Helsinki, en la que se reconoce el derecho de las personas a la atención médica calificada y la importancia de los Comités de Ética<sup>(6)</sup>.

Fue el médico patólogo Potter quien inició un giro en la doctrina ética a través de su publicación la Bioética la ciencia de la Sobrevivencia<sup>(7)</sup>. El Congreso de los Estados Unidos de América, frente a los presuntos abusos de la profesión médica con sus pacientes, creó un Comité especial que, en 1978, suscribió el Informe Belmont, en el que se reconoce tres Principios de la Bioética: autonomía, beneficencia y justicia<sup>(8)</sup>, a los que se agregó al año siguiente el principio de no maleficencia, en la publicación de Beauchamp y Childress<sup>(9)</sup>. Así es como se construye el Principialismo de la Bioética, en los EE UU, el cual no ha estado exento de críticas, por lo que se han venido agregando otros principios.

Conforme podemos apreciar, el marco ético del paternalismo médico cambió a un marco ético basado en el derecho de las personas, en donde tienen lugar los principios de la bioética. Dentro de ese mar-



co, la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo, reconoció los Derechos Sexuales y Reproductivos<sup>(10)</sup>, los mismos que fueron reiterados en Beijing, al año siguiente<sup>(11)</sup>.

En nuestro medio, la Ley General de Salud de 1997 reconoce el derecho de la persona a la autonomía, así como el secreto médico y la objeción de conciencia y algunos ítems de la salud sexual y reproductiva<sup>(12)</sup>. Del mismo modo, instituciones médicas y no médicas han desarrollado actividades en torno al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y concretamente en sus aspectos éticos.

Es en el marco de estos antecedentes que la SPOG, y específicamente el Comité Editorial de la RPGO, consecuente con los aspectos doctrinarios y teóricos de la ética médica ha considerado la edición del presente simposio, en el cual se desarrolla la reflexión en torno a casos de denuncias éticas contra algunos médicos.

Para ello se ha escogido al azar casos de expedientes éticos, con el conocimiento y anuencia verbal del presidente del Comité de Ética y del Decano del Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú (CMP). Se ha realizado un resumen de los mismos manteniendo el anonimato de sus protagonistas y de las instituciones en donde ocurrieron. Estos casos fueron entregados a cuatro médicos de prestigio, ajenos a la especialidad de ginecología y obstetricia, para evitar sesgos. El primero de los colegas desarrolló panorámicamente el tema de la ética médica y la responsabilidad de los comités de ética, y los tres colegas expertos comentaron desde su perspectiva cada uno de los casos, tomando como base el Código de Ética y Deontología del CMP<sup>(13)</sup>.

A nombre del Comité Editorial de la RPGO queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a nuestros invitados a este Simposio, y dejamos en sus manos la lectura de este documento que seguramente será de utilidad para vuestra práctica médica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara Orozco L. Symposium: Bioética el salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2009;55:228-9.
2. Távara Orozco L. Introducción al Simposio Bioética y atención de la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017;63(4):553-4.
3. Colegio Médico del Perú. Bioética y salud sexual y reproductiva. Relato final. Lima: CMP, marzo 2009.
4. FLASOG. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato Final del Taller Marco Bioético y Clarificación de Valores en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Trinidad, Bolivia: FLASOG, septiembre 2009
5. The Nuremberg Code 1947. En: Mitscherlich A, Mielke F. *Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes.* New York: Schuman, 1949.
6. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica.* 2000;6(2):320-34.
7. Potter VR. *Bioethics the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine.* New York, 1970.
8. HHS.gov. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Office for Human Research Protections. USA April 18, 1979. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica.* Barcelona: Masson, 1999.
10. UNFPA. *International Conference on Population and Development.* UNO: Population Fund, New York, USA 1995.
11. UNFPA. *International Conference on Women, Beijing.* UNO: Population Fund, New York, USA, 1995.
12. Ley General de Salud. Lima, Perú 1997.
13. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. *Código de ética y Deontología.* Lima, Perú: CMP 2007.



## La responsabilidad ética del médico

Alfonso Mendoza F.

### I. ÉTICA Y MORAL

La dimensión moral constituye un rasgo característico de los seres humanos<sup>(1)</sup>. La vida en comunidad, en verdad la vida misma, no sería posible si sus integrantes no se sometieran a ciertas reglas o normas que regulan sus interacciones. Tales reglas devienen de los usos, hábitos y costumbres propios de una colectividad en un tiempo determinado. Estas reglas son cambiantes y evolucionan al compás de las variaciones que las condiciones climáticas, por ejemplo, suceden en ese mismo lugar, como también por el cuestionamiento y crítica que de esas reglas surjan en el seno de la misma comunidad.

La ética es la ciencia de la acción moral. Ella se ocupa de las acciones humanas desde el punto de vista de su moralidad<sup>(2)</sup>, entendiendo esta como la voluntad de bondad que le otorga sentido a la praxis humana. En otros términos, la ética busca clarificar los criterios que hacen que una acción sea calificada como buena. Siendo su objeto de estudio la moral, la ética no dice lo que es bueno sino cómo es que una acción llega a considerarse como buena. Pero, más allá de estas diferencias, dado que etimológicamente ambas palabras (ethos, voz griega, y mores, voz latina) designan lo mismo; hay quienes aceptan que ambos términos se usen indistintamente<sup>(3)</sup>.

### II. ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA

La ética médica, como la de otras profesiones, es una ética aplicada. Así, en su Declaración de principios, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú<sup>(4)</sup> subraya que "la medicina se orienta al respeto a la vida y al logro de la más alta calidad de vida", y que su accionar "se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas". La misma declaración puntualiza que "la ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, lo correcto, lo ideal y la excelencia", y que las normas deontológicas elaboradas por la propia Orden, "establecen qué deben y qué no deben hacer los médicos" en sus relaciones entre sí y con aquellos que demandan sus servicios. Y agrega que "el cumplimiento de sus

orientaciones y preceptos garantiza un ejercicio profesional digno, autónomo e integral... en el marco del respeto a los derechos de los pacientes".

El desarrollo de las ciencias y de la tecnología, en general, ha ampliado el rol de la medicina y de los médicos, pero la aventura tecnológica del hombre no ha ido a la par con la reflexión ética, por lo que ha puesto en grave riesgo la sostenibilidad de la vida del ser humano y de otros seres vivientes. Ello dio lugar al surgimiento de la bioética que, desde que Potter introdujera el término, al decir de Martínez B. G., V.<sup>(5)</sup> "se constituyó en un espacio de reflexión social y multidisciplinario respecto del empleo del desarrollo científico y tecnológico en la naturaleza y en la vida de las personas", de modo tal que se establezcan cauces y criterios que canalicen el desarrollo tecnológico "protegiéndose la dignidad de las personas así como de todo aquello que la sociedad considere valioso en sí mismo".

En consonancia con estas ideas, el Colegio Médico del Perú introdujo, en su versión del año 2000, los principios de la bioética, los derechos de los pacientes, la responsabilidad social compartida del médico, la sociedad y el Estado, para garantizar el derecho a la salud de todas las personas, entre otros desarrollos, y promovió la capacitación en los principios y métodos de la bioética clínica, al mismo tiempo que organizó acciones orientadas al mejoramiento de la calidad y la seguridad en la atención del paciente y a la prevención de los eventos adversos.

### III. LOS COMITÉS DE ÉTICA

Dada la complejidad del acto médico y de la obligatoriedad -el deber- de considerar en la toma de decisiones los valores y derechos del paciente -cuya expresión más concreta es el consentimiento informado-, por un lado, y de que no infrecuentemente se enfrenta el clínico a situaciones en las que los valores en juego entran en conflicto, por otro lado, se impone la necesidad de recurrir a procedimientos que hagan posible la adopción de la solución más adecuada para cada caso.

Esta es la razón de ser de los Comités de Bioética, como los de ética asistencial o los de ética de investigación, entre otros.



Los comités de ética asistencial son equipos multidisciplinarios, integrados por médicos, enfermeros, trabajadores sociales y personas no especializadas de ambos sexos. Lo ideal es que al menos uno de sus miembros tenga formación en bioética. Estos comités no son organismos jurídicos. Su función es analizar, sopesar y evaluar los problemas morales planteados por los médicos a propósito de un caso, a fin de que, como fruto de la deliberación, se sugiera un curso de acción que preserve, hasta donde sea posible, el valor o los valores más importantes en juego. De este modo se busca fomentar la toma de decisiones más adecuadas, considerando que los hechos médicos implican siempre valores, y que ellos no pueden ser ignorados si se quiere una práctica signada por la excelencia y el respeto a la dignidad y los derechos de la persona humana. Precisemos que las resoluciones del comité no son vinculantes y que él no sustituye a un tribunal de justicia. Pero, como bien anota Gracia, D.<sup>(6)</sup>, si un comité de ética asistencial, “tras madura reflexión, ha tomado una decisión, es muy difícil que el juez –si llegara el caso– no la asuma como propia”.

