

PULSO ÉTICO

ÉTICA PARA EL MÉDICO AUDITOR

Un manual de campo —no un tratado—. Para decidir con justicia cuando el número, la prisa y la presión empujan a firmar.



6

BLOQUES

58

PÁGINAS

1

FICHA · RER

AUTORES

Alberto Gonzales Guzmán · Karla Grau Carreño

Médicos cirujanos · Médicos auditores · Gestores en salud

La ficha central: Registro de Exclusión Razonada (RER)

Alcance para **AMÉRICA LATINA**

PULSO ÉTICO



ÉTICA PARA EL MÉDICO AUDITOR

El manual de campo de ética para el médico auditor. No un texto para leer y guardar, sino una herramienta para decidir con justicia, expediente a expediente. Una página, un tema, dos capas: una para entender y otra para actuar.

Pulso Ético

ÉTICA PARA EL MÉDICO AUDITOR

¿Cómo no perder de vista lo justo cuando el número, la prisa y la presión empujan a firmar?

Autores:

Alberto Gonzales Guzmán · ORCID 0000-0002-4883-1116

Karla Beatriz Grau Carreño · ORCID 0009-0008-6237-8742

Editor:

Alberto Gonzales Guzmán

Av. Ejército 545, Dpto. 604 · Miraflores, Lima, Perú.

Primera edición digital, 2026

© Alberto Gonzales Guzmán y Karla Beatriz Grau Carreño, 2026

Depósito Legal N.º 2026-10753

ISBN N.º 978-612-03-3092-0

DOI: 10.5281/zenodo.22802672

Libro electrónico disponible en <https://gonzalesguzman.com/>

Distribución gratuita. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Puedes compartir esta obra en cualquier medio o formato, siempre que se atribuya la autoría, no se utilice con fines comerciales y no se distribuyan versiones modificadas.

Aviso. Esta obra tiene fines informativos y de formación profesional. No sustituye la evaluación clínica, la asesoría jurídica ni la consulta de la normativa vigente en materia de salud, auditoría, ética y protección de datos. Las normas, mecanismos, instituciones y cifras citados corresponden a la fecha de esta edición y deben verificarse antes de aplicarse a un caso concreto.

Sobre las notas por país y los instrumentos. Las notas por país son indicativas y están sujetas a cambios; localice y verifique la normativa de su sistema. El Registro de Exclusión Razonada (RER) es un instrumento propuesto por los autores, de uso libre profesional; orienta la decisión pero no tiene, por sí mismo, valor jurídico ni pericial.

Tipografía: familia sans humanista. Diseño editorial de la edición digital: de los autores.

ÍNDICE Y MODO DE EMPLEO

Seis bloques. Un mismo pulso.

Este manual no está hecho para leerse de corrido en un sillón. Está hecho para abrirse entre expediente y expediente, cuando la presión aprieta y hay que firmar. Cada página resuelve una sola cosa, en dos capas: primero **el fondo** (para entender), luego **el campo** (para actuar).

BLOQUE 01

Fundamentos y el eje

pp. 07–11

Qué es auditar, ética / moral / derecho, el agente ético, la tesis y el mapa del libro.

BLOQUE 03

La ética propia del auditor

pp. 20–27

Lealtad partida, plano ICER, conflicto de interés, datos, derechos, seguridad y lex artis.

BLOQUE 05

Casos y preguntas

pp. 38–50

Seis dilemas de práctica —cada uno con su comentario de resolución— y un examen de conciencia.

CIERRE

Material de referencia

pp. 56–57

Fuentes y bibliografía completas, y una nota sobre los autores y los créditos de la obra.

BLOQUE 02

La auditoría de justicia

pp. 13–18

El eje: el número sin rostro, las cuatro lentes, el suelo de dignidad, micro y macro, los cimientos.

BLOQUE 04

El método y la ficha

pp. 29–36

Deliberar, las cinco pruebas, el RER, el caso resuelto, el veredicto, el dictamen y la gobernanza.

BLOQUE 06

Núcleo y alcance en Latinoamérica

pp. 52–55

El mínimo ético compartido, el mapa comparado de lo implícito a lo explícito, las notas por país y la ficha RER en blanco.

LAS CATEGORÍAS

FUNDAMENTO

para entender

CRITERIO

para juzgar

HERRAMIENTA

para aplicar

CASO

para practicar

REFERENCIA

para consultar

ADVERTENCIA NECESARIA

LÉELO, PERO VERIFÍCALO

Es un manual de formación y orientación. **No reemplaza** la evaluación clínica, la asesoría jurídica ni la normativa vigente de tu país. Las notas por país son indicativas: localiza siempre el marco legal de tu sistema antes de aplicarlo a un caso.

