

Los derechos de los pacientes

The rights of patients

Wilfredo Gutiérrez¹

RESUMEN

El objetivo del presente artículo fue revisar la bibliografía nacional e internacional existente sobre los derechos de los pacientes que acuden a los servicios de salud, que participan de la docencia y en la investigación biomédica con la finalidad de sensibilizar a los profesionales de la salud y público en general sobre este tema. El artículo parte de señalar algunos casos de maltrato al paciente vividos por el autor, para luego hacer un resumen de los derechos que asisten a los pacientes en las diferentes áreas mencionadas y, finalmente, dar algunas recomendaciones para su cumplimiento en nuestro país.

PALABRAS CLAVE. *Derechos de los pacientes, docencia médica, investigación biomédica, malpraxis, consentimiento informado, ética médica.*

ABSTRACT

The aim of this paper was to review existing the national and international literature on the rights of patients attending health services, involved in teaching and in biomedical research in order to raise awareness among health professionals and general public on this issue. The article started with some cases of patient abuse that the author experienced; then, to make a summary of the rights granted to patients in the different mentioned areas and, finally, give some recommendations for to be accomplished in our country.

KEY WORDS. *Rights of patients, medical education, biomedical research, malpractice, informed consent, medical ethics..*

INTRODUCCIÓN

En mi época de estudiante de medicina, tres hechos me causaron repulsión e indignación sobre la manera de cómo se trataba a los pacientes:

Hecho 1. Como estudiante, acudí al consultorio de dermatología y apenas entrando el doctor me preguntó por la molestia que motivaba mi consulta. Le dije que tenía uno granitos en el cuero cabelludo... Sin dejarme terminar, antes que me sentara, me dijo: ya, ya, no continúes, ya sé lo que tienes... y de inmediato me dio la receta y me dijo que me fuera sin dejarme continuar.

Hecho 2. En mi rotación por el Hospital Hipólito Unanue o Bravo Chico, que en ese entonces (1976) era el que concentraba a la mayoría de pacientes enfermos de tuberculosis, fuimos llevados por el profesor a un consultorio amplio donde encontramos a un paciente en bata mirando a la pared. El profesor nos detuvo a unos

1. Maestría en Salud Pública.



dos metros del paciente y nos dijo que a estos pacientes había que interrogarlos así, pues nos podían contagiar.

Hecho 3: En mi rotación por el Hospital Dos de Mayo, éramos cinco estudiantes que, junto con el profesor de práctica, nos acercamos a una de las 60 camas del pabellón San Andrés. Estaba ocupada por un señor de unos 50 años que había sido hospitalizado por orquitis secundaria a una parotiditis. “A ver señor, descúbrase”, le dijo el profesor al paciente. Este lo hizo y quedaron al descubierto sus genitales. El profesor empezó a explicarnos los signos de inflamación y el dolor que producía la orquitis, palpando los testículos del paciente sin mayor conmiseración, mientras este mostraba signos claros de estar soportando un dolor intenso. A los pocos segundos, una compañera cayó desmayada...pues era tal el dolor que percibía del paciente que no soportó más.

Estos y otros hechos más de un trato inadecuado y muchas veces inhumano dado a los pacientes, tanto en la docencia como en la atención médica, marcaron profundamente mi formación académica y me dije que cuando sea médico trataría con mucho respeto a los pacientes y sensibilizaría a otros colegas para que hicieran lo mismo y a los propios pacientes para que hagan respetar su dignidad y derechos.

Es así que durante mis primeros años de trabajo como médico asistente en varios establecimientos de salud del Cono Sur de Lima, con el apoyo de la Comisión Episcopal de Acción Social de la Iglesia, se logró publicar un millar de afiches que resumían unos 20 derechos a los que tenían acceso los pacientes que acudían a los servicios de salud del Estado, todos ellos debidamente justificados por normas legales del Ministerio de Salud (Minsa), del Código de Ética del Colegio Médico del Perú (CMP), la Constitución y la OMS. Entre ellos estaba el trato digno, el respeto a su privacidad, la atención gratuita en los programas nacionales (como tuberculosis, vacunas, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria alta, etc.), la exigencia de que se publiquen los tarifarios, que se respete los horarios de atención, etc. Se logró convencer al director de la UTES Lima Sur para que se pegara en la salas de espera de todos los establecimientos de salud (ES) de su jurisdicción. Los pacientes empezaron a reaccionar... y poco a poco los afiches fueron retirados.