#### IV. LA IMPORTANCIA DEL MÉTODO

Drane J.<sup>(7)</sup> señala -acertadamente- que la ética médica se ocupa de situaciones que entrañan cierta dificultad, por lo que se requiere de una estrategia y un método adecuado. El método aporta un marco para una deliberación desde diversos puntos de vista, dado que vivimos en una sociedad plural y las personas adhieren a distintos sistemas morales. Sin embargo, aclara, el método no garantiza la infalibilidad, a pesar de lo cual la labor de un comité tal vez evita se cometan errores graves.

En este punto seguiremos muy de cerca el pensamiento de Gracia, D.<sup>(8)</sup>, en su análisis de la deliberación, de raigambre aristotélica, que se halla en la entraña misma del método ontológico o principialista, el que nos servirá de ilustración sobre la importancia del método.

La deliberación, anota Gracia, “es el razonamiento previo a la toma de decisiones prácticas y tiene como objetivo conocer si algo concreto puede y debe hacerse”. La deliberación parte de los principios –la razón especulativa–, pero como tiene que hacer frente a situaciones particulares, hace uso de la razón práctica. Esta está signada por una consideración prudente de las cir-

cunstancias que configuran la situación que se afronta, situación signada por la incertidumbre. Es por este coeficiente de incertidumbre que los juicios prácticos carecen de certeza, y explica el porqué, aun mediando un razonamiento lógico riguroso, puede llegarse a conclusiones diferentes, y a veces opuestas, aun dentro de un mismo sistema moral.

Un ejemplo es el famoso caso 'Baby M', que se dio en los EE UU de Norteamérica, el año 1987. Una pareja tuvo una niña recurriendo a la inseminación heteróloga y a una madre sustituta, quien, al término de la gestación, se negó a entregar a la recién nacida. El caso llegó hasta el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey. No desarrollaremos el tema. Solo indicaremos que el Vaticano, a través de la Congregación de la Doctrina de la Fe se pronunció en el sentido de que debía respetarse el orden natural –creación divina–, y como este orden entraña la unión sexual directa de hombre y mujer sin interposición de medio artificial alguno, las técnicas de reproducción asistida debían ser consideradas desordenadas o malas. Esta postura es estimada válida aún para los casos de inseminación homóloga y para el uso de procedimientos anticonceptivos.

Un sacerdote jesuita, prosigue Gracia, Gafo J., en cambio, justifica ‘el desorden’ que la técnica introduce en las relaciones conyugales. Cito: “No se trata de una forma de procreación despersonalizada, sino del recurso a un procedimiento tecnológico enmarcado dentro de la comunidad de amor y de vida, propia de la pareja. El acto técnico de la inseminación debe ser visto a la luz del amor y la entrega de la pareja...”. Gafo, más allá del caso Baby M, que tiene muchos otros problemas morales, justifica, con sólidos argumentos de razón, el empleo de la técnica en situaciones como la descrita.

#### V. LA RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL MÉDICO

La profesión médica, a la que antaño se le otorgaba, por la responsabilidad inherente a sus fines, una cierta impunidad jurídica, ha devenido hoy una de las profesiones más reguladas por el Estado, regulación que se da a través de los códigos civil y penal, de las normas administrativas, de aquellas que cautelan los derechos del consumidor, y por las del Código de Ética y Deontología del propio Colegio Médico. Ante ellos debe el médico ‘dar cuenta’ de sus actos.



La doctrina de los derechos humanos y los principios de la bioética han determinado que hoy, en el ejercicio profesional, tengan que respetarse escrupulosamente los derechos del paciente y de todas las personas implicadas en la relación sistema de salud – usuario, y si esos derechos son lesionados, el profesional puede incluso ser sometido a los tribunales de justicia.

Las denuncias por presunta negligencia médica se han incrementado, generándose una actitud defensiva por parte de la profesión que no solo no ha mejorado la atención de salud, sino que, además, la ha encarecido. Por otro lado, como bien anota Gracia, D. “los jueces tienen que acudir a los propios médicos para poder decidir cuándo una actuación ha sido negligente, o no, lo que significa que si los casos vuelven al ámbito médico es porque tal vez no debieron haber salido de él”.

El CMP tiene un rol fiscalizador de la conducta profesional de sus miembros, y la ley le concede potestad sancionadora, de modo que quien es denunciado por presuntamente haber transgredido sus normas ético deontológicas, y la indagación preliminar encuentra indicios de tal, puede ser sometido a procedimiento ético disciplinario, el cual tiene una regulación especial contenida en el Título VII del Reglamento del CMP (arts. 110° al 160°). Dichas normas se aplican a los miembros de la Orden, sin perjuicio de lo que dispongan la legislación civil, penal y las normas administrativas vigentes. El procedimiento ético – deontológico guarda similitud con lo establecido en los procesos judiciales: presunción de inocencia, reserva del procedimiento, derecho a doble instancia, y resolución absolutoria o condenatoria debidamente motivada.

La evaluación de un caso deontológico requiere también de un método riguroso, comenzando por la identificación del problema principal y de las circunstancias en las que se da la presunta falta. Ello implica, en las distintas instancias, analizar y sopesar los cargos y los descargos correspondientes, y contrastar la conducta del médico con las normas del código y la observancia del deber objetivo de cuidado cuando se sospecha de negligencia, imprudencia o impericia. Con frecuencia debe también considerarse el aspecto legal. Para precisar los diferentes momentos del procedimiento ético, remitimos al lector a los artículos ya mencionados del Código de Ética.

Para terminar, remarcaremos que muchas de las denuncias procesadas por el CMP tienen que ver con el acto médico, con la supuesta negligencia en la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y a tensiones y acusaciones entre los propios médicos. Es probable que muchos de estos problemas podrían haberse evitado si se fortaleciera la relación médico paciente, si se aplicara cuidadosamente el consentimiento informado y, sobre todo tratándose de los eventos adversos, si se dotara a los servicios de salud de los recursos necesarios para una mejor organización y funcionamiento de los mismos, a la par que se instauraran y reforzaran los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención y de prevención de eventos adversos; y, al mismo tiempo, si en las escuelas de medicina se insistiera en el compromiso ético de la profesión, como un modo de articular la competencia técnico científica con los valores inherentes a la excelencia, el altruismo, la responsabilidad y el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de la persona humana<sup>(9-11)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO Programa de Base de Estudio sobre Bioética. Parte 1. Oficina Regional de la Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Montevideo. 2008.
2. Pieper A. Ética y Moral. Una introducción a la filosofía práctica. Barcelona: Ed. Crítica, 1991.
3. Camps V. Perspectivas éticas generales. En: Ibarra A, Olivé L, editores. Cuestiones éticas en ciencia y tecnología en el siglo XXI. OEI. Madrid: Biblioteca Nueva OEI, 2003.
4. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. En: Normas y disposiciones legales vigentes 1ra ed. CMP, Consejo Nacional. Lima; 2012.
5. Martínez B. G., V. Bioética y derechos humanos. En: Perspectivas de bioética. González V., J. (Coord.) 1ra. ed. México: FCE, 2008.
6. Gracia D. Planteamiento general de la bioética. En: Bioética para clínicos. Couceiro A. (ed.). 1ra ed. Madrid: Ed. Triacastela. 1999:19–36.
7. Drane J. Métodos de ética clínica. En: Cruceiro A. Bioética para Clínicos. Madrid, España: Triacastela. 1999:187–99.
8. Gracia D. El método de la bioética. En: Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Ed. Eudema. 1989:395–525.
9. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: Gracia D. Profesión médica. Investigación y justicia sanitaria. Colombia: Ed. El Búho. 1988:39–58.
10. Mendoza A. Ética y medicina: la experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev perú med exp salud pública. 2011;28(4):670–5.
11. Mendoza A. Fundamentación de la enseñanza de la ética médica y la bioética clínica. Acta Med Per. 2009;26(2):131–4.



