



Procedimiento sancionador en materia de salud: análisis de las principales infracciones vinculadas a las atenciones médicas de las IPRESS

Health sanctioning procedure: analysis of the main infractions related to the medical care provided by IPRESS

Rony Linares Tenicela*
*Fabricio Stefano Sihuas Baltodano***

Resumen:

El presente artículo tiene por objeto describir brevemente cuáles son las principales infracciones administrativas en materia de salud vinculadas a las atenciones médicas. Sin embargo, para lograr este objetivo, resulta necesario realizar primero una breve referencia a los fundamentos de la potestad sancionadora de SUSALUD, señalando las principales características del procedimiento sancionador y los órganos vinculados a su tramitación. Posteriormente, se analizarán las principales infracciones considerando los fundamentos legales, doctrinarios en algunos casos y médicos que sustentan cada una de ellas, haciendo mención de algunos ejemplos para la comprensión del lector. Finalmente, se mencionarán los principales errores cometidos al momento de la presentación de denuncias, así como la posibilidad de acudir a otros mecanismos alternativos para la solución de controversias, todo ello respetando el objetivo del presente trabajo, el cual es dar a conocer el procedimiento sancionador como tutela de los derechos de salud¹.

Abstract:

The purpose of this article is to briefly describe the main administrative health offences related to medical care. However, to achieve this objective, it is first necessary to make a brief reference to the foundations of SUSALUD's sanctioning power, pointing out the main characteristics of the sanctioning procedure and the bodies involved in its processing. Subsequently, the main infractions will be analyzed considering the legal, doctrinal in some cases and medical grounds that support each of them, mentioning some examples for the reader's understanding. Finally, mention will be made of the main errors committed at the

* Bachiller en Derecho por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Becario del XVII Curso de Extensión Universitaria en Regulación de Infraestructura de Transporte de Uso Público del OSITRAN (2020). Becario del I Curso de Extensión Universitaria en Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos de PROINVERSION (2021). Miembro del Consejo de Egresados de la Asociación Taller de Investigación en Derecho Administrativo (TIDA - Asociación Civil). A la fecha de publicación del presente artículo, se desempeña como asistente legal en la Intendencia de Fiscalización y Sanción de la Superintendencia Nacional de Salud. Correo electrónico: rony16linarestenicela@gmail.com / rony.linares@unmsm.edu.pe

** Bachiller en Derecho por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Exmiembro y Asociado de la Dirección de Eventos de la Asociación Civil Corpus Iuris (2022). A la fecha de publicación del presente artículo, se desempeña como asistente legal en la Intendencia de Fiscalización y Sanción de la Superintendencia Nacional de Salud. Correo electrónico: fabriciosihuas@gmail.com

1 El contenido del presente artículo constituye la opinión de los autores, sin que ello implique necesariamente la opinión institucional de la entidad a la cual prestan sus servicios.

time of filing complaints, as well as the possibility of using other alternative mechanisms for the resolution of controversies, all of this respecting the objective of the present work, which is to make the sanctioning procedure known as the protection of health rights.

Palabras clave:

Procedimiento sancionador / usuario / atención médica / idoneidad / historia clínica

Keywords:

Sanctioning procedure / user / medical attention / suitability / clinic history

Sumario:

1. Introducción – 2. Fundamentos de la potestad sancionadora de Susalud – 3. Competencia de los órganos encargados de la tramitación del PAS y PTS – 4. Sujetos que se encuentran bajo el ámbito de competencia de Susalud – 4.1. IAFAS – 4.2. IPRESS – 4.3. UGIPRESS – 5. Principales infracciones administrativas – 5.1. Idoneidad – 5.2. Postergación en el acceso a los servicios de salud – 5.3. Referencia del Usuario – 5.4. No contar con las UPS acorde a su categoría – 5.5. Contenido de la Historia Clínica – 5.6. Solicitud de Consentimiento Informado – 5.7. Infracciones muy graves referidas a la seguridad del paciente – 6. Principales errores al momento de interponer denuncias – 6.1. Solicitudes de indemnización como medida correctiva – 6.2. Responsabilidad del personal médico – 6.3. Denuncia al establecimiento de salud incorrecto o falta de precisión en la denuncia – 7. Mecanismos alternativos de solución de controversia en materia de salud – 8. Conclusiones – 9. Lista de referencias.

1. Introducción

El derecho a la salud es uno de los derechos de mayor relevancia en la persona, por cuanto su vulneración puede ocasionar efectos perjudiciales e incluso irreparables. Por ende, es de vital trascendencia la tutela por parte del Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud y la calidad de las atenciones dadas a los usuarios.

Lamentablemente, son frecuentes los casos de usuarios que han sufrido inadecuadas atenciones o se han vulnerado sus derechos de salud. En algunos casos, se les niega el acceso a los servicios; en otros, se les brinda un servicio inadecuado. Estas conductas pueden generar graves consecuencias a la salud del usuario, llegando incluso al empeoramiento de su enfermedad, lesiones o la propia muerte.

Atendiendo a dicha necesidad, en el Perú existe un conjunto de normas y entidades destinadas a garantizar una adecuada protección del derecho a la salud. Entre ellas, tenemos a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Dicha entidad se encarga de proteger los derechos en salud de los usuarios, contando con una serie de mecanismos encaminados a tutelar dichos derechos, dentro de las cuales está la función de supervisión de los establecimientos de salud, velando porque estos cumplan con las obligaciones normativas impuestas a dichos establecimientos y brinden una adecuada atención. Asimismo, en caso de haberse vulnerado los derechos en salud de los

usuarios, aplicará las sanciones que correspondan, lo cual tiene como finalidad no solo sancionar, sino que cada vez se reduzca los casos en los cuales los usuarios ven vulnerados sus derechos.

En ese sentido, haremos un breve desarrollo de los fundamentos del ejercicio de la potestad sancionadora de SUSALUD, señalando las principales características del procedimiento sancionador, así como una descripción de las que consideramos, constituyen las principales infracciones en materia de salud, vinculadas directamente con las atenciones médicas, debiendo precisar que existen un conjunto de infracciones que no serán desarrolladas en este trabajo por no corresponder a la finalidad del mismo.

Asimismo, dado lo específico de la materia y la confluencia del Derecho y la Medicina para una comprensión de estas infracciones, se ha tratado de desarrollar las principales infracciones desde una perspectiva jurídica, atendiendo además al uso de determinadas fuentes médicas², que resultan necesarias para comprender estas infracciones, tratando de brindar algunos ejemplos de los muchos que podríamos desarrollar.

Finalmente, señalaremos los principales errores que desde nuestra experiencia se presentan al momento de realizar denuncias por parte de los usuarios. Asimismo, se hará una breve mención a la posibilidad de acudir a otros mecanismos alternativos de solución de conflictos en materia de salud.

2 Los autores agradecen el apoyo de los médicos Lourdes Martínez Ramos y Jimmy Sifuentes Fernández, médicos auditores de la IFIS, quienes día a día contribuyen a que podamos entender las atenciones realizadas a los usuarios, y cuyos aportes se han tratado de reflejar en la medida que nos ha sido posible en el presente trabajo.

2. Fundamentos de la potestad sancionadora de SUSALUD

La Administración Pública cuenta con una serie de normas que ordenan la actuación de los administrados. Sin embargo, para garantizar la actuación conforme a la normativa, la Administración debe contar con mecanismos para asegurar dicho cumplimiento³. Siendo ello así, la potestad sancionadora constituye una de las herramientas –mas no la única– con las que cuenta la Administración Pública para asegurar el cumplimiento de la normativa. Así, señala Cano (2009):

La intervención de los poderes públicos en los distintos sectores de la realidad (...) de poco o nada serviría si no se arbitraran los mecanismos adecuados para hacer efectivas las normas con que se lleva a cabo dicha intervención. Son muchos los medios de respaldo o tutela que el ordenamiento prevé en caso de contravención de sus normas: el restablecimiento de la legalidad alterada, la reparación de los daños causados, la revocación de los títulos habilitantes, etc. Junto a todas ellas, una de las formas más habituales, y en ocasiones la única, es la imposición de sanciones por parte de la Administración (...). (p. 87) (El énfasis es nuestro)

En esencia, la potestad sancionadora es aquella mediante la cual la Administración Pública puede imponer sanciones a los administrados, siempre que éstas se encuentren habilitadas legalmente para hacerlo y siguiendo el cauce previsto para imponer dichas sanciones, es decir, las reglas del procedimiento administrativo sancionador (en adelante, PAS).

Por otro lado, sin pretender profundizar en el tema, pese a su necesidad, la cual se encuentra limitada por la finalidad del presente trabajo, la doctrina define a la salud pública como el “conjunto de actividades de prevención, cuidado, promoción, recuperación, rehabilitación de la salud de la población de un concreto país” (Vignolo, 2022, p. 24). En ese sentido, la protección a la salud requiere de una vital tutela y vigilancia para garantizar dicho derecho a todos los usuarios. Para profundizar sobre el tema, recomendamos que el lector consulte a Cierco, Vignolo y Chang (2022), quienes tienen el mérito de realizar uno de los primeros estudios jurídicos sobre la salud pública en el Perú⁴.

En el Perú, un hito importante para la protección del derecho a la salud fue la promulgación de la

Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344, la cual creó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), sobre la base de la SEPS (la cual tenía competencias muy limitadas y se encontraba centralizada en Lima y Callao).

En el año 2013, se emitió el Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el cual cambió la denominación de dicha entidad por la de Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Dicho decreto le otorga a SUSALUD la naturaleza de organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud, que cuenta con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera.

La habilitación legal para el ejercicio de la potestad sancionadora de SUSALUD se encuentra prevista en el artículo 10 del referido decreto legislativo, el cual establece lo siguiente:

Artículo 10.- Potestad Sancionadora de la Superintendencia

Para el ejercicio de las funciones establecidas en los artículos 8 y 9 del presente Decreto Legislativo, la Superintendencia Nacional de Salud cuenta con potestad sancionadora sobre toda acción u omisión que afecte: i) el derecho a la vida, la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud y la cobertura para su aseguramiento, y; ii) los estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas.

Las infracciones se clasifican en leves, graves y muy graves, las mismas que serán tipificadas en vía reglamentaria, de acuerdo a lo establecido en el numeral 4) del artículo 230 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, mediante Decreto Supremo refrendado por el ministro de Salud.

Sin perjuicio de las sanciones que en el marco de su competencia imponga la Superintendencia Nacional de Salud, podrá ordenar la implementación de una o más medidas correctivas, con el objetivo de corregir o revertir los efectos que la conducta infractora hubiere ocasionado o evitar que ésta se produzca nuevamente.

Para la ejecución de los actos administrativos firmes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ejercer los medios de ejecución forzosa previstos en la normativa vigente, respetando los principios de

3 Los párrafos iniciales de la presente sección han sido anteriormente desarrollados en otra publicación de uno de los autores, correspondiente al artículo “Procedimiento sancionador de los organismos reguladores de servicios públicos en el Perú”, el cual forma parte de la Revista de Investigación en Derecho Administrativo de la Asociación TIDA, N° 1, 2022.