En los últimos 40 años, la relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad en su conjunto han sufrido

cambios importantes. Uno de estos cambios es en la relación médico-paciente que, de una relación ‘paternalista’, poco a poco está pasando a una relación horizontal, donde se respeta la autonomía y autodeterminación del paciente en el cuidado de su salud.¹ Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente.²

Igualmente, la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología médico-sanitaria, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído consigo la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones sino desde el punto de vista individual, como usuarios y parte fundamental de la asistencia sanitaria.³

El reconocimiento de los derechos del paciente no debe entenderse como una concesión sino como corolario de la dignidad y autonomía de las personas y, por lo tanto, como una obligación en la relación médico-paciente.

En el presente artículo, se esbozará los principales derechos que asisten a los pacientes en los siguientes ámbitos: pacientes que acuden a los servicios de salud, pacientes que son utilizados con fines docentes; y, pacientes que intervienen en la investigación biomédica. Estos derechos han sido recopilados de normas nacionales e internacionales actualmente vigentes.

DERECHOS DEL PACIENTE QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD

Todo paciente varón o mujer, sin discriminación alguna, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados y cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos. Este tratamiento debe ser continuo, hasta que la dolencia o enfermedad haya remitido o se haya estabilizado.⁴
- Ser atendido con pleno respeto a su dignidad e intimidad, a su cultura, costumbres e idioma.^{4,5}
- Ser atendido por profesionales de la salud debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo

- con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención.⁴
- Conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos.
 - Recibir indicaciones claras y por escrito de parte del médico tratante, sobre los medicamentos que se le recetan. El médico indicará el nombre genérico de los mismos, la forma de presentación, vía de administración y dosis. Asimismo, en la receta debe figurar el nombre y colegiatura del profesional.^{1,5}
 - Que se le explique claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento. Según ello, tiene derecho a aceptar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia.³
 - Exigir su consentimiento informado por escrito, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicié su voluntad, previo a la aplicación de cualquier tratamiento, procedimiento o intervención quirúrgica. En caso de pacientes inconscientes o menores de edad, el consentimiento informado lo dará el representante legal. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.³
 - Ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida.⁴
 - Recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de Salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.⁴
 - Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicios del establecimiento donde se atiende.⁴
 - Recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado.^{4,5}
 - Recibir atención preferencial si es un adulto mayor, mujer gestante, persona con discapacidad o personas con niños en brazos.⁵
 - Elegir libremente al médico o al establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de este, con excepción de los servicios de emergencia.^{4,5}
 - Solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.⁴
 - Ser informado adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos. El médico tomará en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.⁴
 - A recibir información oportuna, completa y continua y en términos comprensibles, sobre su enfermedad, incluidos el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Al ser dado de alta, tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento.^{3,4}
 - Ser informado sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa.^{2,4}
 - Solicitar la presencia de algún familiar o acompañante, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, previa coordinación con el médico tratante.
 - Que la información identificable de su estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento; y toda otra información de tipo personal, se mantenga en secreto, incluso después de su muerte.^{4,5}
 - Solicitar que el médico tratante le confeccione una historia clínica veraz y suficiente, que contenga los antecedentes, síntomas, signos y diagnóstico de su enfermedad, así como también los procedimientos aplicados para resolver el problema de salud diagnosticado. Tiene derecho además de solicitar una copia de su historia clínica, ya sea directamente o a través de su representante. El ES está en la obligación de proporcionársela.⁴
 - Recibir educación sobre la salud, para que lo ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades.³
 - Recibir atención y tratamiento continuo y gratuito de los programas oficiales del gobierno (llamados ahora estrategias sanitarias) como: VIH/sida,



inmunizaciones, tuberculosis, planificación familiar, enfermedades transmisibles, enfermedades zoonóticas y metaxénicas (rabia, malaria, fiebre amarilla, dengue).^{5,6}

