

Atención del daño en los servicios de salud ¿Seguro, fondo o Ley 29414?

Warning of damage to health services safe background or Law 29,414?

José Véliz Márquez¹

RESUMEN

Ante el incremento de demandas por mala práctica médica, se plantea el problema de identificar una estrategia que atienda de inmediato los daños ocasionados por los errores o eventos adversos durante la práctica sanitaria. El reporte identifica 3 tesis: dos ya conocidas: establecer seguros o fondos, y otra que se basa en la simple utilización del presupuesto asignado a los establecimientos de salud, tal como en realidad suele hacerse, en muchos casos, aunque en forma extraoficial. La evaluación de los hechos observados y una evaluación de los aspectos éticos, sirven para determinar, que la mejor estrategia sería el uso del presupuesto ya que las otras dos encarecen los procesos sanitarios por pagos administrativos al intermediador en el caso de los seguros, o por inmovilizar recursos, en el caso de los fondos y tener que utilizar tiempo de los mismos trabajadores que debieran dedicarse a labores asistenciales. El encarecimiento resultante agrava la situación de los pacientes pobres o en extrema pobreza. Otra desventaja, la más grave en opinión del autor, es la distorsión de la relación médico-paciente, ya que el ambiente de controversia establecido, al lado de la cólera, temor o posibilidad de obtener dinero litigando, coloca a ambos lados de la trinchera a paciente y médico, generando desconfianza. Se concluye que el simple uso del presupuesto, posible con la reglamentación de la Ley 29414, evita mayores gastos y mantiene la relación médico-paciente dentro de un clima de confianza en el que se da la tarea mutua de curar o por lo menos mejorar la salud de los pacientes.

Palabras clave: Paciente. Seguros.

ABSTRACT

Faced with increased demands for medical malpractice, there is the problem of identifying a strategy that addresses immediate damage caused by errors or adverse events for healthcare practice. The report identifies 3 thesis, two already known: to establish insurance funds, and one that is based on the simple use of the budget allocated to health facilities, as indeed is often done, in many cases, though unofficially. The assessment of what happened in our reality, and an evaluation of the ethical, are used to determine the best strategy would be to use the budget as the other two more expensive health processes for administrative payments to the intermediary in the case of insurance, or investment resources, in the case of funds and having to use the same time health workers to the respective health services. Rising prices aggravated the situation for patients in poor or extremely poor. Another disadvantage, the most serious, according to the author, is the distortion of the doctor-patient relationship, as the atmosphere of controversy set next to the anger, fear and possibility of getting money to litigate, placed on either side of the trench to patient and physician, creating mistrust. We conclude that the mere use of the budget, possibly with the regulation of Law 29414, avoids higher costs and keeps the physician-patient relationship in a climate of confidence which gives the mutual task of curing or at least improve patient health.

Key words: Patient, Insurance.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más complejos que enfrenta el ejercicio de la medicina en todo el mundo, es el incremento sostenido de las demandas legales por la denominada “mala práctica médica”, resultado de los infaltables errores y subsiguiente daño.

Tal incremento es producto de diversos factores de índole personal, social, económico, cultural, científico y tecnológico, que caracterizan a la sociedad moderna. Precisamente en la comprensión sistémica de tales factores, radica la posibilidad de generar estrategias que permitan su adecuado manejo.

En los años recientes, de cara a las transformaciones intensas que vive la sociedad peruana, y a través de diversas iniciativas, actividades y programas, se han privilegiado las actitudes reparativas, olvidando las preventivas. Dentro de esta tendencia y aceptando que existe buena intención, la insistente propuesta de un seguro o fondo para atender los daños ocasionados por los errores y eventos adversos, surge sólo cuando los medios de comunicación escandalizan sobre una supuesta o real negligencia médica,

atribuyendo las causas, o mejor la culpa, sólo al personal de salud, olvidando la multitud de actores y factores que influyen en todo acto sanitario.

Para saber en qué sentido debemos orientar nuestras indagaciones, debemos de definir el problema que a mi entender podría frasearse de la siguiente manera: “En nuestro país no se ha identificado la mejor estrategia para atender de inmediato los daños ocasionados por los profesionales de la salud a sus pacientes”.

