

# Características de 148 denuncias presentadas al Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Regional III de 1980 a 1999

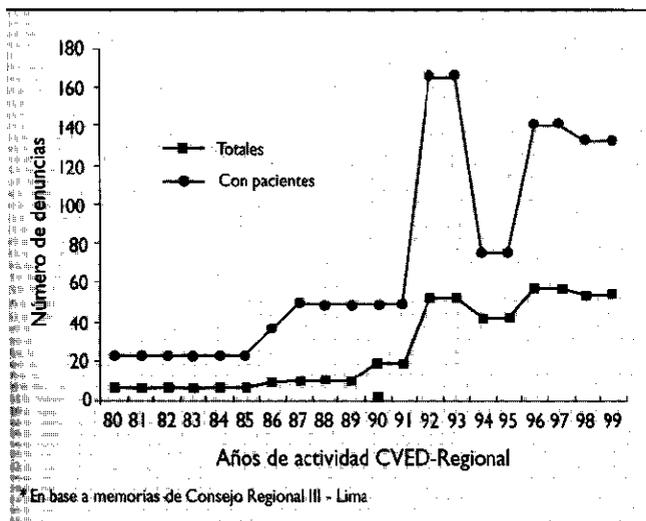
JOSÉ VÉLIZ MÁRQUEZ<sup>1</sup>

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Conocer las características de las denuncias presentadas contra médicos ante el CVED, con el objetivo de mejorar los procedimientos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** De un total de 1 500 expedientes elaborados de 1988 a 1999, se analizó una muestra aleatoria de 148 expedientes. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico con el chi cuadrado, Mann Whitney y análisis de regresión lineal simple. **RESULTADOS:** Tendencia creciente de las denuncias. 40% de las situaciones precedentes están relacionadas con acciones directas sobre pacientes y 55% con otras. 38% de las denuncias son por supuestas transgresiones por acciones directas con el paciente y 62% por otros motivos. Si el paciente o su familiar actúan como denunciantes, 73% son transgresiones directas con él. Cuando el denunciante es una autoridad, predomina transgresiones de normas. De los expedientes, 76% permanecieron de 1 a 200 días en el Comité. Las evaluaciones no comprobaron transgresión ética en 49%, fueron sancionados 26,5% y no se completaron en 24,5%. De los errores 85% fueron por omisión y 15% normativos. **Asociaciones estadísticas significativas:** Entre situaciones precedentes con decisión final del CVED ( $p < 0,05$ ) y con sanciones ( $p < 0,02$ ); entre sanciones con tipo de denunciantes ( $p < 0,02$ ); y con tipo de transgresiones ( $p < 0,01$ ); entre evaluaciones completas con sanciones ( $p < 0,01$ ); y con tiempo de permanencia en el Comité ( $p < 0,05$ ), y entre evaluaciones completas o incompletas con los errores cometidos ( $p < 0,01$ ). **CONCLUSIONES:** La asociación significativa y más intensa entre situaciones precedentes que involucran a pacientes, denuncias realizadas por él o un familiar o ser el supuesto damnificado, con archivamiento del caso y no sanción, requiere mayor investigación para evitar el prejuicio de colusión entre médicos; sin embargo, el que exista una asociación muy significativa entre evaluaciones completas y probabilidad de sanción, va en contra de tal prejuicio. La asociación significativa y más intensa entre evaluaciones completas con tiempo de permanencia en el Comité de 3 a 10 meses y entre evaluaciones completas o incompletas con errores normativos u omisiones, sugiere la necesidad de mejorar procedimientos para reducir el tiempo de permanencia de los expedientes y los errores.

## INTRODUCCIÓN

Después de más de 20 años de labor del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica (CVED) del Consejo Regional III- Lima, es oportuno evaluar la labor realizada. En la bibliografía hemos encontrado un informe de la Cámara Médica de Croacia<sup>(1)</sup> con cerca de 10 mil profesionales, entre médicos y dentistas, en donde entre 1997-1998, se presentaron 60 demandas de mala práctica, la mayoría rechazadas, pronosticándose su incremento debido a la orientación económica del ejercicio profesional basado en sistema de mercado libre. Rotker y col<sup>(2)</sup>, afirman que: "En Alemania, como en la mayoría de los países europeos, no hay un registro central de demandas por mala práctica médica. No se conoce en qué porcentaje las demandas por responsabilidad médica son decididas a favor del médico o del paciente». Nakajima y col<sup>(3)</sup> comentan que: "Aunque la frecuencia de demandas en Japón es menor que en Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, el número se está incrementando". La Corte Suprema informó sobre 102 casos en 1970 y 629 en 1998 y la Academia Médica (que agrupa al 43.5% de los 250 mil médicos), encontró un incremento de 31% entre 1987 y 1999. Niselle<sup>(4)</sup>, comenta que el Harvard Medical Practice Study (HMPS, Weiler y col, 1993), concluye que fallas de comunicación en la relación médico paciente determina si habrá litigio, que un acto negligente es necesario pero no suficiente para el éxito de la demanda y que un paciente demanda, si sospecha que el resultado adverso es provocado por una negligencia. Peng<sup>(5)</sup>, informa que la Canadian Medical Protective Association con sus 56 mil miembros, gestionó 7 909 acciones legales, resultando 30% desfavorables al médico. Ugalde Lobo<sup>(6)</sup>, estudia 110 denuncias penales en hospitales del Seguro Social y otras instituciones públicas de Costa Rica, entre 1981 y 1991, 59 fueron iatrogenia (54%), 46 denuncias infundadas (41%) y 5 (5%) mala práctica médica, la mayoría de ortopedia ginecoobstetricia. Mendoza y col<sup>(7)</sup>, confirman el progresivo incremento de las demandas penales y civiles en el IX Distrito Federal del Colegio Médico de Buenos Aires, entre 1990 y 1994. Garrido y col<sup>(8)</sup>, de 764 casos de querellas instauradas de todas las especialidades y



de todo Chile, entre 1991 y 1998, observan progresivo aumento en 155 de ginecoobstetricia.