## Presentación de Casos

### RESUMEN DEL CASO 1

**Denunciante:** Sra. XX

**Denunciado:** Dr. YY (Ginecología y Obstetricia)

**Involucrados:** Paciente atendida en Centro de Salud y médico ginecobstetra.

### RESUMEN DE LA DENUNCIA

La señora XX, paciente del Centro de Salud, denuncia ante el CMP al Dr. YY por agresión física y sexual al momento que se presentó a consulta médica, el día 16 de enero 2018, y ante sus gritos fue auxiliada por agentes de serenazgo y policía, que condujeron a ambos a la Comisaría. El caso pasó a la Fiscalía.

### RESUMEN DE LOS DESCARGOS DE DENUNCIADO

El denunciado hace llegar sus descargos con argumentos y pruebas documentales, a lo que agrega un disco compacto con imágenes y videos.

Según el descargo del denunciado, la denunciante lo agredió psicológica y físicamente por no acceder a entregar receta de tramadol y benzodiazepina. La agresión se puede apreciar en las fotos y vídeo. La denunciante amenaza al médico. La escena se produce en presencia del vigilante de turno. Se llama al serenazgo y luego a la policía, quien decide llevar a ambos a la comisaría. En la comisaría y fiscalía, la señora XX denuncia que el médico ha intentado violarla. Durante la entrevista con la Fiscal, se le informa a la denunciante que se detectan contradicciones en su versión. El reconocimiento médico de la denunciante no encuentra lesiones externas. El poder judicial desestima la denuncia de la Sra XX.

El Dr. YY hace llegar, además, copia de otras denuncias hechas contra la denunciante.

### COMENTARIO DRA. MARTA RONDÓN

#### Análisis

Se trata de una paciente que denuncia a un ginecobstetra por una presunta violación sexual. Las circunstancias del relato son muy confusas. ¿Cuál fue el síntoma de presentación de la pa-

ciente? ¿Por qué fue atendida por un ginecobstetra? ¿Dónde estaba la auxiliar del consultorio? ¿Cuál fue la actuación del vigilante?

Las mujeres que padecen trastornos de abuso de sustancias son un grupo de especial vulnerabilidad desde el punto de vista del respeto y protección de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud .

El consumo de benzodiazepinas habitualmente se inicia por una prescripción médica y se sostiene en la incapacidad del Estado de regular a las farmacias.

La exposición a la violencia se encuentra relacionada con el consumo de sustancias en las mujeres de manera casi lineal, especialmente cuando es abuso sexual en la infancia y la adolescencia. No podemos dar por descontada la experiencia de violencia sexual en esta paciente.

Por lo tanto, los clínicos tanto como los servicios legales y de protección necesitan modificar sus enfoques frente a estas mujeres.

Si bien podemos considerar que la autonomía de la mujer está comprometida por el efecto de la adicción sobre el sistema nervioso central, aún subsiste la obligación moral de actuar a favor del interés de la paciente – no del establecimiento de salud, ni del médico, ni de la sociedad en su conjunto, sino de la paciente, en los términos que la paciente lo entiende.

Adicionalmente, debemos considerar las grandes inequidades de poder que entran en juego en este caso, en contra de la mujer: el médico imbuido de autoridad y conocimiento, que puede negar la prescripción, con cámaras, vídeos y vigilante a disposición, además del subsiguiente concurso de la policía, frente a la mujer, con una enfermedad que interfiere con su capacidad de negociar sus demandas y controlar su impulsividad.

Cuando una mujer acusa violencia sexual, es nuestra obligación escuchar su voz y prestarle credibilidad: es posible que en este caso ella haya levantado una calumnia respecto del intento de abuso. En general, ello no ocurre. Es muy abusivo descalificar la queja de una mujer porque ella sufre un trastorno mental (i.e. trastorno por abuso de sustancias) y desgraciadamente refleja un uso frecuente en la comunidad sanitaria, en todos los países.



En el caso que examinamos, la atención médica no fue adecuada: no estaba presente la auxiliar o un familiar, sino el vigilante (j); el facultativo no fue capaz de empatizar con la mujer para establecer una relación cordial y de confianza mutua que le permitiera derivarla adecuadamente, y se produjo una situación de escándalo (en sí misma un trauma) lesiva para la dignidad de la paciente, donde incluso se ventiló su pasado (anteriores denuncias). Pero, lamentablemente el abogado de la paciente no presentó anteriores denuncias del citado profesional, o de hechos de violencia sexual que hubieran ocurrido en el mismo establecimiento.

Finalmente, la paciente no recibió una atención completa: derivación a un profesional de salud mental especializado en adicciones.

### Conclusión

En este caso no se ha brindado una atención éticamente adecuada.

La resolución del conflicto presentado lleva a un razonamiento del tipo 'ética aguda' aplicable en situaciones en las que se ha perdido la oportunidad de una conversación mutuamente respetuosa, y así se decide denunciar y abandonar a la mujer sin atención adecuada y proteger al médico de la acusación de conducta sexual. Los mensajes para los clínicos y las pacientes son terriblemente equivocados y desalentadores:

1. A las mujeres no les creen porque son unas drogadictas mentirosas
2. Las mujeres no se quejan porque les cae el vigilante y la policía
3. Las mujeres con trastorno mental están indefensas frente al sistema sanitario.

Frente a esta manera de resolver el conflicto ético, existe la 'ética preventiva', donde el consentimiento de la paciente es un proceso continuo, la negociación es un proceso continuo y la 'persuasión respetuosa' en una estrategia clínica a la que se recurren en caso necesario. Todo esto con la noción de evitar conflictos éticos agudos, siempre acompañados de discusiones con un comité de ética frecuentemente consultado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lambert B, Scheiner M, Campbell D. Ethical issues and addiction, *J Addictive Dis.* 2010;29(2):164-74  
DOI: 10.1080/10550881003684673
2. Chervenak FA, McCullough LB. Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162:303-7.
3. Tiedje LB. Ethical and legal issues in the care of substance-using women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing.* 1998 Jan;27(1):92-8.

### COMENTARIO DR. ALFREDO BENAVIDES ZÚÑIGA

#### Análisis

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento del CMP sobre las denuncias presentadas contra miembros de la orden sobre supuestas trasgresiones ante el Colegio Médico del Perú para su debido proceso, permite que estas puedan ser realizadas por cualquier persona natural, jurídica, institucional o, en ausencia de alguna de ellas, de oficio.

En el presente caso asumimos la presentación de la queja de una ciudadana relacionada con el acto médico. Para estos problemas, el Colegio Médico del Perú cuenta con el Art. 5° de su Reglamento. En el caso, la demandante es una paciente que se atiende en un centro asistencial público, en circunstancias de un aparente conflicto entre la demandante y el médico, que requirió la participación de personal del servicio de seguridad del centro asistencial y de la policía y que ha derivado en una demanda penal y ética.

La agraviada acusa al médico de un supuesto intento de agresión física y sexual, que terminó con el traslado de la demandante y del médico a la comisaría local, y por estas razones derivada al Ministerio Público y para un peritaje médico legal. El informe recibido señala que la demandante no muestra en el examen clínico pericial evidencias físicas de lesiones o de actos relacionados con violencia sexual.

El médico, en este caso, afirma que la demandante le ha levantado una acusación de daño físico y psicológico por no acceder a la entrega de una receta de tramadol y de benzodiazepinas. El Comité deberá indagar el conocimiento y participación del médico respecto a estas afirmaciones y determinar si existe relación con el tipo de fármacos que la paciente había solicitado, si habría



influido en el estado y en el comportamiento observado de la paciente, debiéndose descartar algún grado de alteración de la salud mental de la paciente.

En esta etapa, el Comité indagará en entrevista con el médico demandado las circunstancias vinculadas al acto médico, enfatizando en las condiciones en que se realizó, haciendo hincapié en la edad y en las condiciones de la paciente durante la consulta, los antecedentes sociales y del estado mental de la paciente durante el evento. El médico debe aclarar si los fármacos pudieran haber alterado el estado emocional de la demandante en el momento de la consulta.

El médico precisará cuáles fueron las condiciones en que se realizó la atención, la observación de atención en pacientes del sexo femenino sin la presencia de otra persona, familiar o administrativo que salvaguarde el posible contenido sexual que se pueda añadir a esas circunstancias. En este caso, por el informe médico pericial que se practicó a la paciente, no se reportaron evidencias relacionadas con agresión física o sexual.

En la entrevista a la demandante, se evalúa la consistencia de los argumentos establecidos en su denuncia, tomando además en consideración otras características vinculadas a los hechos, como la información de las características de la consulta, los antecedentes personales y patológicos de la demandante. Para efectos de contar con información objetiva, se podrá solicitar a la paciente que solicite al centro asistencial acceder a copia de los documentos clínicos, como la historia clínica, según lo establece la norma.