¿Por qué este manual?

Hay bibliotecas enteras dedicadas a la ética y estantes llenos de manuales de auditoría; pero entre unas y otros queda una tierra de nadie: la **ética del médico auditor**. Casi nadie la ha escrito, y casi nunca como lo que debería ser —no un tratado para admirar en el anaquel, sino una herramienta para tener a la mano en el escritorio—.

El oficio lo merece, porque es singular. El médico auditor no cura, pero puede influir en el acceso a la atención; no ve al paciente, pero su firma lo alcanza. Cuando la decisión incide sobre un bien escaso, cada número, en el fondo, roza una vida. Pocas figuras cargan tanta responsabilidad moral con tan poca formación ética hecha a su medida — y por eso lo escribimos, desde dos oficios que se cruzan a diario en el expediente.

Auditar, en su raíz latina —audire—, es escuchar. Este manual quiere devolverle al oficio ese oído.

Por eso es un **manual**, y no un tratado. La palabra viene de *manus*, la mano: algo que se lleva en la mano y se abre entre expediente y expediente, a media mañana, cuando la presión aprieta. No te pide dejar tu trabajo para estudiarlo; te acompaña mientras lo haces. Cada página resuelve una sola cosa, en dos capas: primero **el fondo**, para entender; luego **el campo**, para actuar.

No prometemos respuestas fáciles —la ética no las tiene—, pero sí un método para no decidir a ciegas, un lenguaje para nombrar lo que está en juego y el respaldo para sostener tu criterio cuando otros empujan. Si algo aspiramos, es a que **ninguna decisión sobre una vida se firme sin dejar rastro de la razón**.

Ese es su pulso; y mantenerlo firme, pero ético, es todo lo que este manual te pide.

— **Alberto Gonzales Guzmán y Karla Grau Carreño**

ANTES DE EMPEZAR

Glosario

Doce términos clave del oficio, ordenados para ir de la práctica profesional a las herramientas de decisión. Tenlos a la mano: el resto del manual los usa sin volver a definirlos. Para ampliar cada concepto, véase el bloque correspondiente.

Lex artis

estándar de conducta profesional exigible, determinado ad hoc según las circunstancias reales del caso.

Deber de cuidado

obligación profesional de actuar con la diligencia, pericia y prudencia que la situación concreta exige.

Impedimento

circunstancia que puede comprometer la imparcialidad, independencia o competencia del auditor y justificar su apartamiento.

Iatrogenia

daño o efecto adverso derivado de una intervención sanitaria; su presencia no determina, por sí sola, una falta profesional.

Mínimos de justicia

referente de mínimos de justicia que orienta el límite ético de una decisión de eficiencia.

RER

Registro de Exclusión Razonada: ficha que deja constancia de los hechos, el criterio aplicado y las razones que sustentan la decisión.

Riesgo relativo / absoluto

el relativo compara riesgos entre grupos; el absoluto muestra la diferencia real de riesgo entre ellos.

NNT

número necesario a tratar: cantidad de pacientes que, en promedio, deben recibir una intervención para evitar un evento adicional.

ICER

razón de costo-efectividad incremental: costo adicional por cada unidad adicional de efecto frente a una alternativa.

QALY / AVAC

año de vida ajustado por calidad: medida que combina cantidad y calidad de vida en el análisis de costo-utilidad.

Daño emergente / lucro cesante

el daño emergente corresponde a gastos o pérdidas directamente ocasionados; el lucro cesante, a ingresos que razonablemente se dejan de percibir.

A4R

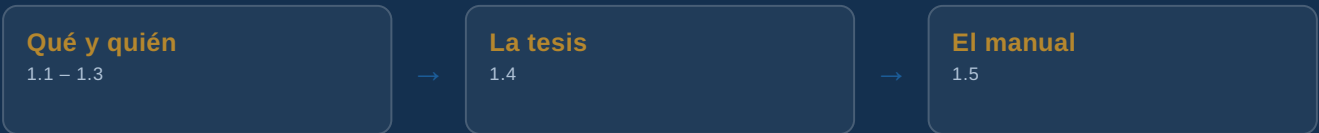
Accountability for Reasonableness: marco procedimental basado en publicidad de las razones, relevancia, revisión/apelación y regulación para decisiones de priorización.

01

Fundamentos y el eje

Antes de las herramientas, lo esencial: ¿qué es auditar?, ¿con qué se confunde?, ¿quién lo hace?, ¿qué proponemos? y ¿cómo usar este manual?

¿CÓMO SE ASIENTA EL TERRENO?