La Figura 2, presentada más adelante y confeccionada de acuerdo las memorias del CMP, confirma la tendencia al incremento de las denuncias, observada en otras latitudes.

Para indagar sobre las probables causas de este incremento intentaremos responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características del trabajo realizado por el Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Regional III durante las dos últimas décadas?

El objetivo general es describir tales características, con la ulterior finalidad de mejorar los procedimientos. Como objetivos específicos se señalan los siguientes:

1. Describir los antecedentes inmediatos a las denuncias
2. Comparar las tendencias de la frecuencia global de denuncias con las directamente relacionadas con los pacientes.
3. Determinar los tipos de denuncias y de denunciante.
4. Establecer los tiempos de permanencia de los expedientes en el CVED.
5. Describir los resultados de las evaluaciones éticas realizadas.
6. Describir los "errores" de procedimiento y otros, encontrados en los expedientes.

El trabajo es descriptivo y retrospectivo, basándose en encuestas de expedientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

De aproximadamente 1 500 expedientes elaborados entre 1980 y 1999 se tomó, por muestreo al azar en lista, un 10%. Elegido al azar el número inicial, se separó, de cada 10 expedientes, los terminados en 2 (02, 12, 22, etc.) o, de no existir, el número más cercano. Un piloto permitió elaborar la encuesta (Anexo 1), que se aplicó leyendo cada expediente, entre marzo y septiembre del año 2000. Los resultados se presentan en tablas de frecuencias y gráficos que se analizaron por medio chi cuadrado, el Mann Whitney y el análisis de regresión lineal simple. En suma, se trata de un diseño descriptivo de variables cruzadas

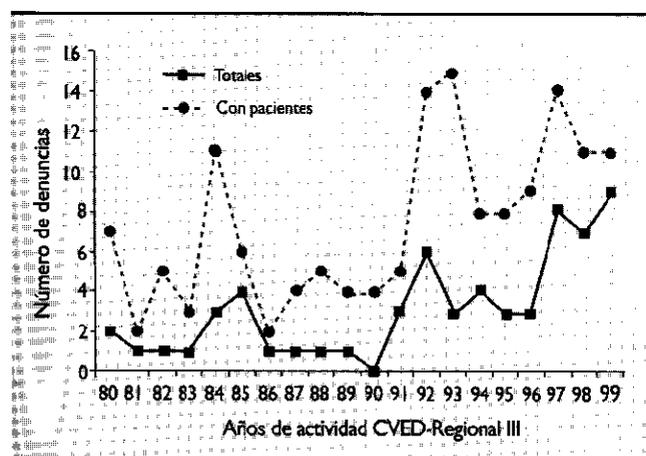
### RESULTADOS

Al comparar, por medio de la prueba de regresión lineal, la curva realizada en base a las memorias (Figura 1) con la confeccionada en base a la muestra (Figura 2) se demostró la tendencia ascendente del número de denuncias, pero en ambas, no hubo diferencias significativas entre las denuncias de pacientes versus el total.

En la Tabla 1 (T 1), la mayoría de los antecedentes (40%), están en relación directa con el paciente (A, T 1), el restante 60% comprende otras relaciones del médico: con medios masivos de comunicación (28%: B, T 1), con instituciones de salud (16% C, T 1), o con la policía y el Poder Judicial (12% D, T 1).

Dado que algunas denuncias aluden a más de una supuesta transgresión, el número es de 162, mayor que el de la muestra (Tabla 2): el 38% son "transgresiones en relación directa con pacientes" las demás, 62%, corresponden a las relaciones que el médico establece con otros grupos, o en relación indirecta con pacientes, como la supuesta falsificación de certificados médicos.

Cuando el total de denuncias se distribuye según tipo de denunciante se encuentra 58 denuncias realizadas por instituciones o autoridades médicas, (36% de 162), la mayoría proveniente del Consejo Regional III o directores de hospitales, en las que se comprometen tres ámbitos: instituciones de salud (55%), justicia (9%), y aspectos económicos (5%) y sólo un 31% corresponde a supuestas transgresiones en relación directa con el pacien-