Los miembros del comité considerarán en este caso la ausencia de testigos directos de los hechos, para determinar si la información vertida tanto por la demandante como por el médico denunciado puedan ser ciertas o tener razón; el concepto 'palabra contra palabra' invalida la versión recíproca de las afirmaciones. La filmación registrada por la demandante podría ser elemento de prueba que contenga evidencias circunstanciales a su favor, que el Comité no ha considerado importantes para tomar una decisión.

Los antecedentes de denuncias similares de la demandante presentadas por el médico demandado, pueden sugerir que ella reitera situaciones similares en su relación con los médicos que la atienden y que podrían abogar por una conducta alterada por algún tipo de trastorno psicológico o de personalidad beligerante. Por último, deberá indagarse el consumo de drogas psicotrópicas aditivas de uso medicinal o para el tratamiento de enfermedades mentales.

## Conclusión

El caso presentado está relacionado con conflictos en torno al acto médico que originan demandas frecuentes. Reflejan muchas veces una falta de empatía generada por parte de los prestadores de salud, con una atención que se considera discordante con los deseos del paciente.

El caso sugiere la queja de una paciente que, de acuerdo con su declaración, ha sido agredida por el médico tratante durante una atención médica. El médico en su defensa, recurre al aparente estado de disfunción emocional previa de la paciente, generada entre otros por la posibilidad que pudiese relacionarse con el uso de benzodiazepinas y tramadol y de quejas similares documentadas, presentadas por el médico demandado. Es posible que la relación médico paciente no se haya logrado ni facilitó la comprensión empática compatible con la calidad asistencial de la atención brindada por el médico. Es indispensable proteger la integridad ética y moral de los miembros de la orden cuando no existan evidencias en su contra.

El hecho que el informe medicolegal fuese negativo a lesiones corporales, que incluyen el área genital, pueden demostrar fehacientemente que no hay una evidencia probatoria positiva relacionada con lesiones o violación sexual.

El proceso judicial en curso no debe influir en la propuesta de archivamiento del proceso ético seguido contra el médico demandado. Finalmente, no existiendo evidencias de trasgresión ética a los artículos del Código de Ética del CMP, el Comité de Vigilancia Ética y Deontológica devolverá el caso al Consejo Regional para proceder a su archivamiento.



## COMENTARIO DR. ELEAZAR ALIAGA VIERA

### Análisis

Como primer punto habría que preguntarse cuál fue el motivo de la consulta médica por la que acude la paciente al hospital. Luego, preguntar si en la consulta el médico se encontraba solo, lo cual constituye un error grave, sobre todo en el caso de atención a pacientes mujeres por parte de un varón. En este caso, por las contradicciones que presenta la paciente es probable que no se haya continuado con la denuncia judicial. Sin embargo, es necesario recordar los artículos del Reglamento del Código de Vigilancia Ética y Deontológica del CMP, pues, al ingresar a la consulta y acceder a la evaluación del médico, la paciente podría acusar al médico de no realizarle la evaluación correspondiente y haber sido víctima de tocamientos y actos contra el pudor. Igualmente, el lenguaje empleado por el médico, motivo por el cual ella realiza la presente denuncia.

### Conclusión

Considero que, en el presente caso, se ha infringido los artículos 58, 63, Inciso i del Código de Ética del Colegio Médico del Perú.

### Sección primera: de los principios éticos en la medicina

#### Título I: declaración de principios

#### Numeral 1. El rol de la Ética y la Deontología Médica

**Art. 58.º** El médico debe estar alerta de la intensidad afectiva que se genera en la atención del paciente, debiendo proteger a su paciente y a sí mismo del riesgo de ingresar a una relación sentimental y/o sexual con él o ella.

**Art. 63.º** El médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso de que estos hayan sido vulnerados. El paciente tiene derecho a:

Que se respete su intimidad y pudor, teniendo la potestad de autorizar o no la presencia de quienes no están directamente implicados en su atención, sin perjuicio de la misma.

## RESUMEN DEL CASO 2

**Denunciante (S):** Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú

**Denunciado (S):** Dra. ZZ (Anestesiología)

**Involucrados:** CRIII CMP y médica

**Motivo de la denuncia:** Atención de pacientes y entrega de Certificados médicos que acreditan enfermedades fuera de su especialidad.

### RESUMEN DE LA DENUNCIA

El 19 de febrero 2018, el Procurador Público envía oficio a la Sra. Decana Nacional del CMP expresando que está siguiendo un arbitraje en defensa del Estado y se encuentra con tres personas impedidas de trabajar a más de 3 500 metros sobre el nivel del mar, según certificados médicos expedidos que diagnostican la existencia de los siguientes diagnósticos: bloqueo completo grado II asintomático, fibrosis pulmonar leve a moderada de etiología a determinar, pneumoconiosis. El Procurador solicita que el CMP determine qué tipo de especialidad médica deben tener los profesionales médicos para expedir esa certificación. La Sra. Decana, con fecha 15 marzo 2018, contesta sobre los especialistas autorizados para tal certificación.

El 23 de marzo 2018, el Procurador Público pregunta a la Sra. Decana del CMP si el profesional anestesiólogo está facultado para emitir esos diagnósticos y, de no ser así, solicita que la institución proceda según sus competencias.

El 4 de abril 2018, la Sra. Decana envía el expediente al CRIII para que determine lo pertinente.

El 18 de mayo 2018, el secretario del CRIII envía lo actuado al Comité de Ética para que determine la pertinencia de abrir proceso ético a la Dra. ZZ.

Con fecha 25 de junio 2018, el Dr. AA informa al Decano del CRIII que el Comité de Ética de este Consejo ha acordado abrir investigación ética de oficio a la Dra. ZZ, lo cual fue aceptado por el CRIII.



## RESUMEN DE LOS DESCARGOS DE LA DENUNCIADA

El 10 agosto 2018, la Dra. ZZ hace llegar al CRIII del Colegio Médico sus descargos, por escrito. Sostiene que atendió a solicitud a los tres pacientes en su condición de médico general. Llegó a los diagnósticos presuntivos que se anotan en los certificados y les recomendó que visitaran al especialista. Dice que en ningún momento tuvo conocimiento de que los certificados serían parte de una disputa de parte del Estado.

### COMENTARIO DRA. MARTA RONDÓN RONDÓN

#### Análisis

El Código de ética y deontología señala en su artículo 96 que, el certificado "es un documento de carácter médico y legal. El médico debe redactar el texto en forma clara, precisa e incluyendo los fines para los que está destinado. No debe expedir un certificado acreditando un acto médico no realizado o que exprese información falsa, inexacta o tendenciosa."

Si la colega no determinó para qué se iba a usar el certificado, estaba actuando sobre una anamnesis incompleta; le faltaban datos para extender un certificado médico, que es un documento médico y legal.

Por otro lado, el artículo 20 explícitamente señala que un médico no debe realizar atenciones fuera de su especialidad, a menos que se tratara de una emergencia o en ausencia de algún otro especialista, o a solicitud expresa del paciente.

En el caso que los pacientes hayan solicitado expresamente que la doctora los atienda, el principio de la beneficencia nos obliga, por lo menos, a señalarle al paciente, que hay una especialidad que puede resolver mejor sus malestares o demandas (de certificación, en este caso), o sea un neumólogo.

El principio de justicia se ha vulnerado en este caso: el derecho a un certificado médico que fundamente una excepción laboral debería estar al alcance de todos quienes lo ameriten. Por el contrario, al certificar indebidamente, coloca en posición de privilegio a sus pacientes, o los perjudica al poner en entredicho la veracidad del documento. El derecho hipotético de estos

pacientes a la protección de su salud frente a la hipoxia hubiera estado mejor protegido si la especialista anesthesióloga les hubiera orientado hacia un neumólogo.

#### Conclusión

Podemos asumir que la colega no actuó con la debida diligencia. Es importante anticipar las posibles repercusiones de los actos médicos y conducirnos de acuerdo estricto con el código vigente.

### COMENTARIO DR. ALFREDO BENAVIDES ZUÑIGA

#### Análisis

Uno de los documentos de mayor uso en la relación médico paciente es el certificado médico, exigido al profesional de la medicina para comprobar ante terceros, especialmente ante el empleador, el estado de deterioro de la salud, para justificar la inasistencia al centro laboral. Sin embargo, abarca muchos rubros y recibe varias denominaciones, como certificado de atención en salud, certificado de incapacidad temporal para el trabajo, certificado médico particular, dependiendo del lugar y de la persona que lo expide. Las denuncias relacionadas por trasgresiones éticas de los certificados médicos son motivo importante en el historial del CMP.