1.1	¿Qué es auditar? El oficio como acto ético	QUÉ Y QUIÉN	FUNDAMENTO
1.2	Ética, moral y derecho: tres cosas distintas	QUÉ Y QUIÉN	FUNDAMENTO
1.3	El auditor como agente ético	QUÉ Y QUIÉN	FUNDAMENTO
1.4	La tesis del libro: la auditoría de justicia	LA TESIS	FUNDAMENTO
1.5	El mapa del manual: los seis bloques	EL MANUAL	REFERENCIA

¿Cómo usar el índice? **Fundamento** para entender · **Criterio** para juzgar · **Herramienta** para aplicar · **Caso** para practicar · **Referencia** para consultar.

TEMA 1.1 FUNDAMENTO

¿Qué es auditar?

Abre el manual. Antes de cualquier técnica, una pregunta de fondo: ¿qué hacemos, de verdad, cuando auditamos?

EL FONDO · PARA ENTENDER

Auditar viene del latín *audire*: oír, escuchar. Conviene detenerse en esa raíz, porque en ella se esconde una verdad que el oficio, a fuerza de documentos, ha ido olvidando. El auditor, antes que un fiscalizador de cuentas, es —si atendemos a la etimología— alguien que **escucha**: el expediente, la historia clínica, las partes, y sobre todo a quien la decisión afecta.

Auditar en salud no es solo verificar números: es revisar y evaluar un acto médico para servir al bienestar del usuario y a la calidad del servicio (Sandoval). Cuando la decisión incide sobre un bien escaso, adquiere además una dimensión de justicia distributiva. Esa doble naturaleza —técnica y ética— es el punto de partida de todo el manual: **auditar es un acto ético**.

EJEMPLO

Aprobar o negar una prestación parece un trámite administrativo; pero detrás de cada «sí» o «no» hay un paciente con nombre y un fondo común que sostiene a muchos. El auditor que solo ve la casilla ha dejado de escuchar.

CAMPO · PARA ACTUAR

AUDITAR ES...

- 1 **Escuchar** el caso: el expediente, las partes y a quien afecta la decisión.
- 2 **Verificar** la evidencia y el estándar (la *lex artis*) con independencia.
- 3 **Decidir** con criterio, no con corazonada.
- 4 **Dejar rastro** de la razón, para poder responder por lo que se firma.

EN LA PRÁCTICA

Cuando abras un expediente, recuerda la raíz del oficio: **escucha antes de fiscalizar**. Pregúntate a quién afecta esta decisión antes de mirar la casilla que hay que llenar.

Referencias: Real Academia Española, voz «auditar» / lat. *audire*. · Sandoval Barros R., *Aspectos éticos en la auditoría en salud* (2015).

REGLA

Auditar, en su raíz, es escuchar. El que solo fiscaliza dejó de oír a quien decide sobre él.

Lleva a 1.2: si auditar es un acto ético, conviene distinguir tres palabras que solemos confundir: ética, moral y derecho.

TEMA 1.2 FUNDAMENTO

Ética, moral y derecho

Viene de 1.1: el oficio es un acto ético. Pero «moral», «ética» y «derecho» no son lo mismo, y confundirlos cuesta caro.

EL FONDO · PARA ENTENDER

La **moral** es el conjunto de costumbres y normas de conducta que de hecho rigen en una comunidad; se vive, se hereda, casi no se cuestiona. La **ética** es la reflexión filosófica sobre esa moral: no se limita a describir lo que se hace, sino que pregunta *por qué* algo es bueno o justo, y exige dar razones (Savater la llama «el arte de discernir lo que nos conviene»; Cortina, «la búsqueda de lo universalizable»). El **derecho**, en cambio, es la norma exigible por el Estado, con sanción: obliga aunque no se comparta.

Los tres planos se relacionan, pero no coinciden. Lo legal puede quedarse corto frente a lo justo (la esclavitud fue legal), y una costumbre moral muy arraigada puede ser éticamente indefendible (discriminar «porque siempre se hizo así»). La ética es, por eso, la instancia que juzga a las otras dos: pregunta si la costumbre merece seguirse y si la ley merece obedecerse.

EJEMPLO

Negar de rutina una prestación cara a los pacientes más graves puede estar **permitido por la norma** (derecho) y ser **habitual** en la institución (moral) y, aun así, no ser **justo** (ética): cumple la costumbre y quizá lo legal, pero no resiste la pregunta por las razones. Distinguir los tres planos evita tomar «lo que se hace» por «lo que se debe».