**Tabla 1.** Situaciones antecedentes relacionadas con las denuncias (n=120 situaciones)

	Cantidad	Porcentaje
A. Actos médicos, en relación directa con pacientes	48	40.0%
B. Situaciones relacionadas con los medios masivos de comunicación	33	27,5%
C. Situaciones de interrelación personal laboral en institución de salud	19	16.0%
D. Situaciones judiciales, policiales, económicas	14	12.0%
E. Quejas de la comunidad o de pacientes a directores de hospitales	02	1,5%
F. Otros	04	3.0%
	120	100.0%

te. Otras 48 denuncias son realizadas por pacientes o sus familiares, (30% de 162), que, como era de esperar, en \_ partes corresponden a transgresiones en relación directa con pacientes, 1/8 a transgresiones pasibles de sanción penal y otro octavo a probables transgresiones económicas como el cobro excesivo de honorarios. Otras 38 denuncias fueron realizadas por otro médico (23% de 162), de las que más de la mitad (58%) corresponden a agresiones entre médicos, 21% a transgresiones de reglamentos o códigos, 13% a transgresiones económicas y sólo un 8%, a transgresiones directas con pacientes. El cuarto grupo alude a 18 denuncias realizadas por instituciones o personas de sectores diferentes al de salud (11% de 162), en las que un tercio corresponde a supuestas transgresiones en relación directa con pacientes (33%), algo más de un cuarto (28%), a las que tienen que ver con reglamentos y códigos, 22% a transgresiones económicas y 17% a las pasibles de sanción penal como el aborto.

**Tabla 2.** Frecuencia de tipos de denuncias (n=143 expedientes, 162 denuncias)

	N	%
A. Por transgresiones en relación directa con pacientes (incluye 43 negligencias o impericias, 9 disturbios de la relación médico-paciente, 7 intrusismos y 7 del ámbito penal. Ej.: Aborto)	62	38,0
B. Por transgresiones a reglamentos o códigos de salud (incluye 15 por publicaciones o propaganda inadecuada)	45	28,0
C. Por agresión verbal y/o física entre médicos	22	13,5
D. Por transgresiones en el ámbito económico	8	11,0
E. Por transgresiones en el ámbito penal sin paciente (incluye 14 por falsificación de certificado médico u otro documento)	14	9,0
F. Sin datos	1	0,5
	162	100,0

**Tabla 3**

	Subtotales	Totales	%
• Evaluación ética completa (75.31%)			
– Sin transgresión	75	49,0	
– Sancionados por el CACPD*	31	20,0	
- Suspensión de 12 meses	1		
- Suspensión de 3 meses	1		
- Amonestación pública más multa	2		
- Amonestación pública	3		
- Amonestación privada	11		
- Nota de extrañeza	13		
– Sancionados verbalmente	10	6,5	
- Conciliación	6		
- Exhortación, justificación, promesa de cambio	4		
• Evaluación ética incompleta (24,67%)	25	16,0	
– Por dificultades normativas	10		
- Denuncia de carácter administrativo	3		
- Prescripción	3		
- Desistimiento del denunciante	3		
- Denunciado civil o penalmente enjuiciado	5		
- Denunciado no es médico	2		
- Denunciado con enfermedad mental	1		
- Por requerir opinión del comité hospitalario	1		
• Por dificultades burocráticas	13	8,5	
– Denunciante y/o denunciado inubicables	7		
– Expediente incompleto	4		
– Expediente duplicado	1		
– Denuncia apócrifa	1		
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>	

\* Comité de Asuntos Contenciosos y Procesos Disciplinarios.  
En 4 expedientes, la denuncia involucra a 2 a 3 médicos

En cuanto al tiempo de permanencia de los expedientes en el CVED, antes del correspondiente dictamen, 46% permaneció entre 1 a 100 días, 30% de 101 a 200 y 15% de 201 300 días.

El CVED ante indicios de transgresión, recomienda apertura de proceso al Comité de Asuntos Contenciosos y Procesos Disciplinarios (CACPD), que es el que sanciona o archiva el caso por lo que, en la Tabla 3 (T 3), parte de su trabajo lo incorporamos bajo el rubro de "Sancionados por el CACPD". En general \_ partes son denuncias con "Evaluación ética completa" (I, T 3) y dentro de ellas, el 49% "sin transgresión" (I-1, T 3), casi el doble que los "sancionados por el CACPD" (I-2, T 3), más los "sancionados verbalmente" (I-3, T 3). La cuarta parte (II, T 3) con "evaluación ética incompleta", están asociados significativamente con los 93 "errores" detectados y que veremos a continuación.

En la Tabla 4 (T 4) se presenta 79 errores por omisión (85% del total y 53% de 148); sobresalen los 27 del numeral 1 y que conforman 3 subgrupos: a) No sugerir apertura de proceso sin fundamento suficiente, (12 casos); b) Obviar denuncia de oficio ante in-


**Anexo 1. Encuesta de expedientes del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica (CVED)**

Fecha _____	Expediente N° _____	Código encuestador _____
1. Antecedentes (relacionados o predisponentes de la denuncia)		
2. Denunciante		
Apellidos y nombres		CMP
Cargo	Especialidad	RE
Antecedentes en el CMP		
3. Denunciado		
Apellidos y nombres		CMP
Cargo	Especialidad	RE
Antecedentes en el CMP		
4. Tenor de la denuncia		
	Fecha	
5. CVED - Regional III		
• Testimoniales (Fecha y autor)		
• Documentales (Fecha y autor)		
• Conclusiones		
6. Otros Comités (señale cual)		
• Testimoniales (Fecha y autor)		
• Documentales (Fecha y autor)		
• Conclusiones del Comité		
7. Consejo Regional III	Fecha	N° de Resolución
(¿Concordante con el CVED?)		Fecha de envío
8. Apelación	Sí	No
		Resultado:
9. Comentarios:		

dicios de una nueva transgresión (del denunciado, denunciante, testigos u otros, surgidos en el curso de la evaluación), alegando falta de correspondencia con el tenor de la denuncia o el desistimiento del denunciante (9 casos) y c) No sugerir apertura de proceso supo-