Si observamos los proyectos presentados, por el Legislativo y el Ejecutivo se encuentran 3 tesis:

1.- La primera podría denominarse de responsabilidad individual, tiene que ver con el Art. 36 de la Ley General de Salud (LGS) (1) que a la letra dice: “*Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades*”. Señala a los profesionales como potenciales y únicos culpables y, por lo tanto, por ser responsabilidad individual, TODOS los profesionales debieran tomar obligatoriamente, una póliza de seguro. No se tiene en cuenta la necesidad de inmediatez en la atención del daño, ni cuida el bolsillo de sus trabajadores.

¹ Médico Psiquiatra. Magister en Bioética. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio delgado - Hideyo Noguchi, Lima, Perú.

2.- La segunda, que podría denominarse de **responsabilidad compartida**, se relaciona con el Art. 48 de la LGS² que dice “*El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia. Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece*”. Ya no es el profesional el único responsable, por lo tanto recomienda la creación de un fondo a partir del **presupuesto del establecimiento**, añadiendo la colaboración económica de los profesionales de la salud. Acepta la necesidad de inmediatez en la atención del daño, pero ésta se ve dificultada al interponer una instancia evaluadora (aseguradora, comisión, comité, etc.). Disminuye el gasto dinerario de los profesionales de la salud.

3.- La tercera, que podríamos denominar de **responsabilidad universal**, se refiere a que la salud es responsabilidad de **todos** y un **derecho humano**, por lo que los daños que se le ocasionen, por desastres naturales o actos profesionales, por culpables o inocentes, vengan de donde vengan, deben ser atendidos por el presupuesto asignado al Sector, máxime si el Estado, en nuestra representación, ha firmado y ratificado el Pacto de San José de Costa Rica³.

Dado que las 3 hipótesis tienen un fuerte componente moral, comentaremos tal aspecto, para luego señalar las ventajas y desventajas de cada una de ellas y al final hacer algunas recomendaciones.

ÉTICA DE MÍNIMOS Y ÉTICA DE MÁXIMOS

Es bastante conocido que la **bioética**, tan influyente en el mundo entero, ha encontrado 4 principios: **justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia**, que representan a casi todos los demás, sobre todo cuando se trata de aspectos médicos (Bioética Clínica). Alrededor de tales principios presentaremos otros conceptos éticos.

Adela Cortina denomina “ética civil”⁴ a la observada en las sociedades modernas, que son pluralistas, también en lo moral. Los ciudadanos de estas sociedades procuran seguir **principios y valores** defendidos por todos o por la mayoría, es lo que suele denominarse **ética de mínimos**. Eligen principios aceptados universalmente⁵ y dentro de los valores suelen considerar la vida y la salud, que tiene que ver con el reparto equitativo de los escasos recursos sanitarios que se utilizan en la promoción prevención o tratamiento de la enfermedad. Todo ello enmarcado por los principios de **justicia y no maleficencia**, que tienen en cuenta el bien común antes que el individual, por lo que su evaluación debe hacerse en un **primer nivel**⁶. Así, un ministro de salud debería ocuparse prioritariamente de la salud pública, antes que de la individual, por lo que si escasean los recursos, preferirá atender a poblaciones muy pobres antes que comprar equipos médicos con tecnología

de punta. Notemos que al lado del criterio económico-financiero, está presente un criterio moral. En nuestro país, por lo que observamos, cuando se trata de decisiones gubernamentales, prima el criterio económico-financiero, el técnico y el de la opinión pública pero considerada a través de los medios de comunicación masiva. Rara vez se recurre al Comité Nacional de Bioética, institución muy poco conocida y sin significado alguno en la toma de decisiones.

Como los valores defendidos son aceptados por todos, suelen plasmarse en leyes exigibles en su cumplimiento por lo que las transgresiones caen frecuentemente dentro del ámbito legal (civil o penal), sin dejar de considerar los aspectos morales. A esta ética también podríamos denominarla **ética del bien común**.

Pero también, dentro de la pluralidad de la ética civil, cada persona tiene el derecho de buscar su bienestar utilizando otros principios y defendiendo otros valores, siempre y cuando, en búsqueda de la felicidad, respete los derechos de los demás. Esta es la llamada **ética de máximos**, es decir lo máximo que deseamos o podemos lograr y que suelen seguir los principios bioéticos de **autonomía y beneficencia**, defendidos por los códigos morales personales y en parte por el Código Civil. Sin embargo el bienestar individual y su búsqueda son tan diversos, que es difícil lograr consensos o determinar leyes respetadas por todos. Esta ética también podríamos denominarla **ética individual o de la felicidad**. Siendo individual suele evaluarse en un **segundo nivel**.

