



ERROR MÉDICO Y SEGUROS

Dr. Herberth Cuba García
Vocero oficial de la AMP

Preocupa la forma tan apresurada como el Ejecutivo pretende discutir un tema en relación al ejercicio de la profesión del médico en el Perú, introduciendo la intermediación de las compañías aseguradoras privadas en la relación médico paciente y peor aún conociendo que en los EEUU, "país modelo" en el tema de seguros, el propio Presidente de los Estados Unidos, se encuentra ya hace varios años intentando cambiar esta legislación perversa que encarece las atenciones medicas, a través de mecanismos financieros especulativos utilizando el concepto de riesgo y error médico.

La profesión médica en este acápite comparte la preocupación del Presidente George Bush y espera la ponderación de la representación nacional del Perú en la discusión de la propuesta del ejecutivo mal llamada "soat médico".

a) La actividad médica se basa en el diagnóstico clínico, cuyo proceso se realiza a través de pruebas sucesivas y diferenciales llamadas de ensayo y error. No es posible llegar al diagnóstico y al tratamiento médico si no se tolera el error. El Código Penal peruano no lo ha penalizado salvo para los errores inexcusables y el Código Civil tampoco lo toma en cuenta. La ley General de salud se refiere a la imprudencia, impericia, negligencia y tampoco menciona al error. Además, la doctrina del error en derecho es muy compleja y en su seno existen muchas tendencias, por ello, pretender distorsionar vía una ley sectorial y exclusiva para la profesión médica la doctrina jurídica peruana sobre el error, es sorprender a la representación nacional. Este tema ameritaría una discusión constitucional y del Código Civil y Penal. Las implicancias de este exabrupto podrían ser nefastas para los contratos jurídicos y la estabilidad jurídica, así como para el ejercicio de la profesión médica y el avance de la ciencia médica que se basa en el ensayo/error.

Por lo expuesto es necesario retirar al error médico de los artículos 1ª y 2ª del Proyecto 1819/2007/PE o de cualquier otro proyecto de ley que busque con justicia resarcir los daños provocados a los pacientes en los servicios de salud.

b) Los servicios de salud tienen a mano vías muy modernas de resarcimiento para los pacientes víctimas de negligencias, impericias, imprudencias y omisión a través de mecanismos extrajudiciales, de

conciliación y arbitraje. Este mecanismo permite resarcimientos hasta en 48 horas. Los servicios de salud privados, usan frecuentemente este mecanismo y solucionan el 98% de sus controversias. La propia SEPS (Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud) tiene sus propios centros de conciliación y arbitraje. ¿Dónde está el problema, entonces? Es en el sector público, debido a que los directores de los hospitales públicos no tienen el dinero ni la autorización administrativa para emprender acciones de conciliación o arbitraje con los pacientes afectados por los servicios que administran, a pesar que la ley lo permite. Peor aun, insisten en obtener una sentencia firme del poder judicial para colocar la suma a resarcir en el presupuesto para el siguiente año, y si el Congreso de la República no aprueba ese pago, es evidente que el paciente dañado es víctima de una injusticia adicional.

Por este motivo es necesario que el gobierno a través del Ministerio de Economía tenga un FONDO DE RESARCIMIENTOS INTANGIBLE, y que los directores de todos los nosocomios del país puedan cumplir la ley de conciliación y arbitraje. Hay que señalar que los mecanismos intrahospitalarios de control de calidad permiten visualizar rápidamente el desempeño del servicio de salud y recomendar al director a negociar una conciliación o a aceptar un arbitraje. Sólo cuando las pretensiones no coinciden con la realidad se tendría que llegar al poder judicial, pero aún en ese caso, los pagos exigidos por las sentencias sería inmediato a través del fondo.

El rechazo a la intervención de los seguros privados como intermediadores de esta actividad, es consecuencia no sólo de la experiencia de los EEUU y las peripecias del Presidente Bush sino por que esta intermediación se da en dos variables que no controla el médico: siniestralidad y error. Ambas generan una explosión de expectativas y litigios. Los circuitos económicos especulativos hacen lo suyo.