**Tabla 4. Errores por omisión (n= 79,85% de 93 errores)**

• Omitir pase a proceso o denuncias de oficio	27
• Omitir entrevistas, no completarlas o no documentarlas	16
• Falta de datos para ubicar denunciante/denunciado	7
• No solicitar informes/pruebas a medios masivos o personas	6
• No considerar aspectos de la relación médico - paciente	6
• No consta colegiatura o registro de especialista del denunciado	4
• No solicitar sentencias judiciales para eventual sanción ética	2
• No solicitar necesaria intervención del MINSA o colegio de abogados	2
• No solicitar opinión del psiquiatra	2
• Otros diversos tipos	7
<b>Total</b>	<b>79</b>

**Anexo 2. Elementos de un formato de recepción de denuncias**

Al recibir una denuncia, la secretaria deberá constatar y completar los siguientes datos:

- I. Del denunciante
 

Apellidos paterno, materno y nombre		
Fecha de nacimiento	LE o DNI	e-mail
Domicilio		Telf.
Consultorio		Telf.
Centro de Trabajo		Telf.
N° de CMP	N° Reg. de Esp.	
¿Hábil?	Sí No	
- II. Del denunciado
 

Apellidos paterno, materno y nombre		
Fecha de nacimiento	LE o DNI	e-mail
Domicilio		Telf.
Consultorio		Telf.
Centro de Trabajo		Telf.
N° de CMP	N° Reg. de Esp.	
¿Hábil?	Sí No	
- III. Tema de la denuncia
- IV. Pruebas documentales
 

Esponáneamente presentada por el entrevistado (denuncias o partes policiales, judiciales, videos, certificados, cartas, publicaciones periodísticas, etc.). Si no las tiene, se indica que deberá presentarlas al ser entrevistado por un miembro del CVED.
- V. Relación de testigos
 

Que el denunciante cree pertinente, señalando apellidos, nombres, direcciones, teléfonos y correo electrónico. También los mismos datos del abogado, si lo hubiera.
- VI. Otra información del denunciante
 

Trastornos de conducta del denunciado objetivamente comprobados, sentencias judiciales o administrativas, etc.
- VII. CITA DE RATIFICACIÓN AMPLIACIÓN O CONCILIACIÓN (Según rol)
 

Fecha y lugar:	Entrevistador:
----------------	----------------
- VIII. Firma y posfirma del denunciante (Compararla con la de su DNI)
 

¿Igual?	¿Similar?	¿Diferente?
---------	-----------	-------------

Firma y posfirma de la persona que elabora la Recepción

niendo causal administrativo (6 casos). La mayoría del resto está asociado a la labor burocrática de las secretarías o de los miembros del CVED, destacando las 16 omisiones totales o parciales de las entrevistas o de su documentación. La Tabla 5 presenta los errores por desconocimiento o falsa interpretación de normas con 14 casos (15% de 93 y 9% de 148), en 3, el Consejo Nacional, asumió funciones del Consejo Regional III; en 2 casos se calificó como propaganda a lo que era publicidad. Casos únicos son el de un certificado de salud de un médico enfermo que se tomó como falsificado; el de un directivo del CACPD, que con relación a un curso propuesto, opinó que "la ética no se puede aprender en cursos"; en otro se afirmaba que se había transgredido el artículo 60 del Reglamento cuando se trataba del 69<sup>o</sup>; aquel en el que el CVED, no se inhibió ante un procesado en el Poder Judicial; el de un presidente entrante del C.R. III que contradujo, sin fundamento, la recomendación del saliente; también se autorizó la propaganda de un pseudopsiquiatra, y por último, un directivo del CMP fue denunciado por comentar, nombrándolo, las sanciones de un colega.



**Anexo 3. Hoja de destinos y seguimiento**

Tipo de documento inicial	Fecha	
Nombre apellidos y LE o DNI del portador del documento		
Constatar que en el documento figuren la firma, los apellidos y nombres del denunciante, así como el N° de LE o DNI, direcciones, teléfonos, correo electrónico.		
Motivo de la denuncia		
Primera oficina receptora:	Firma del primer receptor	
<u>Siguientes destinos</u>		
Fecha	Destino	Firma o posfirma o sello del receptor
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

**Anexo 4. Secuencia del trámite**

La secuencia del trámite sería la siguiente:

Encargado	Actividades
Recepcionista de la Secretaría Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción de denuncias</li> <li>- Llenado de la Hoja de Recepción de denuncias</li> <li>- Citar al denunciante según rol coordinado con el CVED regional respectivo.</li> <li>- Hacer firmar al denunciante y constatar la similitud con la firma de su LE o DNI</li> <li>- Enviar la denuncia, hoja de recepción y la hoja de destinos al CVED regional.</li> </ul>
Secretaria de CVED regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Firma del cargo, recepción</li> <li>- Buscar y completar datos sobre colegiatura, especialidad, habilitación, añadir datos sobre sanciones y otros que se requieran</li> <li>- Avisar de inmediato al médico ponente miembro del CVED sobre la fecha, hora y lugar de la entrevista de ratificación y / o conciliación coordinando otros aspectos necesarios</li> <li>- Citar al denunciado, de ser posible en la misma fecha y coordinando con el ponente</li> <li>- Enviar toda la documentación al Presidente del CVED.</li> </ul>
Ponente CVED regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión del expediente y si fuera pertinente, elaborar sendos cuestionarios de preguntas al denunciante y denunciado.</li> <li>- Realizar, previa cita, las entrevistas, que podrían ser con todo el Comité, para la ratificación, llenar los cuestionarios y recepcionar pruebas.</li> <li>- Si por las características del problema, es posible la conciliación, deberá intentarlo el ponente u otro miembro del CVED</li> <li>- Presentar lo actuado al pleno del CVED para la deliberación correspondiente y conclusiones.</li> </ul>
Miembros del CVED Regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podrían volver a citar a los implicados. En todo caso deben decidir si el caso se archiva o pasa a proceso en el CACPD.</li> </ul>

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Empleando el chi cuadrado, se encuentran las siguientes asociaciones significativas: entre situaciones precedentes con la decisión final del CVED, en el sentido de que si aquellas tenían que ver con actos directos con pacientes, resultaban más frecuentemente en archivamiento del caso ( $p < 0,05$ ); entre situaciones precedentes y sanciones, en el sentido de que si las primeras consistían en actos directos con pacientes, mayor era la posibilidad de no ser sancionado ( $p < 0,02$ ); entre tipo de denunciante con las sanciones, en el sentido de que si ellos eran pacientes o sus familiares, era mayor la probabilidad de no ser sancionado ( $p < 0,02$ ); entre tipo de transgresión denunciada y sanciones: Si se trata de transgresiones directamente relacionadas con pacientes, es mayor la probabilidad de no ser sancionado ( $p < 0,01$ ); entre evaluación ética y sanciones: mayor probabilidad de sanción cuando la evaluación es completa y

vicerversa ( $p < 0,001$ ); entre tiempo de permanencia en el CVED y compleción de las evaluaciones: cuando el tiempo es de 101 a 300 días, las evaluaciones suelen ser completas, no así cuando aquellas permanecen menos de 101 o más de 300 días ( $p < 0,05$ ); entre los errores detectados en los expedientes y la finalización de las evaluaciones: los errores por omisión con evaluaciones incompletas y los normativos con completas ( $p < 0,01$ ). El Mann Whitney no demostró asociación entre tiempo de permanencia en el CVED y sanciones, puesto que no resultó significativa. La correlación lineal simple entre las tendencias de las curvas del total de denuncias versus la de relación directa con pacientes, en las Figuras 1 y 2 no alcanzaron diferencias significativas. No resultaron significativas las correlaciones entre sanciones y errores cometidos por el CVED, tampoco entre evaluaciones éticas con cada una de las siguientes características: situaciones antecedentes, tipo de denunciantes y tipo de supuestas transgresiones.



### Anexo 5. Requisitos para postular a miembro de un comité de vigilancia ética y deontológica del Colegio Médico del Perú

- Ser médico colegiado, hábil y de ser el caso, con registro de especialista.
- Tener por lo menos 5 años de práctica de la medicina.
- Ser miembro activo de la Sociedad que corresponde a su especialidad.
- No tener juicios pendientes en lo penal, civil, administrativo o ético (Art. 6 Código nuevo).
- No haber sufrido sanción ética de expulsión del Colegio o suspensión del ejercicio profesional (Art. 124 del Estatuto).
- No haber sufrido sanción ética de amonestación pública, multa, amonestación privada o nota de extrañeza durante los dos años anteriores a su postulación (Art. 126 del Estatuto).
- Firmar una declaración jurando no haber recibido sentencia penal condenatoria durante el quinquenio anterior, ni civil durante el bienio anterior, ni administrativa durante el año anterior a su postulación.
- Poseer capacitación o estar en adiestramiento formal en ética en salud.
- Participar en un seminario taller sobre normas y procedimientos del colegio, y técnicas de entrevista psicológicamente orientada.
- Juramentar, en ceremonia pública, ante el decano y su junta directiva..

## DISCUSIÓN

Nuestro informe se basa en la demanda satisfecha por el CVED ante las supuestas transgresiones éticas denunciadas; no es un estudio de la incidencia real de transgresiones, sino un auto examen del Consejo Regional III, sobre lo realizado, para identificar las características y posibles fallas del sistema a fin de propiciar la adopción de medidas correctivas.

En la Figura 1, elaborada con los datos de las memorias del Consejo Regional III<sup>(10-12)</sup>, la curva ascendente de la década del 90, es similar a la de la Figura 2. No se da el supuesto incremento a costa de las denuncias con relación a pacientes, ya que la comparación estadística no resultó significativa, por lo tanto el incremento se debería más al crecimiento vegetativo del número de médicos, que a un deterioro de la conducta de los mismos.