LA MODERNA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Es útil dejar sentado que dados los cambios en los sistemas de salud, se discute sobre la conveniencia de seguir utilizando el término “médico” en lugar de “**sanitario**”, ya que no sólo el médico realiza actividades en el sector salud; o de “**usuario**” en lugar de “paciente”, dado que actualmente un sujeto sano puede utilizar preventivamente tales servicios. Como quiera que en nuestro país, para bien o para mal, predomina el uso tradicional de la frase “relación médico paciente”, sigamos con ella, dejando constancia de que no olvidamos las variantes aludidas.

También se acepta que en tal relación, actúan las llamadas **terceras partes** de manera cada vez más determinante⁷, por ejemplo un paciente, a pesar de lo determinado en la Ley General de Salud (LGS), no puede atenderse con el profesional por él elegido, si no por un médico impuesto por la dirección del establecimiento. También, de modo importante, intervienen otros actores: los familiares; los docentes de pregrado, postgrado o educación médica continua, los comités de ética de los colegios profesionales, etc. y, de manera cada vez más intensa, los gobiernos a través de los políticos. Un buen ejemplo de tal intervención es el proyectado Seguro obligatorio de responsabilidad civil por servicios de salud recientemente presentado⁸.

EVALUACIÓN DE PRIMER NIVEL: ÉTICA DE MÍNIMOS

Señalaremos, junto al respectivo principio bioético, la estrategia para seguirlo y los daños o ventajas anexas. Dada las similitudes entre fondos y seguros los trataremos simultáneamente.

A.- Principio de justicia distributiva

Estrategia con fondos y seguros

1.-El daño a los ciudadanos más pobres.- Los supuestos beneficios de cualquier medida que se tome para reparar los daños secundarios a los errores de los profesionales, deja de lado a más del 40% de nuestra población, que no tiene un seguro público o privado⁹, tales como los pobres o en extrema pobreza, que no tienen acceso a ningún servicio de salud. Al respecto se ha establecido la atención prioritaria de los más necesitados. Así la Constitución Cap II Art 7 dice: *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”*¹⁰, y la LGS en su Título Preliminar VIII añade: *“El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado”*¹¹, sin embargo un ejemplo de que tales dispositivos legales no se llevan a la práctica, es el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en el que no figura en ninguna de sus 7 partes, por ejemplo, el tratamiento precoz de los neonatos de madres intoxicadas por plomo^{12,13}.

2.- La exclusión de otros profesionales de sus responsabilidades en salud.- Sea que las medidas a tomar fueran positivas para los profesionales (como proteger el respectivo patrimonio); o negativas (como responsabilizarlos por sus errores), no encontramos motivo alguno para excluir, por ejemplo a los ingenieros que construyen hospitales o a los políticos que toman o no toman decisiones que afectan la salud de la población, y cuyos resultados erróneos, afectan personas que a veces se cuentan por cientos o miles, como por ejemplo el no actuar decididamente en los casos arriba mencionados de intoxicación plúmbica en embarazadas.

3.- El abandono de la profesión.- Ante el paulatino incremento de las reparaciones civiles, y consecuentemente de las primas, se produce un espiral de costos imparable, que ha provocado en los EEUU, el que algunos de sus estados carezcan de gineco-obstetras, por el exorbitante precio de las primas¹⁴. Situación injusta para médicos y sobre todo para las pacientes, que deben viajar a otros estados para ser atendidas.

Estrategia presupuestal

1.- Se posibilita la atención inmediata y no discriminativa.- Aunque los profesionales suelen atender el daño de inmediato, es necesario incorporar tal atención en los protocolos. La inmediatez en el alivio del dolor y

prevención de males mayores, no permite la discriminación entre ricos o pobres, culpables o víctimas.

2.- Facilita atender en función de los DDHH.- Basta que una persona sufra un daño para que, si está convenientemente informado, exija ser atendida, reconociendo que la atención no es una dádiva sino un **derecho humano**.

3.- **Hace tangible la necesidad de incremento presupuestario**, mejor si es a través de impuestos específicos a los que propician malos estilos de vida (por ejemplo: productores de comida “chatarra”) o los que deterioran el medio ambiente (por ejemplo: las mineras). Tales medidas significan mayor equidad y por lo tanto cumplen mejor el principio de justicia.