El caso presentado corresponde a una denuncia de oficio del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú al Consejo Regional III al recibir información de un proceso iniciado por una organización ante el Ministerio Público a una médica de la especialidad de anestesiología de la jurisdicción, por expedir certificados de salud que son observados y procesados en el Poder Judicial. Ello está en concordancia con lo establecido en el Reglamento del CMP vigente Art. 132º. sobre la denuncia de oficio, sobre su competencia, en el Art. 48.18, y en cumplimiento del Art. 72.2 que establece abrir procesos éticos disciplinarios.

El Ministerio Público considera inexactos en su contexto ocupacional los diagnósticos prescritos en los certificados médicos de salud expedidos por la doctora demandada, al atender tres pacientes portadores, uno en la esfera de enfermedades cardiacas (bloqueo II grado asintomático), el resto de enfermedades respiratorias (fibrosis y neumoconiosis). Estos son procesos



que tienen un largo periodo de premorbididad y que son tributarios de evaluaciones clínicas y exámenes que deben ser practicados por especialistas cardiovasculares, neumólogo y/o médico ocupacional.

Respecto a la importancia que tiene la opinión calificada de especialistas en el proceso de atención médica de la población, está claramente establecido en el Código de Ética del CMP en el Capítulo 3: Del trabajo especializado. Art. 20°, que se garantice no solo la idoneidad del acto profesional y sus resultados en bienestar del paciente, sino en las consecuencias, éticas, legales, ocupacionales y otros ámbitos de la sociedad peruana.

Aunque no existen precisiones que detallen el modelo 'ideal' de un certificado de salud 'particular', recientemente la organización gubernamental SERVIR ha emitido la Directiva de Gerencia General N° 015-GG-ESSALUD-2014, Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las certificaciones médicas, la cual establece que el certificado es el documento que expiden los médicos después de una prestación y a solicitud del paciente. Pretende informar de los diagnósticos, tratamiento y período de descanso físico necesario, para el otorgamiento de licencia por incapacidad causada por enfermedad o accidente común. El certificado médico deberá contener los siguientes requisitos: 1) nombre y apellido del paciente; 2) diagnóstico descriptivo; 3) fecha de inicio y fin del período de incapacidad; 4) fecha de otorgamiento del certificado médico; 5) firma del profesional de la salud acorde con RENIEC; 6) sello legible del profesional de la salud tratante; y, 7) en caso haya sido emitido en el extranjero, deberá estar visado o apostillado por el Consulado. Con estas 7 exigencias simples se podría evitar que los prescriptores de certificados incurran en imprecisiones, como en el caso actual.

### Conclusión

El certificado médico es un documento, de acuerdo con la Real Academia de la lengua española, que asegura la verdad de un hecho médico con trascendencia jurídica regulada por normas sanitarias y de orden público, es decir de interés legal. La 26842 Ley General de Salud no tiene una definición sobre certificado médico. Sin embargo, lo regula como un derecho de las per-

sonas y atributos del ejercicio profesional de la salud, al igual que el acto médico aquí presentado, importante por sus consecuencias jurídicas.

Dado de que existe la evidencia de que la Dra. demandada expidió certificados que no corresponden a su experticia derivada de practicar una especialidad no vinculada supuestamente a los diagnósticos consignados en los certificados, en un área geográfica donde existen otros especialistas en las enfermedades materia del diagnóstico, se considera que la doctora ha trasgredido el Código de Ética del CMP en el artículo 96° sobre el Certificado médico legal y en el Capítulo 3: Del trabajo especializado. Art. 20° El médico debe abstenerse de atender pacientes cuya dolencia no corresponda al campo de su dominio o especialidad, salvo que se trate de una atención de emergencia o de la solicitud expresa del paciente, o no haya otro médico.

Respecto a lo afirmado por la demandada en su descargo, que atendió a solicitud los 3 pacientes en su condición de médico general, llegó a los diagnósticos presuntivos que se anotan en los certificados y les recomendó que visiten el especialista, en ningún momento tuvo conocimiento que los certificados serían parte de una disputa de parte del Estado. El Reglamento establece en el art 117°. De la alegación de desconocimiento de las disposiciones normativas del Colegio Médico del Perú, que no son justificables.

### COMENTARIO DR. ELEAZAR ALIAGA VIERA

#### Análisis

En el presente caso, el médico que otorga los certificados médicos con impedimento para laborar en altura es un médico con especialidad de anestesiología. Como refiere en sus descargos, menciona que atendió a los pacientes a solicitud de ellos; sin embargo, los diagnósticos consignados en los certificados no corresponden a un profesional de esa especialidad, como son bloqueo completo grado II asintomático, fibrosis pulmonar leve a moderada de etiología a determinar y neumoconiosis. Así mismo, refiere que les pidió a los pacientes que visiten a un especialista.

También en los descargos manifiesta que no sabía que esos certificados iban a ser utilizados en una disputa con el Estado.



## Conclusión

Considero que, en el presente caso, se ha infringido el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en:

### Sección primera: de los principios éticos en la medicina

Título I: declaración de principios

Numeral 1. El rol de la Ética y la Deontología Médica

Numeral 7. Del compromiso institucional y social del médico

Sección segunda: de los preceptos deontológicos en la práctica médica

Título I: del trabajo médico

Capítulo 3. del trabajo especializado

Art.20°. El médico debe abstenerse de atender pacientes cuya dolencia no corresponda al campo de su dominio o especialidad, salvo que se trate de una atención de emergencia o de la solicitud expresa del paciente, o no haya otro médico.

Título III: de los documentos médicos

Capítulo 2. del certificado médico

Art.96°. El certificado médico es un documento de carácter médico y legal. El médico debe redactar el texto en forma clara, precisa e incluyendo los fines para los que está destinado. No debe expedir un certificado acreditando un acto médico no realizado que exprese información falsa, inexacta o tendenciosa.

## RESUMEN DEL CASO 3

Denunciante (S): Sra. PP

Denunciado (S): Dr. NN, Dra. MM

Involucrados: Paciente postoperada en un hospital y dos médicos

Motivo de la denuncia: Supuesta mala práctica al interior del centro de trabajo.

## RESUMEN DE LA DENUNCIA

Con fecha 14 de agosto 2018, la Sra. PP manifiesta por escrito:

1. El 13 de octubre del 2017, fui operada por miomas uterinos por el Dr. NN y la Dra. MM en un Hospital. Por inexcusable equivocación, dejaron un cuerpo extraño (gasa) en mi interior. Me dieron alta a los dos días y me dijeron que la operación de histerectomía había sido exitosa.
2. A los pocos días, lamentablemente, empecé dolores fuertes en la zona operada, fiebre y malestar general, por lo que fui atendida varias veces en el hospital. Como apareció líquido por la herida operatoria, el 25 de noviembre fui internada nuevamente y me realizaron diversos exámenes: ecografía, tomografía, tránsito intestinal, colonoscopia, con los cuales se detectó un cuerpo extraño. Después de mucho presionar de mis familiares y la prensa, el 21 de diciembre fui sometida a una segunda operación, en la cual perdí un metro de intestino delgado y 10 cm de intestino grueso. Actualmente me encuentro con mi salud comprometida y con gastos altos que debo enfrentar.
3. Ante tal situación, acudí en queja a la dirección del hospital y a la Defensoría del Pueblo. Pude obtener el informe de la auditoría de mi caso, en donde se encontraron diversas deficiencias. No se hizo el diagnóstico diferencial del cuerpo extraño a pesar de los informes de imágenes de fecha 29 y 30 de noviembre. El equipo quirúrgico estuvo conformado por el cirujano, Dr. NN, un asistente que no es médico especialista y un instrumentista que no es enfermera.



4. De lo expuesto, puedo agregar que los problemas en mi salud persisten, por la negligencia de los médicos que hicieron la operación de histerectomía; y por ello solicito las sanciones disciplinarias que corresponden.

#### ACOMPaña A SU QUEJA:

- Denuncia penal contra los médicos
- Un CD con imágenes sobre el caso
- Recorte periodístico
- Reclamación ante el Director General del Hospital
- Comunicación a la Defensoría del Pueblo
- Copia de la auditoría médica, en la que aparece hallazgo del cuerpo extraño en la segunda operación (gasas maceradas de 15 x 50 cm), hallazgo que en ningún momento fue comunicado por los médicos a la paciente

#### RESUMEN DE LOS DESCARGOS DE LOS DENUNCIADOS

##### 1. Descargo de la Dra. MM

Con fecha 12 de septiembre, la Dra. MM hace llegar por escrito su descargo y expresa:

El día 13 de octubre de 2017, encontrándome de guardia de cirugía en el Hospital, recibí una llamada de la Sala de operaciones de ginecología, que debido a un evento adverso se necesitaba la presencia de un cirujano general.