4 En dicho trabajo, se podrá encontrar las bases jurídicas doctrinarias de la protección del derecho a la salud, así como la evolución de la organización administrativa de la salud pública peruana - SUSALUD. De igual manera, encontrará algunas deficiencias que dichos autores han identificado y que permitirían la mejora de la protección de la salud pública en el Perú.

proporcionalidad y razonabilidad de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

En atención a la norma señalada, SUSALUD cuenta con potestad sancionadora para conocer las infracciones que, en el marco de sus competencias, afectan los derechos de salud de los usuarios. Asimismo, habilita la tipificación de infracciones y consecuentes sanciones administrativas vía reglamento. En ese sentido, mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se aprobó el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante, el RIS de SUSALUD), el cual establece el catálogo de infracciones que SUSALUD conoce y las consecuentes sanciones que puede aplicar.

Por otro lado, como se verá más adelante, además de las infracciones previstas en el RIS de SUSALUD, también cuenta con competencia para conocer las infracciones al Código de Protección y Defensa del Consumidor - Ley N° 29571, por lo cual, es competente para conocer las infracciones al deber de idoneidad dentro de las atenciones o servicios de salud brindados a los usuarios.

3. Competencia de los órganos encargados de la tramitación del PAS y PTS

La Superintendencia Nacional de Salud cuenta con diferentes órganos encargados de la tramitación del Procedimiento Administrativo Sancionador y/o Procedimiento Trilateral Sancionador, así como de actividades de supervisión e indagación previas, los cuales deben ser explicados para observar la importancia de cada uno de ellos⁵.

En primer lugar, se tiene a la Intendencia de Protección de Derechos en Salud (en adelante, la IPROT), que es el órgano encargado de establecer, implementar y conducir las actividades orientadas a proteger los derechos en salud de los usuarios de las IAFAS e IPRESS. Asimismo, conduce el desarrollo de auditorías médicas, auditorías de caso, auditorías en salud y de auditorías de procesos en las IPRESS o IAFAS, para la investigación de un evento que vulnere los derechos en salud de los usuarios.

La Intendencia Macro Regional Norte (en adelante, la IMRN), es el encargado de la ejecución de las políticas y estrategias que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de su respectivo ámbito territorial. Además de ello, también reciben las denuncias de los usuarios, de los departamentos del territorio norte del

Perú, tales como, Lambayeque, Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad y Amazonas⁶.

Asimismo, encontramos a la Intendencia de Supervisión de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (en adelante, la ISIAFAS), órgano de línea, responsable de supervisar las actividades de las IAFAS, así como los aspectos contables y financieros de las unidades de gestión de IPRESS, de acuerdo a lo establecido en el presente reglamento, lo estipulado en la regulación vigente y a los procedimientos generales establecidos por SUSALUD.

Asimismo, la Intendencia de Supervisión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante, la ISIPRESS), es el responsable de supervisar los procesos asociados a la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las IPRESS y de los aspectos de gestión sanitaria en unidades de gestión de IPRESS.

Por otro lado, se encuentra la Intendencia de Investigación y Desarrollo (en adelante, la IID), órgano responsable del planeamiento, desarrollo y administración del Sistema de Información Gerencial, de los recursos tecnológicos y la seguridad de la información que demandan las operaciones de la institución, desarrolla estudios económicos sociales, elabora y publica estadísticas especializadas, generando conocimiento sobre las tendencias en salud.

Los órganos señalados no se encargan propiamente de la tramitación del procedimiento sancionador, sino que su labor es de supervisión o realización de investigaciones preliminares, lo cual servirá de sustento para ver si existe evidencia o no de posibles indicios de la comisión de infracciones administrativas. Habiendo señalado ello, las actuaciones desarrolladas por estos órganos son derivados a los órganos encargados de la tramitación del procedimiento sancionador.

En primer lugar, la Intendencia de Fiscalización y Sanción (en adelante, la IFIS) es el órgano de línea, que se encarga de la fase instructora del procedimiento en la primera instancia administrativa.

En segundo lugar, la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización (en adelante, la SAREFIS), es el órgano responsable de conducir estratégicamente los procesos a cargo de la Intendencia de Normas y Autorización y la Intendencia de Fiscalización y Sanción. Esta Intendencia es la encargada de velar por la

5 El Decreto Supremo 008-2014-SA aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD, que regula las funciones de las Intendencias y Superintendencias.

6 La Resolución de Superintendencia N° 054-2016-SUSALUD/S regula las funciones de la Intendencia Macro Regional Norte.

restitución de los derechos en salud vulnerados, teniendo a su cargo la fase resolutoria del procedimiento, es decir, resolverán el procedimiento en primera instancia.

Finalmente, tenemos al Tribunal de SUSALUD (en adelante, el Tribunal), que es un órgano resolutorio, que forma parte de la estructura orgánica de la Superintendencia, cuenta con autonomía técnica y funcional, y es competente para conocer y resolver en última instancia administrativa los procedimientos y materias sometidas a su consideración. En esa línea, el Tribunal atiende los recursos de apelación que se interpongan, ya sea en fase instructora o resolutoria. Asimismo, resulta importante señalar que, en los últimos años, el Tribunal ha emitido precedentes administrativos, como, por ejemplo, “Precedente Administrativo sobre la identificación de cláusulas abusivas en IAFAS Prepagadas⁷”, “Precedente Administrativo sobre la aplicación de la caducidad en el procedimiento trilateral sancionador⁸”, “Precedente Administrativo sobre la competencia del Tribunal en el caso de nulidades de oficio sin mediar recurso administrativo⁹”, entre otros.

Es importante destacar que en el presente trabajo se ha detallado la información de los órganos que forman parte del Procedimiento Administrativo Sancionador y/o Procedimiento Trilateral Sancionador, sin embargo, existen más dependencias encargadas de distintas funciones que contribuyen al crecimiento de la Institución encargadas de su funcionamiento y de garantizar la protección de los derechos de salud de los usuarios.

Ahora bien, luego de haber explicado cada una de las funciones de los órganos mencionados, resulta conveniente detallar cómo se desarrolla el Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS) y el Procedimiento Trilateral Sancionador (PTS), y a su vez, quiénes forman parte de cada una de ellas.

El primer tipo de procedimiento que SUSALUD tramita es el denominado Procedimiento Administrativo Sancionador (puro). En dicho procedimiento solo participa SUSALUD y la Administrada. Los órganos de sustento aquí son la ISIPRESS, la ISIAFAS y la IID, quienes producto de una supervisión y/o revisión encuentran que la Administrada no cumple con la obligación de garantizar el cumplimiento de la normativa de salud que les son aplicables. En ese sentido, luego de haber realizado las diligencias o actuaciones

acorde a sus competencias, emiten un Informe Final de Presuntas Infracciones, mediante la cual concluyen que habría indicios o no de la comisión de una infracción administrativa, recomendando el inicio o no del procedimiento correspondiente. Posteriormente, dicho informe es remitido a la IFIS, quien, se encargará de la instrucción del procedimiento. Por su parte, la IFIS evalúa los informes remitidos por los órganos de sustento, así como la evaluación completa del expediente, emitiendo una resolución que determinará si es que existe o no la posible comisión de infracciones administrativas.

En el caso de haber indicios de presunta comisión de infracciones, la IFIS emite la Resolución de Inicio del Procedimiento Administrativo Sancionador, otorgando a la Administrada un plazo de diez días hábiles para presentar sus descargos en relación a la infracción imputada, el cual puede ser prorrogado. Luego de ello, se emite el Informe Final de Instrucción, en el que, dependiendo del caso en concreto, se deberá analizar los descargos para establecer, si se recomienda una sanción, si se exime de su responsabilidad o si corresponde absolver a la Administrada. Finalmente, junto con el Informe Final de Instrucción, se derivan todos los actuados a la SAREFIS, quien al ser el órgano resolutor, se encargará de emitir la resolución mediante la cual se impone la sanción o se absuelve a la Administrada, según corresponda.

Por otro lado, tenemos al denominado Procedimiento Trilateral Sancionador, en el cual participa SUSALUD a través de sus órganos —como los responsables de tramitar dicho procedimiento—, los establecimientos de salud denunciados y los denunciados, quienes pueden ser directamente los usuarios o representantes de estos.

En este tipo de procedimiento, la IPROT y la IMRN son las encargadas de realizar las diligencias de investigación de las denuncias, encargándose de evaluar las denuncias presentadas, realizar requerimientos de información a los establecimientos denunciados, solicitando entre otros documentos: Pronunciamiento institucional, Historia Clínica, Informes Médicos, Guías Prácticas Clínicas, etc.

Ahora bien, producto de dicho requerimiento, la IPROT y la IMRN evaluarán toda la documentación remitida, a efectos de poder emitir un pronunciamiento, en el cual, a través de su

7 Tribunal de SUSALUD, Acuerdo 005-2017. Precedente Administrativo de observancia obligatoria acerca de la identificación de cláusulas abusivas en las IAFAS prepagadas.

8 Tribunal de SUSALUD, Acuerdo 007-2018. Precedente Administrativo de observancia obligatoria sobre la aplicación de la caducidad en el procedimiento trilateral sancionador.

9 Tribunal de SUSALUD, Acuerdo 010-2020. Precedente Administrativo sobre la Competencia del Tribunal en el caso de Nulidades de Oficio sin mediar Recurso Administrativo.

Informe de Intervención de caso, informan a la IFIS la presunta vulneración o no de los derechos de salud de los usuarios, recomendando o no el inicio del procedimiento trilateral sancionador.

En el caso que se recomiende el inicio de un procedimiento trilateral sancionador por la comisión de una posible infracción, la IFIS, deberá analizar el caso y, de encontrarse de acuerdo con lo advertido por la IPROT o la IMRN, emitirá una Resolución de Inicio de Procedimiento Trilateral Sancionador, señalando las presuntas infracciones administrativas cometidas. Por otro lado, la IFIS puede concluir que no hay evidencias de presuntas infracciones cometidas, apartándose de la recomendación de los órganos de sustento y disponiendo la conclusión de los actuados, emitiendo la Resolución de Archivo del Procedimiento Trilateral Sancionador.

Por otro lado, el órgano de sustento puede concluir que no encuentra vulneración de los derechos de salud del usuario, en cuyo caso es la IFIS el órgano competente para emitir la resolución de archivo correspondiente, salvo que, de la evaluación del expediente concluya que sí existen indicios de presuntas vulneraciones a los derechos de salud de los usuarios, en cuyo caso emitirá la resolución de inicio correspondiente.

Al igual que en el procedimiento administrativo sancionador, la resolución de inicio o archivo del procedimiento trilateral sancionador es notificada a las partes, para que, en caso de inicio del procedimiento, la Denunciada pueda remitir sus descargos correspondientes, para lo cual se le otorga un plazo de diez días hábiles —plazo prorrogable—. Con o sin la presentación de los descargos por parte de las Denunciada, así como la presentación de información presentada por los denunciados en caso consideren conveniente presentarlo, se emitirá el Informe Final de Instrucción, en el que, dependiendo del caso en concreto, se deberá analizar los descargos para establecer si se desvirtúan o no los hechos imputados, recomendando al órgano resolutor la imposición de una sanción, la aplicación de un eximente de responsabilidad o la absolución de responsabilidad de los establecimientos denunciados. Finalmente, junto con el Informe Final de Instrucción, se derivan todos los actuados a la SAREFIS, quien al ser el órgano resolutor, se encargará de emitir la resolución mediante la cual se impone la sanción o se absuelve a la Administrada, según corresponda.