Transferir 720 millones de soles a las aseguradoras privadas por adelantado para indemnizar a pacientes víctimas de los servicios de salud, tomando en cuenta que este gasto no significa mejora alguna de los servicios de salud (al contrario, menores recursos) sin tomar en cuenta que el 25% de la población no tiene acceso a la atención médica, es como darle a un ciudadano una póliza de seguro contra incendios para vivienda, ¡cuando el ciudadano no tiene vivienda! Además, el Seguro Integral de Salud, creado para atender a los más pobres del país y que todavía no llega a cubrir de atención médica de todos los que la necesitan solo tiene un presupuesto de inicio de 300 millones de soles. ¡Es inaudito!

causales cubiertas de las no cubiertas obliga a un proceso judicial tedioso.

- c) Incluye a todos los profesionales de salud, técnicos y auxiliares. Esto significa asegurar a más de 500,000 trabajadores, lo que equivale a una transferencia promedio de 40 dólares mensuales por asegurado para otorgar una indemnización baja (mucho menores que las expectativas de la gente), necesarias para reparar el daño.
- d) Transferir más de 720 millones de soles a las aseguradoras por adelantado, sin que esto signifique mejora alguna en los servicios de salud, es irracional, cuando el 25% de la población del país no tiene acceso a la atención médica.
- e) Las personas que no tienen acceso a la atención médica, subsidiarán a los que ya tienen atención médica, con el pago de las indemnizaciones.
- f) Es increíble: "Que pague un seguro por responsabilidad profesional de salud quien no tiene atención médica".
- g) La segunda disposición complementaria se convierte en una barrera de acceso al mercado de los profesionales y trabajadores de salud así como de las personas jurídicas, cuyo costo será manejado por los seguros, que en el Perú tiene un comportamiento monopólico y/o oligopolio.
- h) La tercera disposición transitoria generará un **paquetazo sanitario**, por que los costos del SORCSeS serán cubiertos con el dinero directamente recaudado por los hospitales públicos, es decir, por las tarifas que pagan los pacientes.
- i) Los establecimientos de salud públicos (postas, centros de salud, hospitales e institutos), tienen 3 fuentes de financiamiento:
 - 1) Tesoro público que sirve para pagar planillas, algunos gastos en bienes y servicios.
 - 2) Cooperación interna e internacional, que es nula o casi inexistente.
 - 3) Los recursos directamente recaudados, recursos provenientes de los servicios que vende a la población pobre y que es sujeto a una tarifa. **De este rubro pretenden que se pague el mal llamado Soat Médico.**

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
2006 2007

Dr. Víctor Alva Flores
Presidente

Dr. Julio C. Sánchez Tonohuye
Vice Presidente

Dra. Isbel Muchaypiña Gallegos
Secretaria General

Dra. Nelly Solís Gonzáles
Secretaria de Economía

Dr. Teodoro Quintanilla Quispe
Secretario de actas y archivo

Dr. José Saúl Díaz Bendivel
Secretario de Organización

Dra. Gaby Curi Jaramillo
Secretaria de Previsión Social

Dra. María E. Marchese Quiros
Secretaria de Relaciones
Públicas

Dra. Celia Páucar Miranda
Secretaria de Prensa y
Propaganda

Dr. Jesús Mori Pacheco
Secretario Educación Médica
Continua

Dr. Carlos Andrés Chirinos
Quispe
Secretario de Vigilancia del Acto
Médico

CONSEJO DE VIGILANCIA

Dr. Herberth Cuba García
Presidente

Dr. Jesús Félix Ramírez
Miembro

Dr. Flora Luna Gonzales
Miembro

Jr. Camaná 381 Of. 207
Lima 1 Perú

Teléfonos: (511)427-4590 / 427-7578
Telefax: 321-0037
Celular: 9938-4515

e-mail: amp@rednextel.com.pe
amp@asociacionmedicaperuana.net

www.asociacionmedicaperuana.8k.com
www.asociacionmedicaperuana.net
www.amporg.net

- * "Seguro obligatorio de responsabilidad civil por servicios de salud" (SORCSeS)
- * 2 artículos, 4 disposiciones complementarias
- * Objeto de la ley: Otorgar el derecho a recibir indemnización cuando sean víctimas de lesiones, invalidez o muerte por impericia, error, omisión, imprudencia o negligencia de los profesionales de la salud y de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud.
Incorporar texto como inciso j) del artículo 15 de la Ley General de Salud.
- * Los profesionales de la salud (brindan servicios de manera independiente).
- * Los técnicos y auxiliares (brindan servicios de manera independiente)
- * Los establecimientos de salud o los servicios médicos de apoyo
- * Cualquier persona jurídica que brinde servicios de salud" DEBERÁN CONTAR CON UN SEGURO OBLIGATORIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR SERVICIOS DE SALUD.