B.- Principio de no maleficencia

Estrategia con fondos y seguros

1.- Aumentan las denuncias en contra de los profesionales: en cuanto se sepa que existe la posibilidad de obtener dinero especialmente dispuesto para un fin, se incrementarán las denuncias honestas, y las interesadas en obtener dinero fácil.

2.- Minimización de las indemnizaciones: es lógico que los seguros y fondos traten de ahorrar. En el caso de los seguros, uno de cuyos fines es el lucro, se utilizan hábiles abogados para pagar lo menos posible a los pacientes.

3.- Soslayar y posponer denuncias ante el fuero judicial, incrementando costos, que los pacientes podrían emplear en iniciar acciones judiciales.

4.- Se motiva el uso de la “medicina defensiva”: el profesional de salud, para evitar ser denunciado y perder prestigio, se ve obligado a solicitar un mayor número de exámenes de laboratorio o interconsultas¹⁵.

5.- Burocratización: se trate de seguro o fondo, se necesitará alguien que lo administre, sea una aseguradora (lo más caro) o un comité del respectivo establecimiento en el caso de fondos, y cuyos miembros tendrán que emplear parte de su tiempo en la calificación de los daños o eventos adversos. Esto perjudicará indirectamente a los demás pacientes.

6.- Abandono de personas en peligro: Lo antes comentado respecto a los obstetras de EE.UU., es además de injusto, tan maleficente y antieconómico que motivó la intervención del Presidente G. Bush que presentamos en resumen: *“El cuidado de la salud es costoso. De cada \$ 100 que se gastan en este país, \$ 11 se gastan en cuidados de la salud”*... *“y el problema es que los costos innecesarios no se generan en las salas de operación, sino en los tribunales”*... *“Si uno está siempre preocupado por la posibilidad de ser demandado, es natural que ponga en práctica lo que llamamos “medicina defensiva”*... *“Eso cuesta y es una de las razones por la que los costos se están incrementando”*... *“Muchas veces los abogados demandan a cualquiera en su camino para tratar de ganar algo”*... *“tenemos que asegurar que los médicos puedan cuidar a sus pacientes sin tener miedo a que algún día los pacientes usen los consejos dados por los médicos contra ellos mismos”*... *“El sistema no es justo. El sistema no*

necesita cortar la relación entre el médico y el paciente por el temor a que luego un abogado use lo que dice el médico para demandarlo"¹⁶.

7.- Destrucción o distorsión de la relación profesional-paciente.- a) los alumnos serán formados con la imagen de un paciente "potencial denunciante"; b) el profesional ante el paciente "potencial denunciante", acude a la "medicina defensiva"; c) el menoscabo de la imagen social del médico o profesional, generado por el inadecuado manejo de la información en los medios masivos de comunicación, establece un clima de temor y desconfianza¹⁷, y d) La controversia y enfrentamiento propiciado por aseguradoras y medios, coloca a profesionales y pacientes a uno y otro lado de la trinchera, favoreciendo la venta de pólizas, tal cual sucede con el fomento de las guerras para promover la venta de armas.

8.- Ocultamiento de errores, en lugar de una franca y abierta deliberación sobre el proceso precedente al error, para intentar conocer las verdaderas causas facilitando su corrección¹⁸.

9.- Irracionalidad de los gastos: por pagar las pólizas o inmovilizar fondos, no se atienden las carencias de los servicios de salud¹⁹, propiciando los errores del personal.

Estrategia presupuestaria

1.- La inmediata atención del daño, es algo que tradicionalmente se hace y se solventa, aunque precariamente, con los escasos recursos existentes. Tal actitud, por la inmediatez de la acción, suele evitar males mayores siendo más difícil transgredir el principio de no maleficencia.

2.- Educación sanitaria de la población, para lo cual serviría el presupuesto no empleado en seguros. Es importante que el MINSA con otras instituciones de salud, como los colegios profesionales, intensifique la educación sanitaria. La LGS ordena que el Estado debe realizarla: "*Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia y los accidentes. Así mismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente ley*"²⁰. Tal educación favorecería la prevención y evitaría la manipulación mediática del ciudadano.

EVALUACIÓN DE SEGUNDO NIVEL: ÉTICA DE MÁXIMOS

A.- Principio de autonomía.

Estrategia con seguros y fondos

1.- atentado contra la dignidad y autonomía de los profesionales, actores principales en el problema, al no haber recogido sus opiniones en amplia deliberación antes de decidir. Esto no fue factible en la reunión

recientemente convocada por el Congreso, por el escaso tiempo concedido²¹.