En el caso de haberse emitido una resolución de archivo, y siempre que no hubiera prescrito el ejercicio de la potestad sancionadora, si el Usuario

no se encuentra de acuerdo con los argumentos expuestos por IFIS para el archivo del caso, podrá interponer el recurso administrativo que considere necesario.

Una vez concluida la fase de instrucción y, derivado el expediente a la SAREFIS, esta se encargará de emitir el pronunciamiento definitivo de primera instancia, en el que, se requerirá a la Administrada o Denunciada que, de considerarlo pertinente, presente sus alegatos en relación al Informe emitido por la IFIS, que deberán ser presentados en un plazo máximo de cinco días hábiles, según la normativa vigente; para que, luego de ello, en un plazo no mayor a treinta días hábiles, ya sea con los descargos o sin ellos, la SAREFIS proceda a emitir la Resolución Final de Primera Instancia, en la que se determinará si la Administrada o Denunciada incurrió en la comisión de infracciones, disponiendo la sanción correspondiente o, de ser el caso, la absolución de responsabilidad.

Cabe precisar que existe un conjunto de sanciones que SUSALUD puede imponer, las cuales varían desde amonestación escrita, multa, cierre temporal o definitivo, entre otras. En el caso de las multas, estas son impuestas en UITs, las cuales según lo que el Ministerio de Economía y Finanzas disponga anualmente. Es por esta razón que, cuando se notifica a la Administrada y/o Denunciada la Resolución de Inicio correspondiente, se le requiere que remita sus ingresos brutos (de tratarse de una entidad privada), o sus gastos corrientes (de tratarse de una entidad pública), para que, en caso corresponda la imposición de una sanción, se evalúe si corresponde realizar ajustes a la multa base en función a los ingresos del posible sancionado.

Corresponde concluir que la determinación de si un procedimiento se tramita como procedimiento administrativo sancionador (puro) o procedimiento trilateral sancionador, resulta de vital importancia, porque en función del tipo de procedimiento, se determinarán las reglas aplicables al procedimiento.

4. Sujetos que se encuentran bajo el ámbito de competencia de SUSALUD

Los sujetos que están bajo la competencia de SUSALUD, son las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, en el cual, tal como lo indica la normativa¹⁰, responden solidariamente, en la vía administrativa, por las infracciones cometidas, por las personas naturales o jurídicas que actúen a través de ellas, sea en su representación o por su intermedio, es por ello que, a continuación, se procederá con su breve explicación de cada una.

¹⁰ El Decreto Supremo 031-2014 SA aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

4.1. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, más conocidas como aseguradoras de salud, son instituciones encargadas de brindar seguros de salud, así como ofrecer planes de salud a los Usuarios, dichos servicios permiten que cada uno de los ciudadanos pueda estar protegido y cubierto ante cualquier accidente, enfermedad o eventualidad, conforme a la cobertura de las pólizas o planes contratados.

Ahora bien, existen seguros del Estado y seguros privados, teniendo cada una cobertura distinta.

En primer lugar, encontramos a los seguros de salud del Estado, que permiten que, los ciudadanos se atiendan en Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPRESS), según el tipo de régimen en el que se encuentren, es decir, si el ciudadano pertenece a EsSalud, se podrá atender solo en los Centros de Salud de EsSalud o si se encuentra bajo el régimen de las Fuerzas Armadas, solo podrá atenderse en sus Centros de Salud. Los seguros públicos del Perú son: el SIS, EsSalud, los Seguros de las Fuerzas Armadas y el Seguro de Salud de la Policía.

Los dos más utilizados son: Seguro Integral de Salud (SIS), principalmente enfocado en personas en situación de pobreza y pobreza extrema, el cual cubre medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados según el tipo de SIS. Así como también cuenta con aseguramiento para emprendedores, microempresas y trabajadores independientes. Por otro lado, se encuentra el Seguro Social del Perú (EsSalud), seguro de salud contributivo, que va dirigido principalmente a los trabajadores dependientes. Adicionalmente cuenta con coberturas para trabajos riesgosos e indemnizaciones por accidentes con consecuencias de muerte, brindando servicios de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y prestaciones económicas y sociales.

Asimismo, se encuentran las Entidades Prestadoras de Salud, más conocidas como EPS, son empresas públicas o privadas distintas a EsSalud que proveen cobertura PEAS y de manera adicional una cobertura del PEAS de EsSalud. Las empresas empleadoras pueden contratar una EPS para que se otorgue cobertura PEAS y, de considerarlo, cobertura adicional al PEAS. En la actualidad,

existen 5 compañías de EPS en el Perú, tales como: Rímac, Mapfre, Sanitas, Pacífico y La Positiva.

Adicional a ello, existen más IAFAS, que están reguladas en el Artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1158, tales como: Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT), Seguro Obligatoria de Seguros de Tránsito (SOAT), entre otras¹¹.

Por todo lo expuesto, las IAFAS se encuentran bajo el ámbito de supervisión de SUSALUD, ya que, va a depender de ellas poder cubrir a los ciudadanos que se encuentren en una situación de salud comprometida, debiendo precisar que quedan excluidos otros tipos de seguros que no se encuentran vinculados con la salud de los usuarios. Para ello, es necesario indicar que en la página web de SUSALUD, se puede ingresar al "Registro de IAFAS"¹² (RIAFAS), en el que, cualquier ciudadano podrá tener conocimiento sobre la información de cualquier IAFAS que considere necesaria.

4.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

Por otro lado, tenemos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), estas son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud. Para poder ejercer la función de velar por la salud de los Usuarios, las IPRESS están obligadas a registrarse ante SUSALUD.

Además de ello, SUSALUD, cumpliendo con el encargo de supervisión a las IPRESS, cuenta con las facultades sancionadoras que la Ley N° 29344 le confiere, sin perjuicio de la fiscalización o vigilancia a que puedan estar sujetas de conformidad con el respectivo estatuto jurídico que las regule.

Es menester mencionar que, cualquier usuario puede ingresar al "Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS)" para de esa forma, poder obtener información respecto a la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y organización para la atención de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas autorizadas para brindar servicios de salud.

Es recomendable que si un usuario desea realizarse un procedimiento relacionado a su

11 Decreto Legislativo N° 1158. Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

12 <https://app2.susalud.gob.pe:8085/consulta.aspx>

salud, y quiere tener cierta confianza con el lugar de su atención, puede ingresar a la página web de SUSALUD, y a través del RENIPRESS¹³, buscar a la IPRESS que desee; vale decir que, es un requisito indispensable, que los establecimientos que se encuentren registrados en el RENIPRESS, ya que, de esa forma, estarán autorizados para poder brindar servicios de salud al público.

4.3. Las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)

Finalmente, tenemos a las Unidades de Gestión de IPRESS, que forman parte de los sujetos que están bajo la competencia de SUSALUD, estas son aquellas entidades estatales, empresas del estado de accionariado único o unidades orgánicas u órganos que constituyen unidades ejecutoras diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS públicas y privadas¹⁴.

Al igual que las anteriores mencionadas, las UGIPRESS, deben estar inscritas en el Registro de Unidad de Gestión de IPRESS (RUGIPRES), el cual, es de acceso público y puede ser consultado por cualquier usuario mediante la página web de SUSALUD¹⁵.

5. Principales infracciones administrativas

Dada la finalidad del presente artículo, no pretendemos hacer un análisis de todas las infracciones administrativas aplicables a las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS. En la presente sección solo analizaremos las que consideramos son las principales infracciones administrativas que realizan las IPRESS vinculadas a las atenciones médicas que se realizan a los usuarios de los servicios de salud.

5.1. Idoneidad

Las atenciones o prestaciones de servicios médicos al igual que otros servicios o productos, son relaciones de consumo, entre un proveedor (IAFAS, IPRESS o UGIPRESS) y un consumidor (usuario de servicios de salud), en el que el proveedor debe prestar un servicio médico cumpliendo con ciertos deberes y garantías para que el usuario reciba un servicio óptimo. Asimismo, resulta baladí justificar que un servicio médico debe ser brindado de forma idónea, dado que son los derechos de salud de los usuarios los que buscan protegerse, lo cual constituye un bien jurídico protegido de especial y primordial

trascendencia y que debe ser tutelado por la Administración Pública.

Sin embargo, en la experiencia nacional han existido cuestionamientos a la aplicación del deber de idoneidad a las atenciones médicas brindadas por los establecimientos de salud a los usuarios de los servicios de salud. Habrá quienes señalan que dicha infracción no se encuentra tipificada en el RIS de SUSALUD, hasta quienes señalan que, si bien se puede aplicar dicha infracción, no establece un mandato preciso que permita establecer cuál es la conducta transgresora que deviene en infracción administrativa, lo que constituye una vulneración a los principios de legalidad y tipicidad del procedimiento administrativo sancionador.

En el Derecho administrativo, la doctrina administrativa, así como el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia administrativa han establecido que en el procedimiento administrativo sancionador es necesario el empleo de ciertas técnicas jurídicas dado que resulta imposible o por lo menos difícil, establecer en las normas todos los ámbitos socialmente relevantes para el Derecho. En ese escenario, se ha reconocido el empleo de los conceptos jurídicos indeterminados.

Así, si bien existen conceptos expresamente detallados o determinados, “mediante los conceptos jurídicos indeterminados el ordenamiento se refiere a una realidad extrajurídica, remitiendo a una noción de carácter técnico, social, etc., no precisada en norma alguna” (Gamero y Fernández, 2022, p. 83). Dicha técnica no está exenta de aplicación en el Derecho administrativo sancionador, como lo señala Baca (2017):

Sin embargo, esto no significa que las normas tipificadoras deban convertirse en una lista larga y exhaustiva de todas las conductas infractoras, lo cual podría resultar imposible. Así, se admite el empleo de conceptos jurídicos indeterminados al tipificar, que justamente permitan englobar diferentes conductas, sin mencionarlas expresamente. El uso de estos conceptos (llamados conceptos valorativos en el Derecho penal) es muy habitual en el Derecho administrativo sancionador, y podríamos citar como ejemplo las normas de protección al consumidor, que sancionan la prestación de un servicio “inidóneo”, lo cual únicamente puede determinarse en el caso concreto. Estos conceptos pueden ser luego precisados o aclarados por los Reglamentos o por la jurisprudencia, de modo que el ámbito de indeterminación (la zona gris) pueda ir progresivamente reduciéndose, aunque no desaparezca del todo. (p. 14) (El énfasis es nuestro)

13 <http://renipress.susalud.gob.pe:8080/wb-renipress/inicio.htm#>

14 Resolución de Superintendencia N° 114-2014-SUSALUD/S con la que se crea el “Registro de Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”

15 <https://app20.susalud.gob.pe:8083/wb-ugipress-consulta/inicio.htm#>

En esa línea, resulta claro que se puede emplear el uso de conceptos jurídicos indeterminados al momento de tipificar infracciones. Sin embargo, es necesario precisar que ello no deviene en arbitrariedad por parte de la Administración, por cuanto “[e]n cada supuesto de interpretación del concepto jurídico indeterminado existe una única solución justa, una única respuesta jurídicamente correcta” (Gamero y Fernández, 2022, p. 84).