Es factible tomar medidas preventivas si tenemos en cuenta que dentro de los establecimientos de salud se da tanto el 40% de situaciones precedentes de supuestas transgresiones derivadas de actos médicos (Tabla 1A) como las dificultades de relación interpersonal (Tabla 1C). ¿Están los médicos debidamente informados sobre protocolos, reglamentos y códigos de la institución?, ¿existe un sistema justo de promoción, que evite hostilidades y resentimientos entre los médicos? Las relaciones con los medios masivos de comunicación, con el poder judicial o con la policía (Tabla 1B y D), como antecedentes de denuncias, suscitan los siguientes interrogantes: ¿No sería bueno que los médicos concedan entrevistas, sólo con un previo cuestionario escrito?; ¿Sería conveniente que cuando un médico acuda a un juzgado o a una comisaría por una denuncia, se acompañe de un abogado?

**Tabla 5.** Errores por desconocimiento o falsa interpretación de normas (n= 1-3) mir funciones que corresponden al C. Regional III

Del consejo regional	
• Considerar publicidad, sanitaria como propaganda	2
• Calificar como denuncia una ratificación de certificado	1
• Desconocer, sin fundamento, conclusión de su CVED	1
• CACFD contradice opinión del CVED sobre capacitación	1
• Reiteración de cita equivocada del Art. 69 del reglamento	1
• Abrir proceso por problema que estaba en el Poder Judicial	1
• Desconocer, sin fundamento, apertura de proceso	1
• Registrar como especialista a quién no lo era	1
• Difundir en TV sanciones de un médico	1
• Falsa interpretación de artículos del Estatuto y Reglamento	1
	14

Si 40% de situaciones precedentes de las denuncias está relacionado con pacientes, y deviene en menos posibilidad de sanción y, por el contrario, el restante 60% es de supuestas transgresiones con otros grupos y con mayor posibilidad de sanción, ¿deberíamos ocuparnos prioritariamente de estos últimos?

El 38% de denuncias que se dan en el marco de la relación médico-paciente (Tabla 2A), sugiere la necesidad de evaluar los procesos formativos, mientras que el 49% de supuestas transgresiones de aspectos normativos administrativos, económicos o penales (Tabla 2B, D y E), se relacionarían mas bien con la educación médica continua. Preocupan los 22 casos de "agresión verbal y/o física entre médicos", algo que debe investigarse, antes de intervenir.

Un estudio transversal, encontró entre mayo y junio del año 1999, en los 37 juzgados de Lima, a 190 médicos procesados, 59 por homicidio culposo, 14 por lesiones culposas y 4 por exposición y/o abandono de personas en peligro. Los 190 procesos, sin considerar a los de los 10 juzgados del Ministerio Público y los del Callao y Cono Norte<sup>(13)</sup>, involucraron al 1,18% de los médicos que laboran en Lima. Este importante indicador muestra que estamos siendo denunciados directamente al fuero judicial. En todo caso, estas denuncias incorporan un componente ético aún no evaluado.

Al lado de capacitar a nuestros colegas en la evaluación ético-clínica, se debe exigir la rectificación pública de aquellas noticias exageradas o falsas; capacitarnos en cómo enfrentar situaciones conflictivas con otros grupos y no sólo con pacientes; recordar a directores y funcionarios que el médico es el principal "cliente interno"<sup>(14)</sup>. Las investigaciones que se están realizando, la incorporación de aspectos legales en eventos educativos, la organización de seminarios sobre ética médica y bioética, la acreditación de facultades de medicina, la recertificación del médico, así como la promulgación del nuevo Código, son algunas de las tareas que el Colegio está llevando a cabo acertadamente. Todo esto nos lleva a la hipótesis de que las responsabilidades ética, administrativa, civil y penal dependen, tanto de la formación moral, como de la información recibida, por ello el Colegio debería contar con un espacio



para, entre otros fines, difundir y fomentar la imagen del médico como un ser humano que puede cometer errores involuntarios a pesar de la mejor buena intención y de su acendrado altruismo, errores que se dan en mínima cantidad, cuando se comparan con los millones de actos médicos exitosos.

Como era de esperar, cuando los denunciantes son pacientes o sus familiares, la mayor crítica se relaciona con culpa (daño no intencional) y luego dolo (daño intencional), por ejemplo por falsificación de documentos, o económicos. Destaca la importancia que se confiere a las transgresiones de las normas, al ocupar el primer lugar cuando los denunciantes son instituciones o autoridades médicas o el segundo cuando los denunciantes son instituciones fuera del sector salud u otro médico. Estadísticamente hay asociación más intensa, cuando son denuncias de pacientes o familiares, con menor posibilidad de sanción y menos intensa cuando los denunciantes son autoridades con mayor posibilidad de sanción; esto tendría que ver con la explicable mayor emocionabilidad y falta de objetividad de los primeros y mayor objetividad de los segundos.

En la Tabla 3, de 75 probables transgresiones evaluadas completamente (75%), los indicadores de producción (evaluaciones y sanciones), reconoce la tarea del CACPD al procesar y sancionar a 31 médicos que con los "Sancionados verbalmente" (no considerados en el Estatuto), conforman un 46.5% mientras que en el extranjero, van del 5%<sup>(16)</sup>, al 31%<sup>(17)</sup>. Aquí debemos destacar el alto número de sancionados que, al lado del establecimiento de "sanciones verbales", niega el prejuicio de colusión que suele atribuirse al CVED. La cuarta parte restante (38 casos 25%), es esfuerzo perdido, por "errores" que comentaremos enseguida.