Me constituí a la sala de operaciones (SOP) de ginecología, en donde el Dr. NN estaba operando y me manifestó que, luego de liberar bridas y adherencias pélvicas, se encontró una laceración de 8 cm en la serosa del sigmoides, la que procedí a suturar.

Luego de suturar la serosa del sigmoides, revisé las asas intestinales y no encontré lesión alguna. Para todo este procedimiento utilicé una gasa dressing 50 x 50 cm, la misma que retiré al término de mi intervención. Mi participación se redujo a 15 minutos, luego de los cuales, con autorización del Dr. NN, me retiré de la SOP.

Aclaro que yo no fui parte del equipo quirúrgico programado en la histerectomía. Solo participé un corto tiempo a requerimiento del cirujano, Dr. NN. No participé en el recuento de gasas por no haber estado presente antes del acto quirúrgico ni al término del mismo.

La paciente fue reoperada el 21 de diciembre de 2017: laparotomía, presencia de cuerpo extraño (textiloma) que fue retirado, drenaje de absceso, resección de fragmento de íleon y de colon, sutura de pared vesical y resección de trayecto fistuloso del intestino a la piel, además de colostomía.

##### 2. Descargo del Dr. NN

Con fecha 17 de septiembre de 2018, el Dr. NN hace llegar al CMP por escrito su descargo y manifiesta lo siguiente:

Se trata de una paciente de 38 años de edad, antecedente de 4 operaciones pélvicas, con diagnóstico actual de miomatosis uterina. Se programa para histerectomía abdominal, previa firma del consentimiento informado.

El equipo quirúrgico estuvo conformado por: Dr. NN, Dr. RR médico residente, primer ayudante Dr. SS residente, instrumentista TT, enfermera circulante y Dr. UU, anestesiólogo.

Se procedió a realizar la histerectomía abdominal. Se encontró múltiples adherencias, las que fueron liberadas. Se extrajo el útero y se encontró laceración de 8 cm de serosa del sigmoides, por lo que se solicitó recuento de material quirúrgico y de gasas (completas). Se solicitó la presencia del cirujano general de guardia. La Dra. MM intervino a solicitud y suturó la laceración de serosa del sigmoides. Terminada la intervención, se procedió a nuevo recuento de material quirúrgico y gasas, el mismo que la enfermera reportó como completos.

El 25 de noviembre de 2017, la paciente reingresó al servicio de ginecología por una infección en herida operatoria y luego fue trasladada al servicio de cirugía, donde establecieron los diagnósticos de fístula enterocutánea, infección de herida operatoria.



Es totalmente falso que hayamos dejado un cuerpo extraño (gasa olvidada). El médico cirujano responsable de la segunda intervención declara no haber encontrado gasa.

La programación quirúrgica la realiza la Jefatura del departamento de ginecología, y eso incluye los RR HH.

La fístula entero cutánea que presentó dos meses después es de etiología desconocida; sin embargo, esta no puede desmerecer el acto operatorio practicado por nosotros.

Solicito se archive esta denuncia y se me permita exponer ante el CVED el total de esta situación.

Adjunta documentos de la historia clínica en que puede distinguirse el reporte operatorio de la primera intervención, el informe anatomopatológico correspondiente a la segunda operación, en donde se describe una porción de intestino delgado de 60 cm conteniendo una reacción granulomatosa a cuerpo extraño.

En el reporte de auditoría se menciona que en el acto operatorio de la segunda intervención se encontró cuerpo extraño, compatible con una gasa de 15 x 50 cm.

## COMENTARIO DRA. MARTA RONDÓN RONDÓN

### Análisis

Se trata de una paciente que se queja por una cirugía ginecológica que se complica con fístula entero-cutánea y un granuloma por cuerpo extraño, quien interpone denuncia penal contra ambos cirujanos involucrados en la cirugía inicial. Posteriormente la sometieron a otro acto quirúrgico, luego de gestiones en los medios de comunicación y aun en la defensoría del pueblo.

Es un bochorno.

El responsable de la primera cirugía es obviamente el Dr. NN, quien era el tratante, y quien obtiene el consentimiento informado y lidera el acto quirúrgico. La participación de la Dra. MM es circunstancial y del relato de ambos queda claro que ella no olvidó la gasa.

El art 61 del Código de Ética y Deontología dice "El cirujano debe programar una intervención

quirúrgica únicamente cuando sea una alternativa necesaria, con balance beneficio/riesgo positivo y ciñéndose a protocolos institucionales preestablecidos o a la *lex artis*."

En ese sentido, el manejo de la lista de verificación quirúrgica, obligatoria, parece no haber sido correcta, ya que, a pesar de lo que dice el Dr. NN (conteo de gasas completo), se encontró la gasa.

En este caso asistimos a la incapacidad de un cirujano de aceptar un error y proceder lo más pronto posible a corregirlo, en un afán de evitar hacerle daño a la paciente, o sea prolongar su sufrimiento.

Esto es, vulnera el principio de la no maleficencia, que es el mínimo que esperamos de un galeno.

Al actuar de esta manera, coloca a su colega MM en una situación injusta, ya que el responsable de la cirugía es él. La incongruencia entre el supuesto conteo de gasas 'completo' y el hallazgo anatomopatológico de una gasa del que nos informa la auditoría, no presupone que NN mintió. No sabemos cómo se manejó la lista de verificación, y pudiera ser que la enfermera se equivocó: de todos modos, el responsable médico legal es el médico NN.

Lo más grave es que no atiende prontamente las quejas postoperatorias de la paciente, obligándola a acudir a los medios. Con ello causa un daño social: contribuye a la desvalorización de la profesión médica y del sistema sanitario ante la ciudadanía.

La intervención de la Defensoría del Pueblo nos habla de la incapacidad y/o falta de voluntad del establecimiento de salud de proteger el derecho de la paciente por encima de la comodidad de la institución y los privilegios de sus miembros. Estas situaciones dañan la confianza esencial de las personas en que, si requieren atenciones de salud, están serán adecuadas y oportunas.

Una relación adversarial entre ciudadanos y sistema de salud es muy desfavorable para la protección de los derechos de unos y otros, y no permite implementar medidas de prevención, como queda demostrado en estas semanas.



## Conclusión

El interés del o la paciente debe ser la primera consideración del acto médico.

El principio de no maleficencia es lo mínimo que se espera de un médico. Es público y obligatorio (a diferencia del de beneficencia y el de autonomía, que pertenecen al ámbito privado) e incluye la prevención del daño o el dolor.

## COMENTARIO DR. ALFREDO BENAVIDES ZUÑIGA

### Análisis

Se trata de un caso relacionado con una queja presentada por una paciente que fue sometida a una intervención quirúrgica del área ginecológica que se complicó con fistula entero cutánea que apareció dos meses después de la primera intervención. Los resultados del informe anatomopatológico apuntan a la presencia de un cuerpo extraño consistente en una gasa, que se evidencia en el informe anatomopatológico recibido posteriormente.

El caso es una intervención quirúrgica programada debidamente diagnosticada y que cuenta con los estudios preoperatorios, consentimiento informado, antecedentes de operaciones previas. Por la entrevista del ginecólogo operador que afirmó en su declaración que se trató de un acto quirúrgico programado que presentó dificultades técnicas durante el procedimiento por la presencia de adherencias previas y de una laceración intestinal que obligó al ginecólogo a solicitar la participación de la cirujana de guardia quien, de acuerdo con el informe, cumplió con asistir al ginecólogo con una sutura al asa visceral dañada correspondiente y retiro al término de su cometido. La reoperación, aproximadamente dos meses después obedeció a la presencia de infección de herida operatoria y de una fistula entero cutánea.

La paciente, en aplicación a sus derechos ciudadanos presentó el 25 de noviembre del 2018 una denuncia al Colegio Médico, considerando la presencia de un hecho dañoso como consecuencia de un acto operatorio previo. El Consejo Regional recibió la denuncia contra el ginecólogo por haber presentado complicaciones de una histerectomía selectiva programada realizada por el de-

mandado el 13 de octubre del 2017 (10 meses antes de la denuncia), acompañada de medios probatorios, tales como copia de estudios de la paciente con pruebas consistentes en ecografía, tomografía, tránsito intestinal y colonoscopia y presunción diagnóstica contundente de la presencia de un cuerpo extraño en el abdomen. Así mismo, presenta los informes presentados ante la Dirección del Hospital y la Defensoría del Pueblo y un informe de 'Auditoría', que se refiere a diversas deficiencias que determinaron una reintervención el 21 de diciembre del 2017.