Habiendo establecido qué es un concepto jurídico indeterminado, veremos qué se entiende por idoneidad. Al respecto, Tirado (2021) lo define de la siguiente manera:

Por idoneidad debemos entender aquella relación adecuada y proporcional entre las expectativas del consumidor (que hayan podido generarse razonablemente debido a la publicidad, al contenido de la oferta, a la información proporcionada u otras circunstancias habituales o propias del tipo específico de transacción a la que se refiera) y las prestaciones efectivamente brindadas u ofrecidas por el proveedor. Este deber de idoneidad supone que el proveedor deba cumplir con ofrecer al consumidor todas aquellas prestaciones que, razonablemente, cabe esperar de una específica relación de consumo. (p. 57)

Asimismo, cabe señalar que “el deber de idoneidad y de información a cargo del proveedor son los dos pilares fundamentales sobre los cuales descansa la protección al consumidor” (Espinoza, 2021, p. 348).

Por su parte, el Código de Protección y Defensa del Consumidor define la idoneidad de la siguiente manera:

Artículo 18.- Idoneidad

Se entiende por idoneidad la correspondencia entre lo que un consumidor espera y lo que efectivamente recibe en función a lo que se le hubiera ofrecido, la publicidad e información transmitida, las condiciones y circunstancias de la transacción, las características y naturaleza del producto o servicio, el precio, entre otros factores, atendiendo a las circunstancias del caso.

La idoneidad es evaluada en función a la propia naturaleza del producto o servicio, y a su aptitud para satisfacer la finalidad para la cual ha sido puesto en el mercado.

Las autorizaciones por parte de los organismos del Estado para la fabricación de un producto o la prestación de un servicio, en los casos que sea necesario, no eximen de responsabilidad al proveedor frente al consumidor.

El deber de idoneidad se aplica a las atenciones de salud en el marco del Decreto Supremo N° 026-2015-SA, que aprueba el Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del INDECOPI a la SUSALUD, en cuyo artículo 10° se establece que las infracciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor se aplican de manera supletoria a las contenidas en el RIS de SUSALUD:

Artículo 10°. - Aplicación del Código de Protección y Defensa del Usuario en salud

Las disposiciones contenidas en la Ley N° 29571, como en sus normas modificatorias, complementarias y conexas, referidas a presuntas infracciones a los derechos de los usuarios en salud, que se encuentren dentro de las competencias transferidas a SUSALUD, se aplicarán supletoriamente a las establecidas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.

Como se puede apreciar, existe una definición amplia de idoneidad, sin embargo, no está definido qué es idóneo o qué no lo es en cada caso concreto, siendo justamente esta característica lo que hace a la idoneidad un concepto jurídico indeterminado.

Ahora bien, si bien no es posible definir el término idoneidad de forma unívoca, como bien ha señalado la doctrina, al momento de aplicarse a cada caso concreto, habrá una única solución que será considerada idónea. Así, el personal médico de las IPRESS al atender a un paciente deberá brindar una atención idónea. Dicha atención podrá desprenderse de las siguientes fuentes:

- Normas Técnicas de Salud (NTS)¹⁶.

16 Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA: (...)

Es el Documento Normativo de mayor jerarquía que emite el Ministerio de Salud, que regula los diferentes ámbitos de la Salud Pública, incluyendo la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, y otros aspectos sanitarios, en el marco de las funciones y competencias rectoras de la ANS.

Las NTS establecen disposiciones sobre intervenciones, estrategias, objetivos, procesos tecnológicos, procedimientos y/o acciones, que contribuyen a la mejor prestación de servicios en los establecimientos de salud así como a mejorar la calidad y seguridad de las atenciones brindadas, en cumplimiento de disposiciones legales vigentes. También establecen regulaciones referidas a otros aspectos sanitarios en el ámbito del sector salud, en salvaguarda de la Salud Pública.

Sólo es emitido por la Autoridad Nacional de Salud, su contenido es vinculante y tiene alcance nacional.

Están basados en la revisión de la mejor evidencia científica existente y disponible, y busca resultados óptimos de beneficio para la comunidad. Su aplicación es de carácter permanente, su cumplimiento es obligatorio, y comprende los aspectos de prestación, organización, financiamiento y de gestión, y otros aspectos regulatorios sanitarios.

(...).

- Guías de Práctica Clínica (GPC)¹⁷.
- Literatura Médica.

Existe un sector que señala que la idoneidad vulnera el principio de tipicidad que toda infracción sancionable debe requerir, por cuanto no es posible identificar cuál es la conducta que se debe exigir a un médico ante un determinado caso, o que, las fuentes médicas señaladas en muchos casos no pueden establecer conductas exigibles a las IPRESS ni a los médicos. Sin embargo, en nuestra opinión, ello no resulta correcto, porque si bien el médico debe atender a cada caso concreto de cada paciente, su conducta o atención está determinada por la praxis médica que se deriva de la medicina basada en evidencias, los cuales se encuentran reflejados en las fuentes señaladas.

Al respecto, mediante la Resolución N° Nueve de fecha 6 de julio de 2023, emitida en el EXP. 07502-2021, la Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo con Subespecialidad en Temas de Mercado, señaló lo siguiente:

(...) es impracticable que se pueda armonizar en un solo texto todas las conductas posibles de producirse en el mercado y por ende, no podría plantearse que cada situación o conducta posible de ser considerada dentro de un supuesto de infracción, se deba encontrar tipificada de forma exacta y exhaustiva, cuando como ya se ha señalado, el número de infracciones es tan extenso, por tanto, a fin de que el Código pueda proteger a los consumidores en una mayor extensión de situaciones perjudiciales para ellos, se han empleado distintos conceptos como el de idoneidad o intereses económicos, con la finalidad que toda conducta que contravenga o afecte a estos conceptos sea sancionable administrativamente, con lo cual se han establecido las conductas infractoras bajo una tipificación indirecta⁸ en función a deberes genéricos, sin embargo, dicha discrecionalidad se encuentra sujeta a una serie de límites establecidos en el propio Código, haciéndose exigible además una mayor motivación, coherente y acorde al concepto genérico.

Asimismo, en la mencionada resolución, la Sala añadió lo siguiente:

(...) no puede pretenderse que en base a la rigurosidad de los principios de la potestad

sancionadora se deje desprotegidos a los consumidores en relación a las conductas que afecten sus derechos, pues como se puede verificar, una interpretación intransigente no representa una mayor protección de los derechos a los cuales se avoca una norma, por lo que no debe perderse de vista el propósito y la finalidad de la ley. Es así que, si empleamos el derecho administrativo como un mecanismo correctivo a través de los procedimientos sancionadores para el servicio de la sociedad, no podemos pensar en este de forma restrictiva e inalterable. (Énfasis agregado)

La resolución citada confirma nuestra posición, respecto a la aplicación del deber de idoneidad en el caso de las atenciones médicas brindadas dentro de las IPRESS. Por lo que, consideramos resulta inválido alegar que dicha infracción no puede ser sancionable por ser muy genérica o amplia.

No obstante, ello no significa que no existan límites al momento de analizar si una determinada actuación resulta idónea o no. Como ya se hizo mención, el deber de idoneidad como concepto jurídico indeterminado exige que exista una única solución justa aplicable a cada caso concreto. Por ende, cuando se analiza si determinada atención o tratamiento médico es idónea o no, habrá que recurrir a las fuentes médicas para ver cuál es la conducta que el médico debe realizar.

Para la aplicación de dichas fuentes, se debe seguir un orden de prelación en las fuentes que establecen el tratamiento médico o atención a realizar. En primer lugar, se deberá analizar si existe alguna norma técnica aplicable al caso en concreto. En segundo lugar, se analizarán las guías de práctica clínica, las cuales son elaboradas en función a las distintas patologías de los usuarios. Finalmente, la literatura médica también establece determinados tratamientos o atención a realizar ante cada diagnóstico o patología.

Si bien las GPC y literatura médica no son normas jurídicas en sí, ello no significa que no sean aplicables para identificar la idoneidad o no de un determinado tratamiento. Una interpretación contraria a ello significaría que no se podría investigar determinadas actuaciones al no encontrarse en una norma jurídica propiamente

¹⁷ Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 526-201/MINSA:

(...)

Es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica.

Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario; cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), y en este caso contiene recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de modo que orienten y faciliten el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

La aplicabilidad de la Guía Técnica, incluyendo la GPC, se basa en la revisión científica, tecnológica y la experiencia sistematizada y documentada sobre el tema que aborda.

y se dejaría impune muchas atenciones que no serían acordes a la praxis médica.

Así, han existido determinados pronunciamientos que justifican la aplicación de estas fuentes médicas. Por ejemplo, en un pronunciamiento resuelto por el Indecopi, sobre un caso en el cual SUSALUD aun no contaba con competencias para tramitar, la Sala de Protección al Consumidor señaló lo siguiente:

Se considerará un servicio médico no idóneo, aquel servicio en el que los médicos o el establecimiento de salud incumpla con las condiciones y términos mínimos establecidos en las guías prácticas, protocolos o los que resulten abiertamente incompatibles con un deber mínimo de cuidado exigible en su proceder y/o calidad de profesional de salud. (Resolución N° 0001-2019/SPC-INDECOPI).

En conclusión, resultan aplicables para analizar si se infringe o no el deber de idoneidad, las fuentes médicas señaladas, es decir, las NTS, GPC y literatura médica.

En el caso de las NTS, estas establecen una serie de disposiciones que, de no cumplirse, vulnerarían el deber de idoneidad. Por ejemplo, un paciente con criterios signos vitales anormales de Prioridad I de atención (signos vitales anormales: presión arterial sistólica menor a 90°, alteración súbita y riesgo inminente de muerte), debe ser atendido en Sala de reanimación o Shock trauma, conforme lo establece la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.

Otro supuesto se da en el caso de las disposiciones de la Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica, el cual establece que es obligatorio realizar una evaluación pre-anestésica a todos los pacientes en Consulta externa, Hospitalización y Emergencia. Asimismo, se debe realizar un monitoreo trans-operatorio y cuidados post-anestésicos, evaluarse constantemente la frecuencia cardíaca y respiratoria, oximetría de pulso y escala de Aldrette en Sala de recuperación, por lo que su incumplimiento acarrea una vulneración al deber de idoneidad.

De igual manera, es posible encontrar otras conductas que deben ser realizadas obligatoriamente durante las atenciones médicas, caso contrario, no se estaría brindando una atención idónea al usuario. En síntesis, las

disposiciones de las NTS son de obligatorio cumplimiento para todas las IPRESS.

En el caso de las guías de práctica clínica¹⁸, si bien las mismas no se configuran como normas jurídicas, su aplicación es de vital importancia al momento de decidir qué tratamiento médico o atención sanitaria es la más apropiada.

Existen determinadas GPC que son elaboradas por el MINSA y por ende su aplicación solo es obligatoria para los establecimientos de salud pertenecientes al MINSA, otras GPC son elaboradas por las IPRESS de EsSalud. Asimismo, las IPRESS privadas pueden contar con sus propias GPC.