Es difícil calificar retrospectivamente los "errores", hemos aceptado como tales los debidamente documentados, cuya discusión podría ser útil, para ulterior corrección.

En la Tabla 4 (T 4), la mayor cifra de 27 casos, engloba el eludir las recomendación de pase a proceso, principalmente por considerar que el asunto es administrativo, o también obviar las denuncias de oficio ante indicios de otra transgresión, que surge durante la evaluación (Art. 73 del Reglamento y 87 del Estatuto)<sup>(9,15)</sup>; todo lo podría fomentar el prejuicio de colusión, pero por otro lado es lógico, que ante la duda, sea preferible no someter al médico a situaciones difíciles aunque no es admisible que una falta administrativa impida una sanción ética paralela (Art 8 Código antiguo y 1 del nuevo)<sup>(16,17)</sup>.

Las ofensas mutuas entre médicos transgreden los artículos 73 del Código antiguo<sup>(16)</sup> y 70 del nuevo<sup>(17)</sup>, sugerimos la conciliación o exhortación verbal, evitando en lo posible sancionar.

El control del cumplimiento de las sanciones (Art 84 del nuevo Estatuto), establece que el CVED del Consejo Nacional, en coordinación con los regionales, son responsables de «velar por el cumplimiento», pero no dice cómo. En lugar de la suspensión que perjudica económicamente, propondría atender gratuitamente, en horas extras, en instituciones filantrópicas recabando el informe comprobatorio pertinente.

El ser directivo de una institución de salud no confiere inmunidad, por lo que el director de una institución de salud u otra autoridad que actúa como denunciante puede convertirse en denunciado.

En la misma T 4 las 16 omisiones relacionadas con las entrevistas tienen que ver con la asociación significativa entre errores por omisión y evaluaciones incompletas. Sería recomendable interrogar con cuestionario previamente elaborado, con técnica psicológicamente orientada y anotando las respuestas que deberán firmar entrevistador y entrevistado.

La omisión de datos de los implicados se solucionaría con capacitación de secretarías y nuevos formatos (Anexo 2), mientras que la información de los medios, del poder judicial, del Ministerio de Salud o del Colegio de Abogados, requiere convenios con tales instituciones, lo que también facilitaría exigir corrección y publicación de enmienda cuando se distorsionan las noticias o se falsea la verdad.

Existe exceso no cuantificado de trámites burocráticos, basta con comparar las fechas de las varias hojas de destino entre oficinas muy cercanas, que podría mejorar utilizando una hoja de destino única (Anexo 3) y una mejor secuencia de trámites (Anexo 4).

En la Tabla 5 (T 5), los errores por desconocimiento o falsa interpretación de normas, se basarían en escasa capacitación de los miembros, que deviene en errores involuntarios, antes observados (10, Pág. 22). Proponemos los requisitos del médico que acepte pertenecer a cualquier CVED del Colegio (Anexo 5).

Las tareas de los miembros del CVED, debieran limitarse a una atenta lectura de la denuncia y pruebas espontáneamente presentadas. Si se encontraran indicios de transgresión ética suficientes pero leves, o se trata de conflictos entre médicos, debería intentarse la conciliación. No debiera soslayarse la consideración de los aspectos emocionales y de carencia de información de los denunciantes, a los que el miembro CVED, encargado del expediente, cuando se recomiende el archivamiento, debería explicar al denunciante, verbal o eventualmente por escrito, porqué su denuncia no es procedente, salvo que él aporte nuevas pruebas, así cumplimos con la obligatoriedad legal de las conciliaciones, preservamos la buena imagen del Colegio, respetamos la opinión del denunciante y combatimos la suposición de colusión entre médicos. Al respecto, el vocablo deontología parcialmente incluido en el de ética, bien podría reemplazarse por el de conciliación.

El acopio de otras y mejores pruebas testimoniales y documentales, entrevistas complementarias y la elaboración del proyecto de resolución, debiera quedar en manos del Comité Asuntos Contenciosos, en el proceso correspondiente.

Según el análisis estadístico, si la situación precedente involucra al paciente, la denuncia es realizada por él mismo o un familiar, o si la transgresión le afecta directamente, es más probable que el CVED archive el caso, o si pasa al CACPD, que el supuesto transgresor no sea sancionado. Estas asociaciones, no son de causa-efecto, pero favorecen el prejuicio popular de colusión entre los médicos, que no sería tal, sino temor a ser injusto, al existir dudas que se generan



ante la incompleción del expediente; en cambio se encuentra asociación muy significativa entre evaluaciones completas y probabilidad de sanción, además, reiteramos que es lógico que el paciente-denunciante no posea suficiente objetividad tanto por exacerbado influjo emocional como por insuficiente conocimiento, de acuerdo con lo postulado por Niselle<sup>(4)</sup>. El problema debiera investigarse científicamente, por ejemplo con entrevistas en profundidad en pacientes y familiares denunciadores, a fin de evitar un eventual desprestigio del Colegio.