Se hizo la invitación a los médicos comprometidos. En este caso, la Dra. MM, cirujana de guardia el día del acto operatorio, manifestó que su participación fue solicitada por el ginecólogo durante el procedimiento, el que se complicó por un campo operatorio con adherencias y la producción de una laceración de 08 cm en el sigmoides, que procede a realizar la sutura correspondiente. Su participación fue durante 15 minutos, dejando, luego de su participación al cirujano con su equipo. La cirujana además precisa que la paciente fue reoperada el 21 de diciembre del 2017 mediante laparotomía, el retiro de cuerpo extraño (textiloma), resección de fragmento de íleon y de colon, sutura de pared vesical y fistulectomía, además de colostomía.

La declaración del demandado, explicita los detalles de los hechos, afirma que se trata de una mujer de 38 años con antecedentes de 'operaciones pélvicas previas' no determinadas y programada por miomatosis uterina tributaria de cirugía. El equipo quirúrgico estuvo conformado por personal médico y de residentes. Los hallazgos del informe operatorio establecen un área operatoria dificultada por presencia de múltiples adherencias, se realiza la histerectomía y se detecta una laceración quirúrgica en serosa de sigmoides que requiere la intervención de la cirujana de turno, quien resuelve el problema. Los recuentos de gasas al término de la operación y el reporte de enfermera señalan el conteo como 'completo'. El ginecólogo demandado informa que considera la fistula entero cutánea como de 'etiología desconocida', enfatizando como falso el hecho de que se haya detectado un cuerpo extraño (gasa) como, según el demandado, informa el cirujano de la reoperación.

Un reporte de auditoría menciona la existencia de un cuerpo extraño compatible con una gasa operatoria de 15 x 50 cm.



Respecto a la presencia de un cuerpo extraño, específicamente gasas quirúrgicas, en operaciones abdominales a cielo abierto, algunos estudios establecen un tiempo de diagnóstico de un mes postoperatorio a siete años. Todos requirieron de internamiento e intervención quirúrgica, resección intestinal, fístulas enterocutáneas, abscesos, reintervenciones, sepsis y otros. Pone en riesgo la seguridad del enfermo al prolongar el riesgo de morbimortalidad, incrementa los costos, impacta no solo a los sistemas de salud sino a la propia economía del enfermo y su familia, derechohabientes de instituciones corporativas. El personal de salud debe reconocerlo como error, disculparse directamente con el enfermo y el hospital debe pagar por todos los gastos. Que el hospital asuma el costo del error apoya la integración de este evento como una fractura del sistema.

Existe un subregistro y el diagnóstico es radiológico, generalmente mediante placa simple; la tomografía computada y el ultrasonido confirman el diagnóstico. Los factores de riesgo son emergencias, cambios del procedimiento quirúrgico planeado e índice de masa corporal, el cambio de personal de enfermería durante la cirugía, el cansancio del equipo y el turno quirúrgico. La cultura de seguridad del quirófano es fundamental; la comunicación inadecuada y la ausencia de protocolos de conteo son factores de riesgo en varias publicaciones sobre cultura de seguridad del equipo quirúrgico.

La presentación de un cuerpo extraño luego de un acto operatorio es el resultado no deseado de un proceso que obedece probablemente, en muchos casos y de acuerdo a la literatura, de factores propios de eventos generados por situaciones que requieren la atención diligente del cirujano de prevenir su ocurrencia más que a la habilidad o destreza operatorios o los recursos con que se cuente. El Código de Ética del CMP en el Título I de la Declaración de principios establece que las responsabilidades en el cuidado de la salud que debe observar el médico y el sistema de salud deben estar vinculados a las condiciones de certeza, de los medios y de los recursos que exige la medicina científica o *lex artis*. Es su responsabilidad realizar el acto médico en forma diligente. Es responsabilidad de la sociedad y el Estado proveer de manera equitativa los mejores medios y recursos disponibles para este propósito.

En el presente caso, la evidencia de la presentación del oblitio (gasa) como parte del informe de auditoría es de naturaleza probatoria de su existencia y de las complicaciones que presentó la paciente después de la histerectomía. Pese a que el conteo de gasa corresponde a las enfermeras de sala de operaciones, el médico o los miembros del equipo quirúrgico pudieran haber interferido en la generación del daño de acuerdo con lo establecido en el art. 52 del Capítulo V. De la atención y cuidado de los pacientes, es de exclusiva responsabilidad del médico; responsabilidad que no se puede delegar a otros profesionales en un acto de salud.

Igualmente, se debe considerar que no todas las lesiones producto de procedimientos o actividades quirúrgicas de carácter médico se pueden vincular con errores médicos. El punto medular en el enfoque de este caso es que, una vez cometido, y más aún si se comprueba algún tipo de responsabilidad médica, este debe ser encarado con seriedad y transparencia. Este último alcance está vinculado a la obligación del médico de prestar atención médica, como lo establece el Código de Ética en el art. 66, que dice: el médico debe proporcionar una atención cuidadosa, tomando el tiempo necesario de acuerdo con la naturaleza del problema clínico.

En el presente caso, en el contexto de la información que el demandado sostiene, negando sistemáticamente la presencia de la gasa como elemento central de etiología de las complicaciones (absceso, granulomas a cuerpo extraño, colostomía iatrogénica), existe trasgresión ética al Art. 63 inciso d) del Capítulo 2 Del Respeto de los derechos del paciente, que insta al médico a que el paciente deba obtener la información que sea veraz, oportuna, comprensible acerca de su tratamiento.

La presencia de las fístulas entero cutáneas es postoperatoria en 80 a 90% de los casos, y es más frecuente después de una cirugía de urgencia. Generalmente son secundarias a dehiscencia de anastomosis o lesiones intestinales inadvertidas al momento de realizar la primera cirugía. La sutura de la serosa intestinal del sigmoide pudo también en este caso ser una causa vinculada a las complicaciones que presentó la paciente, o al menos haber contribuido a la presencia de la gasa informada por la auditoría practicada, debiéndose en todo caso considerar el procedimiento como otro factor pero de menor categoría que la causa más eminente.



## Conclusión

En el presente caso está claro que existe presunción de trasgresión del médico demandado al Código de Ética del CMP en la Declaración de Principios de las Responsabilidades en el Cuidado de la Salud Numeral 6 y de sus artículos 52 relacionado con el Acto Médico, que implica responsabilidad exclusiva del médico en el inciso d), y el artículo 63 en relación con el Respeto de los Derechos de los Pacientes, inciso d) que enuncia el derecho del paciente a obtener toda la información veraz, oportuna de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

## COMENTARIO DR. ELEAZAR ALIAGA

### Análisis

En el presente caso, ante la evidente mala evolución de la paciente y los exámenes auxiliares realizados, se debió actuar con celeridad y comunicarle a la paciente o la persona responsable la posibilidad de complicaciones derivadas de la cirugía, de las cuales no está exenta ninguna paciente que ha sido operada.

Además, existía ya la complicación de la laceración del intestino, hecho por el cual se llamó a la cirujana de guardia y la cual debió reportarse como tal a los familiares o persona responsable.

Existe el agravante del informe de auditoría médica, que menciona el hallazgo de la gasa macedada de 15 x 50 cm, hallazgo que no fue comunicado al familiar responsable.

En los descargos presentados por los denunciados, la Dra. que intervino en la cirugía menciona su participación en el intermedio del acto operatorio, eximiéndose de responsabilidad, mientras que el cirujano responsable niega haber dejado un cuerpo extraño, a pesar de la evidencia existente, manifestando que la fístula y necrosis del intestino es de etiología desconocida.

## Conclusión

Considero que en el presente caso se ha infringido el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en:

### Sección primera: de los principios éticos en la medicina

## Título I: declaración de principios

**Numeral 1.** El rol de la Ética y la Deontología Médica

**Numeral 2.** El rol de la Medicina

**Numeral 3.** Los principios y valores éticos de la medicina

**Numeral 7.** Del compromiso institucional y social del médico

**Art. 66°.** El médico debe proporcionar al paciente una atención cuidadosa, exhaustiva, completa, tomando el tiempo necesario de acuerdo con la naturaleza del problema clínico. No debe actuar de modo apresurado e irresponsable en detrimento de la calidad de atención.