- Que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad, además, con derecho a una atención digna y humana, y a recibir toda atención que mejore su calidad de vida en esas circunstancias.⁴
- Recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.²

Derecho a compensación por mala praxis

El término mala praxis se refiere a aquellas circunstancias en las que los resultados del tratamiento han originado un perjuicio al enfermo, siempre y cuando estos resultados sean diferentes de los que hubieran conseguido la mayoría de profesionales en las mismas circunstancias. La mala praxis abarca la impericia y la negligencia. La impericia es la incapacidad técnica para el ejercicio de una profesión o arte y la fuente de la misma puede radicar en la total ausencia de conocimientos (ignorancia), en un error en el juicio (diagnóstico equivocado) o en la defectuosa ejecución del acto (inhabilidad, torpeza); en cambio, negligencia implica estar en posesión de los conocimientos suficientes pero obrar con abandono, descuido, apatía, abulia, de tal modo que siendo docto y capaz se incurra en perjudicial actuación merced a falta de aplicación y de esmero en la tarea.⁷

“De acuerdo a la Ley General de Salud, los profesionales técnicos y auxiliares responden por los daños y perjuicios que ocasionen como producto de negligencia, imprudencia o impericia, y además la ley dispone que los establecimientos médicos son solidariamente responsables por esos daños. Esta norma sin embargo en la práctica no se cumple porque no hay un Poder Judicial adecuado que responda rápidamente, porque hay un malentendido gremialismo y un espíritu de cuerpo que impide se sancione realmente las negligencias, y porque en los eventuales casos que la víctima puede recibir una indemnización, no tiene con qué cobrarla” a decir del excongresista Natale Amprimo. “El camino que sigue un paciente es un Vía Crucis. Se va al Poder Judicial y al final de siete u ocho años, el doctor sancionado se declara insolvente. La ciudadanía está harta de estos actos demagógicos”, según expresó Gabriel Bustamante, presidente de la Asociación de Consumidores y Usuarios de Seguros (Acuse).

Esta situación, aunada a las constantes denuncias sobre casos de negligencias médicas ocurridas en diversos hospitales del país, han puesto sobre la mesa la posibilidad de implantar un Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil por Servicios de Salud a favor de los pacientes, bautizado periodísticamente como ‘SOAT médico’ (nota del editor. SOAT es el acrónimo de Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito). En 1998, el congresista Oscar Medellius presentó el primer Proyecto de Ley en este sentido; luego, en el 2003, el entonces congresista Amprimo presentó otro Proyecto de Ley sobre el ‘SOAT médico’, con la finalidad de darle mayor seguridad al paciente y al propio médico. En el año 2006, el congresista Jhonny Lescano retomó el tema; y, después en el año 2007, lo hizo la bancada aprista.

“Lo que busca el seguro es establecer la obligatoriedad de que los médicos tengan un seguro que indemnice a las eventuales víctimas de una negligencia. Hay que establecer topes indemnizatorios, y fijar mecanismos de conciliación y arbitraje que definan si se cometió una negligencia, pero lo importante es que no ocurra lo que hasta ahora ocurre en el Perú. El proyecto busca garantizar al paciente reparación e indemnización y al propio médico, que no es él, de su peculio, el que la asuma. Se trata, además, que todo el tema indemnizatorio genera en el fondo una forma de regulación natural del mercado”, a decir de Amprimo.

Los proyectos de Ley de Amprimo y de la bancada aprista desencadenaron un amplio debate tanto en el Congreso como en los representantes de la sociedad civil y de las agremiaciones médicas, incluido el Colegio Médico, que presentó una fuerte oposición a dichos proyectos y que finalmente fueron archivados. Sin embargo, tanto la opinión pública, como diferentes especialistas en derecho, salud pública y seguros coinciden en señalar que es importante que el paciente disponga de un fondo compensatorio de resarcimiento inmediato ante cualquier acto de negligencia en la atención, ya sea institucional o médica.