Lo señalado en el párrafo precedente recobra vital importancia al momento de su uso, ya que si bien las IPRESS deben contar con GPC para atender determinados diagnósticos, resulta imposible que todas las IPRESS cuenten con dichos documentos para la totalidad de diagnósticos que atienden. Sin embargo, ello no significa que las GPC no le sean aplicables ante la falta de guías propias. En caso la IPRESS cuente con su propia GPC, ésta será la aplicable al caso, no obstante, en caso no cuente con la GPC que desarrolle determinado diagnóstico, se usarán como referencia otras GPC para establecer qué tratamiento debió realizarse, o qué exámenes debieron indicarse al paciente. Por ejemplo, si una IPRESS no cuenta con una GPC para trastornos hipertensivos en el embarazo, será de aplicación otra GPC que desarrollo dichos diagnósticos.

Asimismo, resulta posible la aplicación de GPC extranjeras para verificar determinados tratamientos, ya que, dichos documentos establecen recomendaciones o criterios a seguir basado en evidencias científicas, que han sido acordadas por la comunidad científica o tienen amplia aceptación en su aplicación.

A diferencia de otros sectores de la realidad, en el campo de la medicina es posible hablar de un "lenguaje universal", lo cual justifica la aplicación de las GPC sean nacionales o extranjeras, ya que si bien pueden tener algunas diferencias en su contenido, se entiende que las recomendaciones o indicaciones señaladas reflejan la denominada *lex artis* médica. **Solo para ejemplificar esta cuestión tan controvertida, las enfermedades reciben una denominación universal**

18 Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica:

(...)

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Las GPC abordan aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento para el manejo de una enfermedad o condición sobre las cuales brinda las recomendaciones desarrolladas de manera sistemática. Los resultados de la aplicación de la guía tienen que ver con la calidad de su proceso de confección y la metodología utilizada en su desarrollo.

(...).

(conocidas como Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10), dicho consenso fue realizado por cuanto las enfermedades son las mismas en el Perú o en otra parte del mundo (salvo excepciones) y los tratamientos que por ende se deben dar son los mismos en nuestro país o en cualquier otra parte del mundo¹⁹.

Habiendo precisado ello, corresponde señalar algunas conductas que vulneran el deber de idoneidad en caso de no seguir las recomendaciones de las GPC. Por ejemplo, la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo de las “Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva”, establece que, en el caso de pacientes embarazadas, la Preeclampsia presenta un cuadro clínico con incremento de presión arterial, epigastalgia y dolor en el hipocondrio derecho. Por lo tanto, no detectar un cuadro de preeclampsia en función al cuadro clínico presentado, o no realizar un tratamiento acorde a dicho cuadro, supone una vulneración al deber de idoneidad.

La Guía de Práctica Clínica para la atención del recién nacido con Asfixia del Nacimiento, que forma parte de las Guías de Práctica Clínica para la atención del recién nacido, establece que dicho cuadro se caracteriza por depresión cardiorrespiratoria secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal. Asimismo, establece que la reanimación oportuna y adecuada del neonato asfijado es lo más importante del manejo para evitar discapacidades, independientemente del lugar donde haya nacido. En este caso, no cumplir con dicho manejo supone una vulneración al deber de idoneidad.

Un último ejemplo de los muchos que podríamos mencionar se da en el caso de pacientes con presencal inicial de sepsis, en cuyo caso la Guía de práctica clínica para el reconocimiento y el manejo inicial de sepsis en adultos de EsSalud señala que se debe iniciar noradrenalina para mantener la PAM mayor igual a 65 mmHg, trasladar para su manejo a un área de monitoreo constante, establecer diagnóstico de shock séptico cuando además de requerir vasopresor el lactado está mayor igual a 2. De esta manera, no iniciar con el tratamiento señalado supone una vulneración al deber de idoneidad.

Con relación a la literatura médica, al igual que las NTS y GPC, también reflejan el contenido de la *lex*

artis médica, por lo que es posible su análisis para verificar las características que permiten identificar determinados diagnósticos, qué opciones de tratamiento médico son las adecuadas o qué pautas se deben seguir para superar dichos diagnósticos.

Por ejemplo, en el caso de dolor abdominal, la literatura médica señala que “las causas más frecuentes de dolor abdominal al ingreso son dolor abdominal inespecífico, apendicitis aguda, dolor de origen urológico y obstrucción intestinal” (Jakobs, 2018, p. 81). Asimismo, señala que “el obtener una anamnesis detallada cuando sea posible es muy valiosa, aunque sea laborioso y consuma mucho tiempo” (Jakobs, 2018, p. 84). De esta manera, “[l]a toma de decisiones en cuanto a los siguientes pasos se facilita y es posible hacer un diagnóstico razonablemente preciso antes de realizar más pruebas diagnósticas” (Jakobs, 2018, p. 84). En este caso, no realizar una adecuada anamnesis²⁰ o interrogatorio supone una inadecuada atención médica, la cual vulnera el deber de idoneidad.

Otro supuesto de aplicación de la literatura médica se da para determinar los factores que definen a los lactantes de riesgo. Así, el término lactante de alto riesgo se aplica a los niños que deben ser vigilados estrechamente por personal médico y de enfermería experimentado (Carlo, 2016).

Un último ejemplo respecto a la aplicación de la literatura médica se puede dar en el caso de pacientes con fibrilación auricular y presencia de prótesis valvulares mecánicas, a quienes se les debe suministrar Warfarina. En dichos casos, se debe vigilar con frecuencia la coagulación para asegurar una respuesta adecuada (Weitz, 2018).

Finalmente, existen otras conductas que suponen una vulneración al deber de idoneidad, por ejemplo, falta de información a los pacientes o familiares sobre la evolución u otra información relevante.

En síntesis, el deber de idoneidad es una obligación que las IPRESS deben seguir al realizar las atenciones por medio de sus médicos y demás personal de salud, debiendo garantizar que las atenciones médicas se den de forma idónea. Para ello, deberá analizarse una serie de fuentes médicas como son las NTS, GPC o literatura médica, que establecen una serie de recomendaciones o pautas a realizar en atención a los distintos diagnósticos que padecen los usuarios.

19 Evidentemente, esta afirmación puede variar en menor medida en atención a los progresos tecnológicos de un determinado país que permita establecer otras formas de tratamiento más efectivas.

20 La anamnesis se puede definir como el interrogatorio que el médico debe realizar al paciente, cuando ello es posible, para obtener toda la información posible respecto a los síntomas que el paciente presenta, de manera que ello permite al médico sospechar la presencia de algunos diagnósticos posibles y, tras ello, podrá evaluar qué evaluaciones o exámenes se realizarán al paciente. Si bien los exámenes son necesarios para establecer el diagnóstico adecuado, la anamnesis resulta de vital importancia; toda vez que, es el propio paciente quien conoce los síntomas que padece, lo cual ayudará al médico para la sospecha de un determinado diagnóstico.

5.2. Postergación en el acceso a los servicios de salud

Los usuarios requieren no solo que la atención sea adecuada, sino que además sea oportuna²¹. Ello quiere decir que la atención debe ser realizada dentro de un tiempo adecuado, de modo que el estado de salud del usuario no se vea perjudicado por una demora en la atención, ya que cada minuto que transcurre es importante para la recuperación del usuario.

La postergación²² se materializa cuando al paciente se le debe brindar un tratamiento o realizar un procedimiento y este no se realiza, se requiere de un examen para confirmar un diagnóstico y este no se realiza oportunamente. En estos supuestos el tiempo establecido para la atención debe estar claramente señalado en alguna Norma Técnica de Salud, Guía de Práctica Clínica o literatura médica, indicando cuánto tiempo se requiere para la atención o si es inmediata, o en su defecto se requiere confirmar algún diagnóstico mediante un examen y habiendo indicación para ello, no se realiza.

Por ejemplo, un paciente acude a una IPRESS con un riesgo inminente de muerte por presentar shock hemorrágico, paro cardiorrespiratorio y/o inestabilidad hemodinámica, por lo que debe ser catalogado como Prioridad I de atención. En este caso, la atención debe ser inmediata²³ en Sala de Reanimación - Shock Trauma. Sin embargo, se deja al paciente en espera sin justificación alguna y es atendido luego de 20 minutos.

En el ejemplo señalado, la IPRESS habría postergado el acceso a los servicios de salud del paciente o usuario, dado que no se le brindó una atención inmediata. Por lo tanto, la IPRESS deberá demostrar que dicha postergación no haya sido injustificada, sino que, por el contrario, haya existido alguna causa que justifique dicha demora, de lo contrario, se acreditará la comisión de la presente infracción.

Otro ejemplo sería el de un paciente que presenta signos y síntomas de abdomen agudo y/o frecuencia respiratoria mayor a 24 respiraciones por minutos con riesgo de muerte, el cual es

catalogado como Prioridad II de atención, por lo que debe ser atendido en un tiempo de espera no mayor o igual a los 10 minutos desde su ingreso²⁴.

Un caso donde un paciente presenta cuadro de septicemia y se le debe indicar tratamiento antibiótico oportuno. En dicho caso, la literatura médica precisa que “las demoras para usar antibióticos pueden ser mortales. Por cada hora de retraso entre los pacientes con septicemia, se reporta aumento de 3-7% en las probabilidades de muerte intrahospitalaria. Regímenes aceptables Piperacilina-Tazobactam, Cefepima, Meropenem o Imipenem-Cilastatina” (Seymour & Angus, 2018, p. 2049). Por lo tanto, cada hora de retraso en el no uso de los medicamentos señalados, supondrá una postergación en la atención dada al usuario, el cual incluso aumentaría las probabilidades de muerte del paciente.

Finalmente, resulta posible que el usuario contrate un Plan de Salud con una IAFAS y que dentro de dicho plan se le brinde un chequeo oncológico anual, el cual incluye un conjunto de exámenes necesarios para la detección de algunos tipos de enfermedades oncológicas. Por ejemplo, para la detección de cáncer en una paciente mayor de los 50 años con antecedente de melanoma maligno se le brinda cobertura de un conjunto de exámenes, entre ellos la realización de examen de Thevenon y Colonoscopia de forma anual y cada 5 años respectivamente. En el presente caso, la falta de realización de dichos exámenes por parte de una IPRESS, a pesar de ser necesarios para la detección del cáncer de colon en los plazos señalados, supone una postergación en el acceso a los servicios de salud del usuario, lo que podría generar la falta de detección oportuna o no de cáncer del paciente, y podría generar incluso la muerte del mismo por no habersele detectado su padecimiento a tiempo.

5.3. Referencia oportuna del Usuario

Los establecimientos de salud que conforman el sistema de salud peruano sean públicos o privados, se encuentran organizados en categorías de atención, la cual determina la capacidad resolutoria de dicho establecimiento. Al respecto, la Guía técnica para la categorización de establecimientos

21 *Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:*

15.1 Acceso a los servicios de salud

(...)

e) *A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.” (Subrayado agregado)*

22 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Graves, Numeral 1: *“Postergar injustificadamente el acceso de los usuarios a las prestaciones de salud, provocando o no el agravamiento de su enfermedad o generando secuelas o complicaciones o poniendo en grave riesgo su vida”.*

23 Véase la NT N° 042/MINSA / DGSP-V1 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 336-2006/MINSA.

24 Véase la NT N° 042/MINSA / DGSP-V1 “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 336-2006/MINSA.

del sector salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, establece determinados criterios para la categorización de los establecimientos de salud. Así, establece qué infraestructura, equipamientos médicos y recursos humanos debe tener cada IPRESS acorde a su categoría. En caso un establecimiento no cuente con los recursos señalados para atender al usuario, debe realizar un procedimiento mediante el cual se asegure la continuidad de atención del Usuario, lo cual forma parte del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC). Al respecto, dicho sistema es definido de la siguiente manera:

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativo, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (NTS del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, 2005, p. 22)

Por su parte, la referencia “es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive” (NTS del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, 2005, p. 37).