**Art. 68°.** El médico debe explicar al paciente sobre la naturaleza de sus síntomas, o su enfermedad posible o probable, hasta que se comprenda su situación clínica, ponderando el principio del privilegio terapéutico, por el cual el médico decide las restricciones pertinentes. En caso de incompetencia del paciente, la información debe ser proporcionada a las personas legalmente responsables del mismo.

## COMENTARIO FINAL

Dr. Alfonso Mendoza Fernández

Los casos han sido analizados por tres profesionales de distintas especialidades médicas y con amplia experiencia en sus respectivos campos, lo que es deseable en un comité deontológico, al cual aportan no solo sus conocimientos sino también su propia visión de mundo, sus valores y su modo peculiar de entender la praxis médica, que enriquecerán la deliberación indispensable de la evaluación de cada caso.

### caso 1

En el análisis del primer caso la Dra. Rondón puntualiza que el médico no estableció una adecuada relación médico paciente, y parece asumir como verdadera la denuncia de la paciente, subrayando que fue un error atenderla sin la presencia de un familiar o de una auxiliar de enfermería; y ante uno de los descargos presentados



por el denunciado, quien presentó “copias de otras denuncias hechas contra la denunciante”, anota: “lamentablemente el abogado de la paciente no presentó denuncias del profesional”, aun cuando nada indica la existencia de tales denuncias.

Es verdad que muchas mujeres en nuestro medio son sometidas a diversas formas de abuso sexual y de violencia tanto psicológica como física, pero no basta una acusación para aceptarla sin más. Sin embargo, en una perspectiva más amplia, esta hipótesis podría explorarse si se diera indicios de un acto de tal naturaleza.

El Dr. Aliaga coincide con el pensamiento de la Dra. Rondón y plantea que el ginecoobstetra ha infringido los artículos 58° y 63° del Código de Ética y Deontología del CMP, pero a la luz de los datos consignados en el resumen presentado, no es posible aceptar como real la denuncia de la paciente, y por lo tanto no se habría ingresado a una ‘relación sentimental y/o sexual’ en la paciente (Art. 58°), por lo que cabe al menos dudar de que no se haya respetado ‘su intimidad y pudor’ (Art. 63° inciso i).

El Dr. Benavides nos ilustra acerca de la importancia del método, y a través del desarrollo de su curso de pensamiento, nos muestra el valor de cada una de las fases del procedimiento a seguir, comenzando por una indagación minuciosa de los hechos –aspecto fundamental del método casuístico–, para lo cual hay que analizar la historia clínica, los videos, los informes, pericias, o auditorías realizadas, entre otros documentos, además de las entrevistas a las personas involucradas. Surgen así las hipótesis presentadas por el cursor y por otros miembros del comité, sobre las cuales el grupo delibera sopesando los argumentos de ambas partes para concluir con una recomendación debidamente motivada y sustentada, que se eleva a la instancia superior, sea el Consejo Regional o el Nacional, según corresponda, y por la cual se plantea abrir procedimiento ético disciplinario, a cargo del Comité de Asuntos Contenciosos y Disciplinarios, o archivar el caso.

El Dr. Benavides remarca que la denunciante debe presentar las pruebas –o indicios de ellas– que sustenten su demanda, pues no basta la palabra. En este caso es el médico quien aporta pruebas en su defensa: fotos y videos. Además,

el reconocimiento médico de la paciente ‘no revela lesiones externas’, todo lo cual ha llevado a la propia Fiscalía a desestimar la denuncia. El Dr. Benavides llega a la misma conclusión y opta por el archivamiento del caso.

## Caso 2

En este caso los tres ponentes coinciden en que la Dra. ZZ no actuó debidamente. Para la Dra. Rondón se transgredió el Art. 96° del código, que indica claramente que el certificado médico es un documento médico legal, que debe incluir los fines para los que está destinado, lo que implica una evaluación previa, recabándose la información adecuada; y el Art. 20°, que obliga “no atender pacientes cuya dolencia no corresponda al campo de su especialidad”, con obvias excepciones, que no son aplicables en este caso. Para la Dra. Rondón, la médico denunciada debió abstenerse de otorgar el certificado y mas bien referir los pacientes a los especialistas correspondientes. El Dr. Aliaga argumenta en la misma línea.

El Dr. Benavides no solamente concuerda con sus colegas en que la Dra. ZZ transgredió los artículos antes mencionados, sino que nos recuerda los artículos del reglamento en los cuales se señala que el CMP tiene entre sus funciones ‘absolver consultas’, como la que le formuló la Procuraduría Pública (Art. 48°, inciso 48. 18), que autoriza al Comité de Vigilancia Ética y Deontológica (CVED) a “abrir procedimiento ético disciplinario a cualquier miembro de la orden” por violación de la normativa del Colegio: Estatuto, Reglamento, Código de Ética y Deontología, y otros, (Art. 72°); y aquel por el cual se obliga a denunciar de oficio en determinados casos (Art. 132°).

Para el Dr. Benavides “existen suficientes evidencias de transgresión ética de los Arts. 96° y 20°”. Además, hace referencia a las normas de SERVIR sobre los certificados con fines de “licencia por incapacidad causada por enfermedad o accidente”, y recuerda los requisitos que deben cumplirse en estos casos, justamente para no incurrir en problemas como el que comentamos.

## Caso 3

Para la Dra. Rondón el responsable es el Dr. NN, quien realizó la primera operación, en la que se generó el problema que dio pie a la denuncia.



Para ella dicho médico no se ciñó 'a la *lex artis*' (Art. 61º), es decir faltó al deber objetivo de cuidado. Es probable, indica, que el error haya sido cometido por la enfermera encargada de contar las gasas empleadas en la operación, pero es él quien lidera el acto quirúrgico y no puede eximirse de la responsabilidad por dicho descuido, que viola el principio de no maleficencia.

Para el Dr. Aliaga se incumplió el Art. 66º, que prescribe la obligación de brindar al paciente 'una atención cuidadosa, exhaustiva, completa', y añade que el médico debió explicar a la paciente sobre la naturaleza de sus síntomas... (Art. 68º), lo que evidentemente no se hizo, pues ello significaba la aceptación del error, cosa que el denunciado se resistió a consentir, agravando su situación, pues los errores pueden darse en la práctica médica, por diversas circunstancias, y tanto la institución como el profesional mismo están obligados moral -y legalmente- a reparar el daño ocasionado.

El Dr. Benavides coincide con sus colegas. Invoca la Declaración de Principios del Código de Ética (Título I, inciso 6): 'Es su responsabilidad realizar el acto médico en forma diligente'; el Art. 66º, ya mencionado; el Art. 63º, del Respeto a los Derechos del Paciente, inciso d, al no haber proporcionado información veraz y oportuna acerca de su enfermedad a la paciente; y el Art. 52º, que señala taxativamente que 'el acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico'.

En este caso, la evidencia es contundente. La clínica y los exámenes auxiliares revelaban la presencia de un cuerpo extraño. En la segunda operación se retiró dicho cuerpo, hecho que extrañamente el Dr. NN negó en sus descargos.

Finalmente, hay que decir que la auditoría informó del hallazgo de un cuerpo extraño compatible con una gasa de 15 x 50 cm, diferente a la que utilizó la Dra. MM, una gasa dressing 50 x 50 cm, "la misma que retiré al término de mi intervención", como aseveró en su descargo.

La cirujano Dra. MM no tiene ninguna responsabilidad. Ella cumplió lo que se le solicitó, y lo hizo a cabalidad.

Este último caso muestra la complejidad del acto médico, y nos indica la necesidad de observar el debido cuidado por parte del equipo de salud en la realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Nos revela los riesgos del ejercicio profesional y la posibilidad de que se presenten eventos adversos. De ahí la recomendación, por ejemplo, de la lista de chequeo en las intervenciones quirúrgicas, y de una serie de acciones orientadas a prevenir - y a reparar - los eventos adversos a fin de cautelar la seguridad y la calidad de la atención de salud.

Por otra parte, el estudio de cada caso constituye un serio desafío para la profesión médica. Problemas como este nos interpelan con frecuencia y nos sitúan ante el problema de la verdad. Aquí cito a Changeux J. P. (El hombre de verdad, FCE, México, 2002): "¿Qué es la verdad? Para Diderot y D' Alembert ella puede definirse como "una conformidad de nuestros juicios con lo que son las cosas"... Pero, ¿no es acaso cierto que las personas juzgan las cosas según su visión de mundo, según sus disposiciones internas?". Por ello tenemos que aceptar que, aun cuando intentemos juzgar una situación con la mayor objetividad posible, siempre existirá un margen posible de incertidumbre, un lugar para el cuestionamiento.