El límite tradicionalmente establecido a lo largo de los años, en cuanto al tiempo de permanencia de los expedientes en el CVED, antes de su resolución, es de 1 a 300 días en el 91% de los casos, a pesar de que el Reglamento, en su Art. 68 dice: "La denuncia será tramitada al Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Regional respectivo, el cual, bajo responsabilidad en el plazo de 10 días informará al Consejo sobre la procedencia o improcedencia de apertura del proceso"<sup>(9)</sup>. Como no hay correlación significativa entre sanciones y tiempo de permanencia de los expedientes, pero sí entre evaluaciones completas y tiempo de permanencia de 101 a 300 días, es lícito preguntarse ¿Porqué se requiere tanto tiempo para completar los expedientes?, ¿el límite de casi un año, tiene que ver con la costumbre de posponer para luego intentar solucionar todo al final de cada año?

Es lógico que a más tiempo, mayor posibilidad de completar una tarea, pero preocupa que sobrepasando los 10 meses, se de mayor probabilidad estadística de incompleción de los expedientes. La asociación entre evaluaciones incompletas o completas con errores por omisión o en relación a la normatividad, es también lógica, ya que son incompletas, precisamente por omitir trámites o documentos, por el contrario, cuando son completas, surgen errores de orden normativo. Si recordamos que la cuarta parte son evaluaciones incompletas, las asociaciones significativas encontradas refuerzan la necesidad de actuar, utilizando nuestras propuestas u otras que se estimen mejores, y así reducir la cantidad de evaluaciones incompletas y por lo tanto de los errores.

## CONCLUSIONES

Primera. El que situaciones precedentes que involucran a pacientes, denuncias realizadas por él o un familiar, o que la transgresión le afecte directamente, está asociado significativa y más intensamente con el archivamiento del expediente y no sanción, estaría a favor del prejuicio popular de colusión entre médicos; sin embargo, el alto porcentaje de sancionados y la asociación muy significativa entre evaluaciones completas y probabilidad de sanción, va en contra de tal prejuicio.

Segunda. La asociación significativa y más intensa entre evaluaciones completas con tiempo de permanencia en el Comité de 101 a 300 días, es decir 3 a 10 meses y entre evaluaciones completas o incompletas con errores normativos u omisiones, sugiere la necesidad de mejorar los procedimientos para reducir el tiempo de permanencia de los expedientes y los errores.

## RECOMENDACIONES

1. Capacitar al médico sobre cómo relacionarse mejor con los medios masivos de comunicación, poder judicial, policía y comunidad.
2. Investigar las relaciones entre médicos, en las instituciones de salud, así como su grado de conocimiento de normas y protocolos institucionales.
3. Evaluar, por medio de pilotos, los formatos propuestos (Anexo 2, 3 y 4) a fin de mejorar los trámites burocráticos, e incrementar la compleción y calidad de las evaluaciones.
4. Elevar las exigencias en los futuros miembros de los comités de ética (Anexo 5).
5. Investigar, por medio de los denunciadores, el prejuicio de colusión entre los médicos.
6. Cambiar la denominación del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica por el de Comité de Vigilancia Ética y Conciliación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bpsnjak D, Marusic A. Croatia legal regulation of doctors. *Lancet* 2000 Oct 14; 356 (9238): 1349-50.
2. Rotker J, y col. Medical liability disputes involving thoracic and cardiovascular surgeons. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 49(1): 60-3.
3. Nakajima K, y col. Medical malpractice and legal resolution systems in Japan. *JAMA* 2001; 285: 1632-40.
4. Niselle P. Angered patients and the medical profession. Changing from "doctor's orders" to "patient's choice". *MJA* 1999; 170:576-7.
5. Peng PW, Medstad KG. Litigation in Canada against anesthesiologists practicing regional anesthesia. A review of closed claims. *Can J Anaesth*, 2000; 47(2): 105-12.
6. Ugalde JG. Denuncias por responsabilidad profesional: el caso de la medicina costarricense. *Med Leg Costa Rica dic 1993-mayo 1994*; 10/11: 34-7.
7. Mendoza W, y col. Análisis de las consultas al sistema de ayuda profesional del IX Distrito del Colegio de Médicos y de las denuncias penales y demandas civiles en el periodo comprendido entre el 1-6-90 y el 31-5-94. *CM Publ. Med* 1994; 7(3): 132-6.
8. Garrido C, y col. Responsabilidad médico legal: Análisis de querrelas 1991-1998. *Rev Chil Obst Ginecol* 2000; 65 (1): 38-45.
9. Colegio Médico del Perú. Ley, Estatuto y Reglamento 1997; Decreto Supremo N° 00360-72-sa del 6 abril 1972.
10. Colegio Médico del Perú. Consejo Regional III Lima. Memoria 1969-71.
11. Colegio Médico del Perú. Consejo Regional III Lima. Memoria 1987-89.
12. Colegio Médico del Perú. Consejo Regional III Lima. Memoria 1994-95.
13. Villacorta N. Informe al Colegio Médico N° 01-PAL-99-CMP sobre Procesos penales contra médicos por supuesta mala práctica profesional.
14. Passos-Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie PALTEX. Salud y Sociedad 1997; N° 4 OPS-OMS.
15. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional, Estatuto aprobado por Asamblea Estatutaria del 26 de marzo del 2000.
16. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología aprobado por Resolución N° 08CM-CN del 12 de marzo 1970.
17. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional, Código de Ética y Deontología promulgado el 5 de octubre del 2000.