2.- Atentado contra la dignidad y autonomía de los usuarios de los servicios de salud.- Es muy probable que las encuestas realizadas sólo reflejen la manipulación mediática²², ya que cuando los representantes de los pacientes fueron convocados a una deliberación amplia y franca con todos los implicados, como sucediera en la Comisión de alto Nivel propiciada por el Presidente Toledo en el 2003, las opiniones fueron diametralmente opuestas: todos estuvieron de acuerdo en recomendar la **no aprobación** del Proyecto presentado por el congresista Amprimo²³.

Estrategia presupuestaria

1.- Respeto a los Derechos Humanos: los cuales nacieron con las revoluciones liberales, siendo precisamente el principio de **autonomía** el que más influyó, también en la ulterior proclamación de los Derechos Humanos²⁴, cuyo gran significado ético explica su universalización y gestión económica a través del aporte de **todos**, es decir de los presupuestos.

B.-Principio de beneficencia

Estrategia con fondos o seguros

1.- Beneficio sólo para las aseguradoras y un pequeño sector de usuarios.- En el MINSA, (institución que atiende a la mayoría de la población), durante el 2007 se denunciaron 519 casos, es decir el 0,000016% de 31 004 585 atenciones (consulta externa, hospitalización, vacunaciones y emergencias). Como su personal asistencial asciende a 73 155²⁵, cotizando, según lo propone alguna aseguradora, cada uno \$ 100,00, la compañía se llevaría \$ 7 315 500 al año. Teniendo en cuenta, que según las estadísticas del Colegio Médico, solo resultan culpables el 20%, tal cantidad de dólares sería, para indemnizar a 104 pacientes, quedando el resto para el seguro y sus abogados. El resultante encarcelamiento de los procesos por la medicina defensiva, y la consecuente desatención de los más necesitados, podría generar incremento de los errores.

2.- Falsa sensación de beneficio en profesionales y establecimientos de salud: para esto se utiliza una intensa y bien llevada propaganda, así como una supuesta protección del patrimonio del médico, sin mencionar las exclusiones, los copagos y topes de las indemnizaciones.

Estrategia presupuestaria

1.- Beneficia al usuario, porque es atendido de inmediato y sin intermediarios.

2.- Beneficia al profesional, porque le permite trabajar sin temor con la tranquilidad de saberse reconocido, pero consciente de su responsabilidad ante pacientes, instituciones y sociedad.

3.- Beneficia a los establecimientos de salud, que no pagan intermediarios, ni confrontan los mayores gastos de la medicina defensiva, pudiendo, con el ahorro, atender urgentes necesidades.

4.- Apoyo legal existente para una inmediata atención del daño.- La Ley 29414, que en su numeral 15,3 literal g) dice a la letra: (Toda persona tiene derecho...): "*g) A recibir*

tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con las normativas vigentes” y luego ordena “...tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de salud...”²⁶. El deslinde de responsabilidades puede dejarse para después.

CONCLUSIONES

1.- Los seguros o fondos, en la experiencia extranjera, son inconvenientes y además inmorales por transgredir todos los principios bioéticos, en particular el de **no maleficencia**.

2.- La mejor estrategia es la **utilización de los presupuestos asignados** con el que funcionan los establecimientos de salud, por considerar la atención **inmediata** del daño, con o sin culpable, de un paciente pobre o rico. Además, por no destruir la relación profesional-usuario, ni transgredir los principios bioéticos, y basarse en los **Derechos Humanos**.

RECOMENDACIONES

Formar una comisión de ancha base para deliberar ampliamente y así acercarse a las recomendaciones más convenientes. Mientras tanto sugerimos lo siguiente:

- Reglamentar la Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, N° 29414, aprobada por el Congreso, ya que se ajusta mejor a los principios que sustentan los Derechos Humanos.
- Realizar un piloto en establecimientos de los 4 diversos subsectores de salud, para probar la bondad del modelo de responsabilidad universal (Estrategia presupuestaria)
- Empezar investigaciones científicas de los procesos que preceden al error sanitario.
- El MINSA, en estrecha coordinación con los colegios profesionales, debiera impartir constante educación sanitaria de la población por radio y TV estatales.
- Se debiera realizar reuniones de intercambio y capacitación entre médicos y periodistas para emitir una mejor información a los ciudadanos.
- La inicial o subsecuente reparación civil y/o sanción penal, requeriría, entre otras mejoras, agilizar los procesos administrativos y judiciales.
- El presupuesto de salud debiera incrementarse creando nuevos impuestos para los que deterioran el ambiente o propician malos estilos de vida, premiando a las instituciones que propicien estilos de vida saludables. Lo que se está proponiendo para los cigarrillos, es un buen modelo a imitar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la República. *Ley General de Salud N° 26842*. (LGS). Promulgada el 5 de Julio 1997. Artículo 360.-
2. *Ibidem* Artículo 48o.
3. Convención Americana Sobre Derechos Humanos “*Pacto De San José De Costa Rica*”, firmado por el Perú el 27 de Julio de 1977 y ratificado el 12 de Julio de 1978
4. Cortina Adela. *Ética para la sociedad civil*. Edición

coordinada por Francisco Javier Peña Echevarría. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2003, 200 p; ISBN 84-8448-231-6.

5. Gracia Guillén D., *Planteamiento general de la bioética*. En: Bioética para clínicos Azucena Cruceiro (ed). Págs. 19-35. Colección Humanidades médicas N° 3, primera edición. Editorial Triacastela, 1999. Madrid, España.
6. Gracia Guillén D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Editorial Eudema, 1991. Madrid, España.
7. Gracia Guillén D. *Aspectos bioéticos de la medicina*, Capítulo 7 de Bioética clínica, 1ª Edición 1998. Edit. El buho . Santa Fe de Bogotá D. C. Colombia.
8. Poder Ejecutivo Proyecto 3812/2009-PE para crear el *Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud*.
9. Portal MINSA Aseguramiento en salud. *Preguntas frecuentes ¿Cuántos peruanos tienen un seguro de salud?*
10. Constitución Política del Perú, Cap. II. Art. 7.
11. Congreso de la República. Op cit.. Título Preliminar VIII.
12. Jonh Astete, Walter Cáceres, María del Carmen Gastañaga1, Martha Lucero, Iselle Sabastizagal, Tania Oblitas, Jessie Pari, Félix Rodríguez. *Intoxicación por Plomo y Otros Problemas de Salud en Niños De Poblaciones Aledañas a Relaves Mineros*. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(1): 15-19
13. Portal MINSA. Op.cit. *Plan de Cobertura*.
14. Mello M., Studdert D. and Brennan T. *The New Medical Malpractice Crisis*. The New England Journal. V348 (23)
15. Rodríguez C. Medicina defensiva: *A la vaza del médico*. Revista Española Economía de la Salud. Sep-Oct 2003. V 3(4): 198-202. <http://www.economiadelasalud.com>
16. G. Bush . *Declaraciones del Presidente de Estados Unidos de Norteamérica sobre la reforma de la responsabilidad médica*. Universidad de Scranton, Pennsylvania, 28 Enero 2003. www.whitehouse.gob.
17. Mariátegui J. *El médico y su imagen*. El Comercio 08 de Agosto 1984.
18. Leape L. *El error en medicina*. Jama (Ed. esp.), 1995, V 4(7): 408-417
19. Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 105 “El Derecho a la Salud y Seguridad Social: Segunda Supervisión Nacional*. Lima 2006.
20. Congreso de la República. Op cit. Artículo 5o..
21. Audiencia Pública: “*Negligencia Médica ¿Fondo o Seguro? Beneficios, Riesgos, Costos y Alternativas*”. Congreso de la República. “Sala Grau”. 24 de Febrero de 2010.
22. Andina. Agencia Peruana de Noticias. 16 Marzo del 2010. *Según encuesta de la Universidad de Lima. El 91% de limeños respaldan seguro para indemnizar a paciente de negligencia médica*. Sondeo 13-14 Marzo en Lima y Callao.
23. MINSA. *Comisión De Alto Nivel Encargada De Analizar La Problemática de Reclamos y Derechos de los Pacientes que Resulten Damnificados en Establecimientos de Salud Públicos o Privados*. Informe Final Abril 2004.
24. ONU.- *Declaración Universal de los Derechos Humanos Asamblea General de las Naciones Unidas*. Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. París <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
25. Portal MINSA. *Defensoría de la Salud. Estadísticas*. 16 de Marzo del 2010.
26. Congreso de la República. 2009. *Ley 29414 Que Establece Los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios De Salud*.

CORRESPONDENCIA

José Véliz Márquez
jovem@upch.edu.pe