Disposiciones complementarias:

- * Primera: Por Decreto Supremo en un plazo de 60 días se establecerá los términos y condiciones de Seguro (SORCSeS)
- * Segunda: el SORCSeS es requisito obligatorio para toda natural o jurídica que brinde servicios de salud.
- * Tercera: El financiamiento del SORCSeS para los establecimientos del sector público estará a cargo de los presupuestos institucionales, preferentemente usando los recursos directamente recaudados y de no contar, otras fuentes de financiamiento.
- * Cuarta: La Ley entrará en vigencia una vez publicado el Decreto Supremo que señala los términos y condiciones del SORCSeS.

Objeciones de la AMP:

- a) Amplia la responsabilidad profesional al incluir al error. El diagnóstico y tratamiento médico se basa en el ensayo/error. En la actividad médica se tolera el error. El Código Penal Peruano no lo ha penalizado, salvo para los errores inexcusables, el Código civil y la Ley general de salud tampoco lo toman en cuenta. (Sólo se refieren a impericia, negligencia, imprudencia). Las implicancias de este exabrupto pone en riesgo el ejercicio de la profesión médica y el avance de la ciencia ya que se basan en el ensayo y error.
- b) Especifica demasiado las causales de indemnización por lesiones, invalidez o muerte que las negligencias sanitarias, no quedarían indemnizadas por el seguro. Además separar las

MESAS REDONDAS
0.5 HORAS ACADÉMICAS

Lugar: Clínica Las Artes Médicas
Av. Las Artes N° 1105 San Borja Norte (Alt. Cuadra 28 de la Av. Javier Prado Este con Av. San Luis.
Cruce de las Avs. Salvador Dali y Las Artes.)

Hora: 4:00 a 8:00 p.m.

1.- **Sábado 17 de Noviembre**
El impacto de la contaminación ambiental sobre la salud en el Perú.

2.- **Sábado 15 de diciembre**
Los Alimentos Genéticamente Modificados (Transgénicos) y el impacto en la salud, el ecosistema y la biodiversidad del Perú.

La Verdad sobre el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud

Presupuesto del sector Salud es Insuficiente

El presupuesto del sector para el año fiscal 2007, asciende a 4'077,000.00 (millones de nuevos soles). ES INSUFICIENTE, no se logra invertir en equipos y medicamentos de calidad. Se adquiere lo más barato y de dudosa procedencia, se reutiliza el material poniendo en peligro a los pacientes.

El Estado Administra

7,000 establecimientos de Salud del MINSA, algunos cientos más, entre EsSalud, FFAA, Sanidades Policiales y Municipalidades.

En el Perú, el Estado administra el 90% del total de los Servicios de Salud.

Sólo el 10% de los Servicios de Salud, está en manos privadas.

Para el Estado trabajan alrededor de 500,000 profesionales y trabajadores de la salud.

Por lo tanto es necesario que el Estado....

Garantice una atención de calidad. En los casos de negligencias producidas en los servicios de salud estatales, los pacientes perjudicados deben ser indemnizados de inmediato.

Se ha anunciado:

Que el Estado pagaría a las empresas aseguradoras: La prima para cubrir a los 500,000 Profesionales de la Salud. Además la prima de los técnicos y auxiliares asistenciales de la salud.

Calculemos el gasto del Estado para pagar estas pólizas:

Si tomamos como promedio un pago anual de: \$480.00 dólares (\$40.00 mensuales) o por 500,000 trabajadores tendremos \$240, 000. 00 dólares, al cambio en soles, sería 720 millones. Considerando "una póliza mínima" el Estado entregaría 720 millones a los seguros privados.