En este sentido, tanto en el Congreso como diferentes agremiaciones han planteado la creación de un fondo para poder indemnizar a los pacientes afectados por una negligencia. El Congreso planteó la creación de un Fondo de Riesgo en los Servicios de Salud. Este fondo estaría financiado por las instituciones públicas y privadas, según sea el caso, y su administración estaría a cargo de una instancia administrativa especial o por los seguros.⁸ La Federación Médica planteó la creación

de un Fondo de Contingencia cuyo monto debería ser aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Es decir, sería un monto dado por el Estado y administrado también por él. Ello con el objetivo de que los pacientes víctimas de una supuesta negligencia médica sean los beneficiados y no el lucro de las aseguradoras privadas.

Por su parte, la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (Apeseg) presentó el Seguro Obligatorio de Accidentes de Servicios de Salud (SOASS). Este sería obligatorio y debería alcanzar a los profesionales de la salud tanto como a los establecimientos de salud de todo el país. La indemnización, según la Apeseg, se pagaría sin investigación ni pronunciamiento previo de autoridad alguna, y bastaría la sola demostración de la ocurrencia y de las consecuencias que haya sufrido el paciente. El SOASS también debería ser contratado por técnicos, auxiliares asistenciales, etc., que laboren de manera independiente. El SOASS pagaría por cada persona los siguientes beneficios: muerte: cuatro Unidades Impositivas Tributarias (UIT); invalidez permanente: hasta cuatro UIT, y por gastos de sepelio hasta una UIT.

El Colegio Médico del Perú consideró que las instituciones, sean privadas o públicas, deben asumir la responsabilidad. Recientemente, en el Congreso se ha planteado el Proyecto de Ley 2735/2013-CR, bajo el título de Ley General del Paciente, que además de establecer los principios, derechos y deberes de los pacientes, establece la creación de una oficina de 'Defensoría del Paciente' y la creación de un fondo indemnizatorio por mala praxis solo para clínicas privadas y que ascendería a 3 % de su utilidad anual.

Todas estas iniciativas sin embargo hasta ahora han sido encarpetadas y cada vez se siguen produciendo casos de negligencia médica donde los pacientes son abandonados a su suerte.

Cómo garantizar que estos derechos se cumplan.^{4,9,11}

- Establecer protocolos y normas de atención: Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector de salud debe establecer los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos.⁴
- Establecer la capacidad resolutoria de los ES. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos.⁴
- Establecer estándares de evaluación a los ES por niveles: Para cada nivel de ES debe haber evaluaciones periódicas de competencias y publicarse la relación de establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos.⁴
- Realizar auditorías médicas periódicas: La auditoría médica es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluidos procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos, que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Es realizada por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con las normas y protocolos pre-establecidos. Esta debe realizarse con una periodicidad no menor de meses ya sea revisando las historias clínicas o por observación directa de la atención médica.¹²
- Crear defensorías del paciente: Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.⁴

DERECHOS DEL PACIENTE QUE PARTICIPA EN LA DOCENCIA

- Ningún paciente puede ser sometido a exploración o exhibición con fines docentes o de investigación médica, sin su consentimiento explícito.⁵
- Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado del paciente debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión.^{4,5,13}
- El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.¹²
- La negativa del paciente a participar en la docencia médica, no le exime de recibir el tratamiento y los cuidados médicos adecuados que amerite su enfermedad.¹²
- El paciente que participa en la docencia, tiene derecho a exigir que se respete su dignidad como persona humana y su privacidad.¹³
- El paciente que participa en la docencia, tiene derecho a exigir que se le informe sobre la calificación del personal que interviene en la docencia y los fines de la misma.¹⁴



- Tiene derecho a exigir que tanto los docentes como los alumnos sean respetuosos de guardar el secreto profesional, sin divulgar su enfermedad o los hallazgos sobre la misma con terceros, sin la autorización expresa del paciente.¹⁴

Alternativa al uso de pacientes en la docencia¹⁵⁻¹⁷

La profesión médica se basa en el aforismo hipocrático *primum non nocere* (primero no hacer daño). Sin embargo, en la educación médica esta regla muchas veces es transgredida en función de la educación y se permite que un estudiante pueda realizar un determinado procedimiento con el objetivo de adquirir una competencia específica, incluso si puede resultar en deterioro en la calidad de la atención ofrecida al paciente.