De lo expuesto, se advierte la obligación de las IPRESS de referir a los usuarios para garantizar la continuidad de la atención²⁵ en caso no cuente con la capacidad resolutive requerida para dicha atención.

Un ejemplo de falta de referencia oportuna es el supuesto en el que un usuario acude a una IPRESS con alta sospecha de un posible cuadro de apendicitis aguda y se debe realizar una tomografía para el descarte de dicho diagnóstico, no obstante, la IPRESS es un establecimiento de salud de categoría II-1 de atención que no cuenta con tomógrafo. Al no contar con tomógrafo para el descarte de diagnóstico de apendicitis aguda del usuario por no corresponder a su categoría, debe realizar la referencia oportuna del usuario a una IPRESS que sí cuente con una mayor capacidad resolutive y pueda realizar la tomografía al usuario, caso contrario, no se estaría garantizando la continuidad de la atención.

Otro supuesto de falta de referencia oportuna es aquel en el cual un usuario acude a una IPRESS con criterios de Prioridad I de atención (p.e. hipotensión o sobredosis por el uso de drogas), por lo que debe ser atendido en Unidad de Shock Trauma; sin embargo, acorde a su categoría la IPRESS no cuenta con Unidad de Shock Trauma. Por lo tanto, se encuentra obligada a referir inmediatamente al usuario a un establecimiento que cuente con dicha unidad.

Como se aprecia, la referencia debe ser realizada oportunamente, de modo que el usuario no deje de ser atendido como consecuencia de que la IPRESS a la cual acudió no contaba con la categoría necesaria para atenderlo.

Asimismo, cabe precisar que una forma de garantizar la continuidad de atención es la celebración de convenios entre IPRESS, sean públicas o privadas, para que se pueda continuar la atención del usuario en caso lo requiera.

5.4. No contar con las UPS necesarias acorde a su categoría

Como se hizo mención anteriormente, la Guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, establece el conjunto de equipos médicos, infraestructura, recursos humanos, entre otros, que la IPRESS debe tener de acuerdo a su nivel de complejidad o capacidad resolutive. Por lo tanto, las IPRESS deberán contar con cada una de las UPS que le corresponden acorde a su categoría²⁶, caso contrario, se configura una vulneración a los derechos de salud del usuario que requiera el uso de dicha UPS y la IPRESS no cuenta con ello.

Un ejemplo de falta de UPS necesarias se configura en el caso que un paciente cuenta con indicación de Resonancia Magnética cerebral dentro de una IPRESS que cuenta con categoría III-1, es decir, que forma parte del tercer nivel de atención. En tal sentido, acorde a dicha categoría, la IPRESS debe contar con equipo de Resonador Magnético, sin embargo, en caso no cuente con dicho equipo afectando los derechos del usuario, debido que no se le puede realizar la resonancia magnética solicitada a pesar de que la IPRESS debe contar con el equipamiento necesario para ello.

Un caso similar se configura cuando un establecimiento que cuenta con categoría III-1 no cuenta con equipo de Tomógrafo Computarizado

25 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 9: “No contar o no cumplir oportunamente con el procedimiento de derivación, referencia o contrarreferencia de pacientes para garantizar la continuidad de la atención”.

26 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 11: “No contar con las unidades productoras de servicios implementadas según corresponda a su categoría”.

Multicorte para realización de tomografías a los usuarios que lo requieren.

Como se ha señalado inicialmente, las UPS no solo se encuentran referidas a los equipos médicos con los que las IPRESS deben contar, sino también a la infraestructura o recurso humanos que deben tener.

A modo de ejemplo, en caso una IPRESS especializada en atención materna que se encuentra dentro del segundo nivel de atención con categoría II-E, debe contar con Sala de cadáveres con cámara de refrigeración (mortuorio). Distinto es el caso de las IPRESS que forman parte del primer nivel de atención, las cuales no se encuentran obligadas a contar con mortuorio.

Con relación a los recursos humanos, las IPRESS deberán contar con el personal médico mínimo acorde a su categoría, por ejemplo, en el caso de las IPRESS del tercer nivel de atención, es necesario que cuenten con médico especialista en Neurología dentro de las UPSS de Hospitalización o Internamiento, lo cual no es requerido para las IPRESS que forman parte del primer nivel de atención.

5.5. Contenido de la historia clínica

La Ley General de Salud establece que “el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado”. De esta manera, la Historia Clínica constituye el documento más importante dentro de la relación médico - paciente o IPRESS - usuario; toda vez que, en dicho documento se registran todas las atenciones que el usuario recibe en una determinada IPRESS, la cual además, servirá para las atenciones posteriores y analizar la evolución del paciente. De esa manera, se ha establecido una definición legal de la historia clínica:

Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS. (NTS para la Gestión de la Historia Clínica, 2018, p. 18)

De esta manera, la NTS la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobado mediante Resolución

Ministerial N° 214-2018/MINSA y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, establece el conjunto de disposiciones relativas al contenido de la historia clínica para que las IPRESS realicen un adecuado registro de la información médica, ya que, como se hizo mención, en él se registran todas las atenciones médicas.

De este manera, en la historia clínica se deben consignar todas las atenciones realizadas al usuario, la evolución médica del paciente, epicrisis, control de signos vitales, anotaciones de enfermería, así como la información complementaria como los resultados de exámenes auxiliares, resultados de ecografías, radiografías, tomografías, resonancias, los formatos de anestesiología en el que se contiene la información sobre la anestesia aplicada al usuario, formatos básicos (consulta externa, emergencia, hospitalización y ficha familiar), formatos especiales (filiación, notas de enfermería, control de medicamentos, control de signos vitales, formatos de interconsulta, alta, etc.).

Asimismo, en el caso de que se haya realizado alguna intervención o procedimiento médico quirúrgico, no solo se debe registrar dicha intervención en las hojas de atención, sino que se debe incluir en la historia clínica el reporte operatorio del usuario.

En caso, que el usuario haya sido referido a otro establecimiento de salud, debe formar parte de la historia clínica los formatos de referencia y contrareferencia de los usuarios.

Un ejemplo de incumplimiento de las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica²⁷ se da en cualquiera de los casos señalados en los párrafos anteriores, por ejemplo, cuando no obran registros de atenciones en la historia clínica, se realizó una intervención quirúrgica pero no se adjuntó el reporte operatorio, no se adjuntan las evoluciones de enfermería que permitan verificar el seguimiento al paciente.

El fundamento que sustenta la persecución de la presente infracción radica en que dicho incumplimiento puede afectar la atención dada al usuario al no contar la IPRESS con la información exacta necesaria para realizar dichas atenciones. Asimismo, el inadecuado registro de la historia clínica puede generar complicaciones al momento de realizar las investigaciones por parte de SUSALUD en el marco de un procedimiento sancionador; toda vez que, dificulta analizar totalmente las atenciones recibidas por el usuario para determinar si dicha atención fue adecuada o inadecuada.

27 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-A: Infracciones de Carácter General, Infracciones Leves, Numeral 5: “No cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica”.

Otro caso muy frecuente de incumplimiento de las disposiciones sobre el contenido de la historia clínica que cometen las IPRESS se encuentra relacionado con la información consignada en los Formatos de Consentimiento Informado, donde se suele no informar el nombre de determinada intervención quirúrgica a realizar, la descripción de ésta en términos sencillos o el registro de los riesgos reales y potenciales del procedimiento o intervención quirúrgica o modalidad de atención, efectos adversos o el pronóstico y recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

Asimismo, en la práctica médica es muy frecuente realizar consentimientos informados genéricos donde no se detalla los principales riesgos reales o potenciales de un determinado procedimiento médico, sino que se incluyen fórmulas genéricas donde se indica que al paciente se le ha informado sobre las consecuencias previsible del procedimiento quirúrgico, así como los posibles riesgos y complicaciones de determinada cirugía.

Al respecto, estas fórmulas genéricas no acreditan que el paciente haya sido informado sobre los principales riesgos o consecuencias a los que está sujeto al someterse a determinado procedimiento médico.

Por ejemplo, en el caso de procedimientos de nefrostomía percutánea guiada (colocación de catéter venoso central), la principal complicación que se observa en los pacientes es la hematuria, por lo que dicha complicación debe ser informada cuando se solicita consentimiento informado para colocación de catéter.

Otro supuesto se da cuando no se informa que ante una determinada intervención quirúrgica la infección de herida operatoria es un riesgo o complicación frecuente, o que se podría presentar fiebre alta. En estos casos, dicha información debe estar consignada en el consentimiento informado, de manera que el paciente sepa qué tipos de complicaciones o riesgos le pueden ocurrir por someterse a un determinado procedimiento.

Ahora bien, una interrogante que resulta conveniente analizar es si en el Formato de Consentimiento Informado se debe informar todos los riesgos y complicaciones posibles que pudieran presentarse como consecuencia de un determinado procedimiento quirúrgico. Abarcar la totalidad de riesgos y complicaciones en el consentimiento informado sería por lo menos difícil de realizar, pues generaría que dichos consentimientos sean demasiados extensos, o peor aún, que ante tanta información no se logre informar al paciente o a sus representantes las complicaciones más esperables. Al respecto, el

Tribunal de SUSALUD en la Sala Plena N° 014-2019, estableció el Acuerdo N° 006-2018, que se constituye en un precedente de observancia obligatoria sobre el Consentimiento Informado, señalando lo siguiente:

(...)

Al respecto, cabe mencionar que el deber de informar en lo relacionado con los riesgos abarca solamente a aquellos a los que se denominan "típicos" para hacer referencia a los que tienen una ocurrencia frecuente, en contra de los que pueden imprevisiblemente ocurrir y respecto de los cuales no se puede atribuir responsabilidad.

(...)

1. El formato del Consentimiento informado, obligatoriamente, debe incluir el registro en detalle de los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos secundarios, efectos adversos y beneficios que con mayor frecuencia ocurran de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médica a realizar, en términos sencillos y comprensibles, en virtud de lo dispuesto por la Ley General de salud, la ley que establece los derechos de las Personas Usuarias de los servicios de salud y su Reglamento y la norma técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica (...). (Énfasis y subrayado agregado)

En ese sentido, en el Formato de Consentimiento Informado se deberá incluir el detalle de los riesgos potenciales y/o reales, así como las complicaciones, que sean más frecuentes de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médica a realizar. Por otro lado, consideramos que también se deben incorporar aquellas complicaciones que sin ser frecuentes son muy graves, como el caso de la perforación de órganos en determinadas intervenciones quirúrgicas, riesgo que no está exento totalmente en cualquier procedimiento invasivo.