Si usted fuera el administrador de los servicios de salud en el Perú ¿Qué haría?

1. ¿Pagar un Seguro Privado por cada uno de sus 500,000 trabajadores y demás?. Qué sería trasladar más de 720 millones a las empresas aseguradoras.
2. O más bien ¿Crear de inmediato un Fondo de Resarcimiento para los afectados?.

¿Para qué darle de ganar a las empresas aseguradoras?

Si lo que necesitamos es que el Estado invierta en sus Establecimientos de Salud, mejor infraestructura y equipos de última generación y adquiera medicamentos e insumos de mejor calidad. Para ello, necesitamos que se aumente el Presupuesto para el Sector Salud.

Como opera el 10% de servicios privados de salud en el Perú.

A través de las clínicas y consultorios particulares, brindan servicios a los niveles socioeconómicos A y B de la población peruana. Estos segmentos de la población cuentan con seguros privados de atención médica. Para que un paciente pueda cobrar el gasto que le ocasiona una atención médica particular, debe presentar facturas de lo gastado de lo contrario la aseguradora no paga. Todas las clínicas y consultorios particulares están formalizados y pagan a la Sunat, sino no pueden brindar el servicio.

En algunos casos ocurre responsabilidad sanitaria que la propuesta no pagaría:

- 1) El paciente que murió en una ambulancia siendo trasladado a varios Hospitales sin lograr una atención.
- 2) Los pacientes que al practicarse una diálisis son contagiados de VIH-SIDA ó hepatitis B ó C, porque los filtros que deberían desecharse, son reutilizados.

Casos de responsabilidad sanitaria, o sea del Estado, que tampoco pagaría:

- 1) Un médico en el Hospital Rebagliati recetó un enema a una paciente, y la auxiliar de enfermería en vez de aplicar agua jabonosa le aplica formol (por no contar con enemas ya fabricados).
- 2) Los pacientes que han sido contagiados de VIH-SIDA por transfusión sanguínea. Los reactivos que se utilizan para comprobar si la sangre esta contaminada, son de un amplio periodo de ventana o de mala calidad.

¿Qué haría usted?

Engordar a unas cuantas empresas aseguradoras, o más bien crear un Fondo Indemnizatorio con plata del MEF, que pague de inmediato a los pacientes afectados en los hospitales públicos (esto solo sería una pequeña parte de los s/.720 millones) y con el resto del dinero podría equipar mejor sus establecimientos de salud que tanto lo necesitan.

No debemos olvidar que:

El Presidente de la República recibió el encargo de administrar bien los recursos del Estado a favor de todos los peruanos, no de vender seguros a gran escala.



LOS MITOS Y VERDADES DEL SOAT MÉDICO

	MITOS	VERDADES
1	El Soat Médico beneficiará a nuestra población	Falso , sólo beneficiará a las aseguradoras porque encarecerá la medicina y reducirá más, el ya exiguu presupuesto de salud.
2	El Soat Médico acelerará el pago de las indemnizaciones	Falso , el Poder Judicial siempre tiene que evaluar la responsabilidad profesional. Por lo tanto, se retardará más el pago, porque el paciente tendrá que hacerle otro juicio a la aseguradora.
3	El Soat Médico será disuasivo de las negligencias médicas	Falso , por que la mayoría de las negligencias en el Perú son de tipo sanitario (del Sistema de Salud)
4	El Soat Médico corregirá las negligencias médicas y los errores.	Falso , actualmente al paciente se le corrige el daño, y se le indemniza por lucro cesante y daño moral, con este seguro no se podrán corregir los daños, por el monto de las indemnizaciones.
5	El Soat Médico ayudará a que los médicos declaren mejor sus ingresos	Falso , el 90% de los médicos que trabajan en Entidades Públicas tienen descuentos por planilla y el 10% de la Práctica Privada dan factura a sus pacientes (NSE: A y B) para el reembolso de su seguro privado de atención médica.
6	El Soat Médico mejorará la medicina peruana, "cual varita mágica".	Falso , El Soat Médico reducirá más el Presupuesto de Salud y lo que necesitamos es aumentarlo.