Ante esta situación y ante la creciente negativa de los pacientes a participar en la docencia, en la década de 1960 se planteó el uso de ‘modelos simulados’ y ‘casos simulados’. Los primeros modelos de simulación usados en educación médica se remontan a la década de 1960 con la introducción de Resusci Anne® (un muñeco para reanimación) y de Harvey® (un muñeco tamaño real diseñado para entrenamiento en cardiología). En un estudio realizado en la década de 1980, con 208 estudiantes de medicina entrenados con Harvey, mostraron mayor habilidad en la realización correcta de la evaluación cardíaca y un mayor sentido de confianza en sus capacidades.

La simulación en el área de la salud consiste en situar a un estudiante en un contexto que imite algún aspecto de la realidad y en establecer, en ese ambiente, situaciones o problemas similares a los que él deberá enfrentar con individuos sanos o enfermos en forma independiente durante las diferentes prácticas clínicas.

La simulación permite un entrenamiento consistente y programado en numerosas situaciones clínicas como son patrones de presentación poco habituales o enfermedades raras, todo tipo de procedimientos, manejo de situaciones críticas y detección de situaciones potencialmente catastróficas. El proceso y la estructura de la educación médica se convierten así en una serie de elecciones progresivas por parte de los docentes, y no en una respuesta a las disponibilidades clínicas del momento.

La simulación tiene las siguientes ventajas:

- Permite acelerar el proceso de aprendizaje, contribuye a elevar su calidad y se puede emplear con fines evaluativos.
- Potencia una serie de debilidades de la enseñanza tradicional, lo que mejora la familiarización de los alumnos con métodos de autoevaluación y autoaprendizaje.
- Optimiza la calidad de atención y resguarda el derecho del paciente a ser utilizado en docencia sin autorización.
- Facilita la estandarización en la enseñanza
- Permite la utilización del error como un medio de aprendizaje
- Permite la incorporación de nuevos temas no considerados formalmente en los planes de estudio
- Facilita la certificación de competencias en medicina y promueve novedosos métodos de evaluación.

DERECHOS DEL PACIENTE QUE PARTICIPA EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA^{14,18-23}

- Toda persona sana o enferma, puede participar en forma libre y autónoma en cualquier investigación biomédica o ensayo clínico, siempre y cuando de su consentimiento informado por escrito.
- El consentimiento informado debe tener las siguientes características y contenidos:
 - Debe estar redactado en lenguaje sencillo y hasta donde sea posible no utilizar lenguaje técnico.
 - Evitar frases o ‘incentivos’ que comprometan o manipulen a los sujetos de investigación para que participen en el estudio.
 - Explicar claramente que el paciente va a participar en un estudio de experimentación y no en un tratamiento habitual de su enfermedad.
 - Que su participación es voluntaria y que puede retirarse en cualquier momento, sin que ello afecte su tratamiento actual.
 - Explicar claramente el propósito de la investigación
 - Definir el periodo en el cual los sujetos participaran en la investigación
 - Describir y explicar los procedimientos médicos, farmacéuticos u otros, a los cuales serán sometidos los sujetos por participar en el estudio; así como también, señalar los posibles beneficios, riesgos o molestias que se puedan presentar.