5.6. Solicitud de Consentimiento Informado

Todo paciente o usuario que solicita o requiere la prestación de servicios de salud, requiere decidir libremente sobre los procedimientos a los cuales se somete. De esta manera, con acierto la doctrina señala lo siguiente:

Por ello, el consentimiento informado, núcleo básico del derecho de autodeterminación del paciente y parte esencial de lo que se conoce como el derecho a la autonomía personal en el ámbito de la salud, tiene una doble faz: de una parte, es un derecho básico del paciente, considerado éste como un agente moral autónomo que tiene la facultad de decidir sobre la incidencia que en su propia salud pueda tener la actividad curativa que la Medicina ejerce sobre él, lo que incluye el poder de decisión acerca de recibir o no tratamiento médico, asumir o no los riesgos inherentes a una intervención, permanecer enfermo o sanar, o incluso perder

la vida [Pelayo]. Y de otra, integra uno de los contenidos definidores de la lex artis en tanto que constituye uno de los deberes que incumbe al facultativo y calibra el grado de cumplimiento de las normas y técnicas aplicables al caso. (Gallardo, 2009, pp. 95-96)

El consentimiento informado es el documento mediante el cual se expresa la decisión del paciente o sus representantes de someterse a una intervención quirúrgica o procedimiento médico, mediante el cual además se le brinda la información necesaria para prestar dicho consentimiento.

Como antecedente histórico, se tiene que en un inicio las relaciones médico paciente eran siempre asimétricas, porque el médico era quien sabía lo que hacía y el paciente solo esperaba y obedecía (Ortiz y Burdiles, 2010). Con la evolución de las legislaciones, esta idea fue cambiando y se impuso la obligación de informar al paciente sobre las atenciones a realizar, las cuales se consignan en el consentimiento informado.

En el Perú, la Ley General de Salud establece que “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo”²⁸. De esta manera, previa a la realización de algún tratamiento, procedimiento médico o quirúrgico, las IPRESS deberán cumplir con solicitar al usuario o su representante el consentimiento informado previo por escrito²⁹.

Ahora bien, corresponde precisar que, las IPRESS se encuentran exentas de solicitar consentimiento informado en el caso de las intervenciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.³⁰

En atención a lo expuesto, cuando el paciente requiera una intervención de emergencia de

forma inmediata, no será necesario la firma de consentimiento informado, por cuanto si no se realiza la intervención de emergencia, se podría generar un alto riesgo de muerte al usuario, sumado al ya existente riesgo que origina la situación de emergencia.

Finalmente, no debe confundirse la falta de consentimiento informado con el incumplimiento de las disposiciones vigentes de la historia clínica. Mientras en el primer supuesto la IPRESS no solicitó el consentimiento informado previo al paciente o a sus representantes, en el segundo supuesto sí cumplió con solicitarlo, no obstante, no cumplió con detallar la información necesaria que dicho formato debe incluir, lo cual fue explicado en el tipo anterior o habiéndolo solicitado.

5.7. Infracciones muy graves referidas a la seguridad del paciente

El RIS de SUSALUD contiene un catálogo de infracciones aplicables a las IPRESS referidas a la seguridad del paciente, dentro de las cuales tenemos por ejemplo la falta de consentimiento informado, lo cual se desarrolló en el tipo infractor anterior. Sin embargo, existen otras infracciones que son de gran gravedad por el enorme perjuicio ocasionado a los usuarios, siendo en nuestra opinión, las que requieren mayor persecución y sanción.

Dentro de este catálogo de infracciones administrativas tenemos por ejemplo la realización de cirugías u otro procedimiento invasivo realizado en una zona anatómica equivocada³¹, por ejemplo, cuando se requiere amputar la pierna derecha del paciente, sin embargo, por descuido se amputa la pierna izquierda. Otro supuesto es la realización de una cirugía no indicada en el paciente³², como por ejemplo, la realización de una Gastrostomía endoscópica que no está indicada en el paciente por no tener nada que ver con la patología que padece.

28 Artículo 4.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso.
(...).

29 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Leves, Numeral 3: “No cumplir con solicitar al usuario o su representante legal el consentimiento informado por escrito, previo a la realización de procedimientos médico-quirúrgicos, o de diagnóstico o de tratamiento, o tratamientos experimentales o investigación clínica, en la forma prevista por la normatividad vigente”.

30 Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:
15.4 Consentimiento informado

a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:

a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. 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.

31 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 1: “Cirugía u otro procedimiento invasivo realizada en la zona anatómica equivocada”.

32 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 2: “Cirugía u otro procedimiento invasivo no indicado en el paciente”.

Constituye otra infracción muy grave la retención no intencional de un objeto extraño dentro de un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo³³, por ejemplo, dejar dentro del organismo del paciente una gasa o un bisturí.

Finalmente, se ha tipificado un conjunto de infracciones que ocasionan la muerte o lesión grave de un paciente, como resultado de una falta de diligencia en el seguimiento del caso³⁴, caída de la cama o camilla mientras es atendido en una IPRESS³⁵, errores en la medicación³⁶, uso inadecuado del sistema de administración de oxígeno u otro gas medicinal³⁷, introducción de objetos metálicos en el área del Resonador Magnético Nuclear³⁸, cirugías realizadas en establecimientos sin la capacidad resolutoria formalizada en su categorización³⁹, uso o funcionamiento de un dispositivo o insumo médico con fines distintos a los de su naturaleza⁴⁰, uso de productos farmacéuticos o dispositivos contaminados, vencidos⁴¹, etc.

En este tipo de infracciones la muerte o lesión grave es una consecuencia directa de los supuestos señalados anteriormente, por lo que corresponde determinar la relación directa entre el hecho causal y la consecuencia. Esto lo diferencia de otras infracciones como por ejemplo la vulneración al deber de idoneidad o postergación en el acceso de los servicios de salud, en cuya salud si bien se puede ocasionar la muerte o alguna lesión grave en el paciente, no es posible determinar que sea una consecuencia directa de una inadecuada atención y no una consecuencia del estado de salud del usuario. En cambio, en los supuestos aquí descritos la muerte o presencia de lesiones sí es una consecuencia directa, correspondiendo

subsumir la conducta infractora en alguno de estos supuestos.

Un ejemplo de muerte de un paciente como resultado de la falta de diligencia en el seguimiento del caso, se da cuando una usuaria gestante que presenta sangrado no se le realiza el monitoreo fetal que permita establecer de forma precisa el momento en que el feto empezó a presentar sufrimiento fetal y por consiguiente realizar una cesárea en el menor tiempo de la que se realizó, contribuyendo dicha demora a que el desprendimiento de placenta afecte al feto, causándole depresión severa y su posterior fallecimiento.

Otro ejemplo de muerte se da cuando se realiza una intervención quirúrgica de lipoescultura, donde no se realiza el seguimiento y monitoreo permanente de la presión arterial de la paciente porque el tensiómetro se encuentra en el suelo, lo cual no ayudó a detectar los cambios en la presión arterial que hubieran advertido cambios hemodinámicos de forma oportuna y advertir que la paciente se encuentra con paro cardiorrespiratorio, conllevando a su fallecimiento.

6. Principales errores al momento de interponer denuncias

En los casos que el procedimiento administrativo se inicia como consecuencia de una denuncia presentada por el usuario o sus representantes, en diversas ocasiones se ha advertido algunos errores comunes que los usuarios cometen al momento de realizar su denuncia. A continuación, se procederá a detallar los principales errores:

33 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 3: "Retención no intencional de un objeto extraño dentro de un paciente luego de una cirugía o procedimiento invasivo".

34 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 6: "Muerte o lesión grave de un paciente como resultado de la falta de diligencia en el seguimiento del caso o seguimiento de los resultados exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento".

35 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 5: "Muerte o lesión grave de una paciente asociada a caída de la cama o camilla mientras es atendido en una IPRESS".

36 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 11: "Muerte o lesión grave de un paciente, asociada con errores en la medicación (fármaco equivocado, dosis equivocada, paciente equivocado, tiempo equivocado, frecuencia equivocada, preparación equivocada o vía de administración equivocada)".

37 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 13: "Muerte o lesión grave ocasionada en un paciente por el uso inadecuado del sistema de administración de oxígeno u otro gas medicinal, incluyendo que no contenga el gas, contenga el gas equivocado o esté contaminado con una sustancia tóxica".

38 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 14: "Muerte o lesión grave en el paciente o personal asociado con la introducción de objetos metálicos en el área del Resonador Magnético Nuclear".

39 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 8: "Muerte o lesión grave de una paciente asociada a cirugías o procedimientos realizados en establecimientos sin la capacidad resolutoria formalizada en su categorización".

40 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 9: "Muerte o lesión grave de una paciente asociada con el uso o funcionamiento de un dispositivo, insumo médico, o su utilización en pacientes con fines diferentes a los de su naturaleza".

41 RIS de SUSALUD. Anexo III: Infracciones Aplicables a las IPRESS. Anexo III-B: Infracciones referidas a la Seguridad del Paciente, Infracciones Muy Graves, Numeral 7: "Muerte o lesión grave de la paciente asociada con el uso de productos farmacéuticos o dispositivos contaminados, vencidos, deteriorados, falsificados o sin registro sanitario, provistos en la IPRESS".

6.1. Solicitudes de indemnización como medida correctiva

En muchas ocasiones, se ha observado que, cuando el usuario interpone su denuncia, solicita una indemnización por los daños y perjuicios que la Denunciada le habría causado al vulnerar sus derechos en salud, sin embargo, es necesario tener en cuenta que, el procedimiento administrativo no puede concluir de ninguna manera con el otorgamiento de indemnizaciones al usuario; toda vez que, no se tiene facultad para ello. Adicionalmente, el Artículo 14 del Decreto Legislativo N° 1158, menciona que, las medidas correctivas no tienen naturaleza indemnizatoria, ni carácter sancionador, por lo que, resultan compatibles con las sanciones que pudieran imponerse como consecuencia del procedimiento administrativo sancionador, debiendo ser ejecutadas por la Administrada dentro del plazo previsto.

Sin perjuicio de ello, si en caso el usuario requiere de una indemnización con carácter urgente, podría acudir a otros mecanismos jurídicos (ya sea la vía judicial o el arbitraje), o incluso acudir al Centro de Conciliación y Arbitraje, quien recientemente facilitó un acuerdo de indemnización por daños ocasionados como consecuencia de una inadecuada atención en salud, a un usuario, al cual, le amputaron el antebrazo izquierdo en el año 2015⁴².

6.2. Responsabilidad del personal médico

Otro error frecuente identificado al momento de interponer denuncias ante SUSALUD, se encuentra relacionado con la solicitud de sanción al personal médico o técnico como consecuencia de una presunta inadecuada atención u otra vulneración causada al usuario.

Al respecto, dichas solicitudes no pueden ser amparadas por SUSALUD, dado que no se encuentra dentro de las competencias, funciones y atribuciones otorgadas por el Decreto Legislativo N° 1158, no tiene competencia para sancionar al personal médico, sino que su competencia se enmarca a supervisar y sancionar a las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, como es el caso de la Denunciada.

Sin perjuicio de lo señalado, los usuarios pueden acudir al fuero penal o civil para que se determine la responsabilidad de los médicos.

6.3. Denuncia al establecimiento de salud incorrecto o falta de precisión en la denuncia

En algunas ocasiones, cuando los usuarios denuncian, señalan cuál sería el establecimiento

de salud que habría vulnerado sus derechos, sin embargo, no identifican correctamente cuál es el establecimiento en sí, ya que este puede tener varias sedes y se debe señalar en cuál de ellas ocurrieron los hechos, o se señalar un establecimiento equivocado, por similitudes en el nombre de dichos establecimientos.