- Señalar que todos los procedimientos y drogas del estudio, se le proporcionarán gratuitamente.
- Explicar los riesgos y efectos colaterales de cada una de las drogas en estudio
- Detallar los medicamentos o procedimientos alternativos a los cuales el paciente puede tener acceso, en caso que desista participar en el estudio.
- Especificar que la compañía patrocinadora dispone de un seguro que cubrirá los costos del tratamiento de lesiones sufridas como consecuencia de la medicación o procedimientos de estudio.
- Indicar que toda su información se mantendrá con estricta confidencialidad, excepto para las autoridades responsables de llevar a cabo las auditorias, quienes también deben mantener el anonimato de los sujetos participantes y la privacidad de la información.
- Indicar el número telefónico del investigador principal para que el paciente pueda hacerle alguna consulta sobre el estudio. Igualmente incluir el número telefónico del presidente del Comité de Ética que revisó el estudio para que el paciente pueda hacer preguntas o quejas referentes a sus derechos.
- Incluir la firma, la fecha, y el número de documento de identidad del sujeto participante o su representante legal, de un testigo y del investigador que solicita el Consentimiento.
- Ninguna persona puede ser coactada a participar de una investigación biomédica aprovechándose de su condición de dependencia como paciente, de su condición de vulnerabilidad (niño o niña, paciente inconsciente, etnia, raza o situación de pobreza) o basado en el ofrecimiento de algún tipo de incentivo.
- Las investigaciones sociales y epidemiológicas, también requieren un consentimiento informado escrito de los participantes. Debe informarse al participante sobre los objetivos del estudio, la metodología a seguir, las técnicas e instrumentos que se utilizarán para registrar la información (grabadoras, fotografías, videos, etc.), la forma en que la información será resguardada, la utilización de los datos, y la garantía del anonimato de los participantes, durante y después del trabajo de campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zárate Cárdenas E. Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en el Perú. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/derechos.htm
2. AMM. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Última revisión de Santiago de Chile, octubre de 2005.
3. Casares Fernández-Alvés, Miguel. Derechos de los pacientes. URL disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Derechos_Pacientes.pdf
4. Ley N.º 29414. Sobre los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Diario El Peruano, octubre de 2009.
5. Ley N.º 26842. Ley General de Salud. Diario El Peruano, julio de 1997
6. Minsa: Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud y su Reglamento. Ley N.º 29344, DS N.º 008-2010-SA, Lima, Perú 2011.
7. Minsa: Estrategias Sanitarias Nacionales. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>
8. Minsa: Derechos y responsabilidades de los pacientes. Normas del Minsa sobre los derechos del paciente. PDF.
9. Minsa: Estrategias Sanitarias Nacionales. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>
10. Orrego Puelles E. Malpraxis médica. URL disponible en: http://www.smu.org.uy/dpmc/polsan/respcivil/malpraxis_medica.pdf
11. Vargas La Fuente J. Soat médico = fondo de riesgo. Cómo afrontar los riesgos de una atención médica. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/5571824/SOAT-MEDICO>
12. Blanco G. Auditoría médica. URL disponible en: <http://auditoriamedica.blogspot.com/>
13. URL disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/campos/Campos/RACD.pdf>
14. CMP. Código de Ética, Título I, de los derechos del paciente; Anexo 2: Del médico y la investigación. Lima, agosto de 2013. URL disponible en: http://www.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp.pdf
15. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. Acad Med. 2003;78:783-788.
16. Murphy JG, Cremonini F, Kane GC, Dunn W. Is simulation based medicine training the future of clinical medicine? European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2007;11:1-8.
17. Corvetto M, Bravo MP, Montaña R, Utili F, Escudero E, Boza C, Varas J, Dagnino J. Simulación en educación médica: una sinopsis. Rev Med Chile. 2013;141:70-79.
18. El Código de Nüremberg. Agosto de 1947. URL disponible en: <http://www.muerte.bioetica.org/legis/nuremberg.htm>
19. AMM. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
20. AMM. Código Internacional de Ética Médica. Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. URL disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/06_11_23_amm_codigo.pdf
21. El Informe Belmont, USA 1978. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
22. Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. URL disponible en: <http://www.colmed2.org.ar/images/code04.pdf>
23. Minsa/INS. Reglamento de Ensayos Clínicos. Lima, 2010.

CORRESPONDENCIA A: Dr. Wilfredo Gutiérrez

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno según el autor.

FECHA DE RECEPCIÓN: 12 de diciembre de 2013.

FECHA DE APROBACIÓN: 6 de enero de 2014.