Una forma de solución que proponemos a dicho problema es que el usuario utilice las herramientas virtuales que ofrece SUSALUD, tales como el RENIPRESS, el RIAFAS o el RUGIPRESS, los cuales fueron señalando en el presente trabajo, para que de esta forma puedan identificar correctamente a los establecimientos que correspondan, evitando de esta manera que una denuncia se archive por dichos errores.

Ahora bien, cabe indicar que, existen algunos otros errores que son advertidos, tales como la falta de precisión al momento de la denuncia (como son el relato de los principales hechos, no señalar la fecha de ocurrencia de los hechos, etc), falta de medios probatorios. En estos casos, el denunciante debe ser preciso al momento de presentar una denuncia, tratando de dar información sobre los hechos, fechas de ocurrencia y todo lo que sea posible para la investigación de la denuncia, no es suficiente por ejemplo, indicar que le realizaron una inadecuada intervención quirúrgica, sin señalar la fecha de ocurrencia.

Finalmente, es importante que en el supuesto que se denuncien hechos vinculados a la atención médica de los usuarios y se requiera para ello acceder a la historia clínica del paciente, se otorgue autorización a SUSALUD para solicitar y acceder a dicha historia clínica, de lo contrario, no se podrá investigar los hechos denunciados.

7. Mecanismos alternativos de solución de controversias en materia de salud

En la actualidad, existen otros mecanismos alternativos para resolver los conflictos de manera especializada y con celeridad en materia de salud, en especial cuando se pretende una indemnización, que no puede conocerse dentro de un procedimiento trilateral sancionador (Guzmán, 2021).

Al respecto, a través del Centro de Conciliación y Arbitraje (en adelante, CECONAR), SUSALUD es competente para conocer y resolver las controversias que surjan entre los agentes que forman parte del Sistema Nacional de Salud, así como entre estos y los usuarios de los servicios de salud, a través del establecimiento de mecanismos de conciliación, arbitraje y demás medios

42 <https://www.gob.pe/institucion/susalud/noticias/865474-centro-de-conciliacion-de-susalud-logra-acuerdo-de-indemnizacion-a-favor-de-usuario-a-quien-le-amputaron-brazo>

alternativos de solución de controversias que sean contemplados. Cabe precisar que, las partes pueden acudir no solo al CECONAR, sino a otros centros que consideren convenientes.

Ahora bien, mediante Resolución de Superintendencia N° 071-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-CD se aprobó el Reglamento de Conciliación del Centro de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud que regula dicho procedimiento al interior de la entidad, mediante el cual, a través de ello, brinda a la población a nivel nacional, los servicios de conciliación y mediación de manera gratuita. En tanto, para el arbitraje, se cuenta con costos sociales, estos servicios especializados tienen como finalidad facilitar el acceso a la justicia de la población principalmente de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad.

El Artículo 33 del Decreto Legislativo N° 1158 establece que, las partes podrán someterse de común acuerdo a la competencia del centro de conciliación o arbitraje del Servicio de Conciliación y Arbitraje en salud que consideren pertinente, ya sea en el propio contrato o una vez suscitada la controversia, manteniéndose así, para el caso concreto, la naturaleza voluntaria del arbitraje.

Para ello, el CECONAR pondrá a conocimiento de las partes involucradas, el listado de centros registrados y especializados en materia de salud. Sin perjuicio de lo anterior mencionado, en caso de que las partes hayan pactado el sometimiento a arbitraje y no logren un acuerdo sobre el centro competente, se entenderá como centro competente al CECONAR, que operará, en ese sentido, de forma residual.

8. Conclusiones

SUSALUD cuenta con potestad sancionadora para garantizar la protección de los derechos de salud de los usuarios, lo cual le permite sancionar las infracciones previstas en su RIS, así como la infracción al deber de idoneidad prevista en el Código de Protección y Defensa del Consumidor.

El deber de idoneidad es una de las infracciones más frecuentes cometidas por las IPRESS, la cual se materializa por alejarse de las disposiciones contenidas en las NTS, GPC o literatura médica aplicables a cada caso concreto. En esta línea, debe evaluarse en función a estas fuentes médicas, cuál es la conducta idónea que se debe realizar en cada atención médica.

Dentro del catálogo de infracciones administrativas posibles de ser cometidas por las IPRESS, consideramos que las más importantes y relevantes para ser analizadas al igual que la

infracción al deber de idoneidad por encontrarse directamente vinculadas con la atención médica propiamente, son la postergación en el acceso a los servicios de salud, falta de referencia oportuna, no contar con las UPS necesarias acorde a la categoría de las IPRESS, no cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica, no cumplir con solicitar el consentimiento informado, así como las infracciones referidas a la seguridad del paciente, como son los casos de cirugía o procedimientos en zona equivocada o los que no han sido indicados a los pacientes, retención no intencional de un objeto extraño en los pacientes, y las diversas infracciones sobre muerte o lesiones graves causadas a los pacientes.

Dentro del análisis de las infracciones solicitadas, se evidenció que la historia clínica es el documento más importante dentro de la relación médico - paciente o IPRESS - usuario, ya que en ella se debe registrar todos los datos relacionados con la atención del paciente. Asimismo, el consentimiento informado constituye otro documento importante que garantiza que el usuario se encuentre informado sobre los tratamientos, procedimientos médicos o intervenciones quirúrgicas a realizar.

En la tramitación de las denuncias, existen diversos errores cometidos por los usuarios, por ejemplo, realizar solicitudes de indemnización, solicitar que se sancione al personal médico, falta de identificación correcta del establecimiento denunciado o falta de precisión en la denuncia. Cabe precisar que estas solicitudes no pueden ser conocidas por SUSALUD, por cuanto es competente para determinar la responsabilidad administrativa de los establecimientos de salud, esto es, IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, mas no para determinar la responsabilidad directa del médico, no pudiendo sancionarlos. Asimismo, no puede otorgar indemnizaciones a los usuarios, ya que no cuenta con competencias para ello, lo cual debe ser solicitado de ser el caso, en el fuero correspondiente. Finalmente, la falta de identificación correcta por parte del usuario del establecimiento de salud que habría vulnerado sus derechos, así como la falta de precisión en la denuncia (como son los hechos principales, fechas de ocurrencia, etc), dificultan o a veces incluso imposibilitan emitir un pronunciamiento para la investigación de los hechos.

Existen otros mecanismos alternativos para la resolución de controversias en materia de salud, como son la conciliación y el arbitraje, los cuales pueden dar una solución alternativa a las vulneraciones de derechos de los usuarios. Dichos mecanismos alternativos se pueden realizar con ayuda de los órganos internos de SUSALUD como el CECONAR, mediante otros centros externos

o acuerdos directos entre los usuarios y los establecimientos de salud.

9. Lista de referencias

Baca, V. (2017). Apuntes sobre Derecho administrativo Sancionador. UDEP, 1-69. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-de-piura/derecho-administrativo/apuntes-sobre-derecho-administrativo-sancionador-vf-sin-comentarios/7588016>

Cano, T. (2009). Lección 14: La actividad sancionadora. En T. Cano (Coord.). En *Lecciones y materiales para el estudio del Derecho Administrativo. Tomo III. Volumen II.* (pp. 89-119). lustel.

Carlo, W. (2016). El lactante de alto riesgo. En R. Kliegman, B. Stanton, J. St Geme III, N. Schor (Eds.). En *Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen I* (pp. 856-869). Elsevier.

Cierco, C., Vignolo, O. y Chang, G. (2022). *Salud Pública, Derecho asistencial y regímenes de vacunación.* Yachay Legal.

Congreso de la República (1997). Ley N° 26842 - Ley General de Salud.

Congreso de la República (2008). Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Congreso de la República (2010). Ley N° 29571 - Código de Protección y Defensa del Consumidor. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4265044/Co%CC%81digo%20de%20Proteccio%CC%81n%20y%20Defensa%20del%20Consumidor%20-%202023%20%281%29.pdf.pdf?v=1678981494>

Decreto Legislativo N° 1158 (2013). Decreto legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Espinoza, J. (2021). *Derecho de los Consumidores* (3a ed.). Instituto Pacífico.

Essalud (2018). Guía de práctica clínica para el reconocimiento y el manejo inicial de sepsis en adultos de EsSalud. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Sepsis_Version_corta.pdf

Gallardo, M. (2009). Consentimiento informado y responsabilidad patrimonial de la Administración. En *Revista Andaluza de Administración Pública* N° 75 (pp. 95-137).

Gamero, E. y Fernández, S. (2022). *Manual Básico de Derecho Administrativo* (19a ed.). Editorial Tecnos.

Guzmán, C. (2021). *El Procedimiento Administrativo Sancionador.* Instituto Pacífico.

Indecopi (2019). Resolución N° 0001-2019/SPC-INDECOPI (Expediente N° 0131-2015/CC1).

Jacobs, D. (2018). Dolor abdominal. En J. Jameson, D. Kasper, D. Longo, A. Fauci, S. Hauser y J. Loscalzo (Eds.). *Harrison. Principios de Medicina Interna. Volumen I* (pp. 81-85). Mc Graw Hill Education.

Ministerio de Salud (2005). NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud". <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf?v=1573077096>

Ministerio de Salud (2007). Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417214/-196508726332994689320191106-32001-1n0pbz.pdf?v=1573076989>

Ministerio de Salud (2007). Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027_dgsp198.pdf

Ministerio de Salud (2007). NT N° 042-MINSA / DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia". <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417851/117933904798456740620191106-32001-yhk5it.pdf?v=1573077740>

Ministerio de Salud (2011). Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/planeamiento/gestion/normatividad/RM-526-2011-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud (2011). NTS N° 089-MINSA/2018/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la atención anestesiológica". https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/273296/244406_RM022-2011-MINSA_A_.PDF20190110-18386-x2lz97.PDF?v=1547162592

Ministerio de Salud (2014). Decreto Supremo N° 031-2014-SA - Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

Ministerio de Salud (2014). Decreto Supremo N° 031-2014-SA - Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

Ministerio de Salud (2014). Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector

Salud. <https://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Enero/31/RM-076-2014-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud (2015). Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389998/3301.pdf?v=1605196584>

Ministerio de Salud (2018). NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica". https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm_214-2018_minsa.pdf

Ortiz, A. y Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21 (4), 644-652.

Sentencia de Vista (Resolución N° Nueve de fecha 6 de julio de 2023). Emitida por la Quinta Sala Especializada en lo Contencioso Administrativo con Subespecialidad en Temas de Mercado. Exp. N° 7052-2021.

Seymour, C. & Angus, D. (2018). Septicemia y choque séptico. En J. Jameson, D. Kasper, D. Longo, A. Fauci, S. Hauser y J. Loscalzo (Eds.). *Harrison. Principios de Medicina Interna. Volumen II* (pp. 2044-2052). Mc Graw Hill Education.

Superintendencia Nacional de Salud (2016). Resolución de Superintendencia N° 054-2016-SUSALUD/S, que regula las funciones de la Intendencia Macro Regional Norte.

Tirado, J. (2021). *Protección del Consumidor*. Fondo Editorial PUCP.

Weitsz, J. (2018). Antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes y fibrinolíticos. En J. Jameson, D. Kasper, D. Longo, A. Fauci, S. Hauser y J. Loscalzo (Eds.). *Harrison. Principios de Medicina Interna. Volumen I* (pp. 843-858). Mc Graw Hill Education.