CAMPO · PARA ACTUAR

TRES PLANOS, TRES PREGUNTAS

Moral

«¿Qué se acostumbra hacer aquí?» — las costumbres vividas.

Ética

«¿Por qué es bueno o justo?» — la reflexión con razones.

Derecho

«¿Qué obliga la ley?» — la norma exigible, con sanción.

EN LA PRÁCTICA

Ante un dictamen, no te preguntes solo «¿es legal?». Pregúntate también «¿es justo?» y «¿puedo darle razones a quien afecto?». Lo legal, lo moral y lo ético no siempre coinciden — y ahí empieza tu criterio.

Referencias: Cortina A., *Ética mínima*. · Savater F., *Ética para Amador*. · Singer P., *Ethics*.

RECUERDA

Una decisión puede ser legal y aun así injusta. Cumplir la norma no exime de dar razones.

Lleva a 1.3: si hay que dar razones, ¿quién es el que las da? El auditor, como agente ético.

TEMA 1.3

FUNDAMENTO

El auditor como agente ético

Viene de 1.2: el oficio exige dar razones. Eso solo puede hacerlo alguien: el auditor como sujeto ético, no como máquina.

EL FONDO · PARA ENTENDER

El auditor no es un aplicador automático de reglas: es un **agente ético**. La doctrina lo define como un profesional **independiente** y **competente**, con el deber de actuar por el bienestar del usuario y de la calidad del servicio (Sandoval). Por eso **el auditor no solo aplica reglas: responde por ellas**, y su autoridad nace **del criterio y del carácter** —de la virtud entendida como hábito (Aristóteles)—, no solo del cargo.

De ahí que el oficio tenga sus **impedimentos**: quien tiene un conflicto de interés, o carece de competencia en la materia, no debería auditar ese caso. Reconocer el propio límite —y apartarse cuando corresponde— no es debilidad: es la primera prueba de la integridad profesional.

EJEMPLO

Un **médico auditor** de una aseguradora recibe un expediente proveniente de una clínica en la que él mismo presta servicios dentro del equipo de auditoría médica. Es el típico **conflicto de interés**: el impedimento no es la falta de capacidad, sino la falta de independencia. El agente ético lo declara y se aparta del caso —y con ello, lejos de perder autoridad, la confirma.

CAMPO · PARA ACTUAR

EL PERFIL DEL AUDITOR

- 1 **Independencia:** juzga sin subordinarse a quien le paga ni al colega.
- 2 **Competencia:** domina la materia que audita; si no, se abstiene.
- 3 **Integridad:** obra igual lo miren o no; la virtud como hábito.
- 4 **Reconoce impedimentos:** ante conflicto de interés, se aparta del caso.

EN LA PRÁCTICA

Antes de aceptar un caso, aplica el **test del impedimento**: ¿tengo algún interés en el resultado?, ¿tengo la competencia técnica para juzgarlo? Si cualquiera de esas dos respuestas te incomoda, deriva el caso. Apartarse a tiempo protege tu criterio y tu nombre.

Referencias: Sandoval Barros R. (2015). · Aristóteles, *Ética a Nicómaco* (virtud como hábito). · Colegio Médico del Perú, *Código de Ética y Deontología*.

REGLA

Reconocer el propio impedimento y apartarse a tiempo no es debilidad: es la primera prueba de la integridad.

Lleva a 1.4: ya sabemos qué es auditar y quién audita. Ahora, la idea que vertebrará todo el manual.

TEMA 1.4 FUNDAMENTO

La tesis del libro: la auditoría de justicia

Viene de 1.3: definidos el oficio y el agente, llega el eje que sostiene el resto del manual.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Este manual propone un enfoque que llamamos **auditoría de justicia**: *ninguna decisión sobre una prestación debería apoyarse solo en un número; debe explicitar la evidencia, el criterio de justicia aplicado y las razones que permiten revisarla*. No sustituye a la economía de la salud; la completa, obligando a hacer explícito lo que de ordinario queda tácito.

La tesis descansa sobre tres columnas que el manual desarrollará: **los hechos** (la evidencia, medida sin engaño), **la razón** (el lente de justicia con que se decide) y **el rastro** (el registro que vuelve la decisión trazable y revisable). Juntas convierten una firma bajo presión en una decisión que se puede sostener y apelar.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · LAS TRES COLUMNAS DEL EJE



¿Cómo leerlo? Una decisión justa se sostiene sobre tres columnas: **los hechos** (qué es), **la razón** (con qué lente decidido) y **el rastro** (el registro). Si falta una, la decisión se tambalea: será eficiente pero ciega, o bienintencionada pero indefendible.

EN LA PRÁCTICA

Cuando dudes de una decisión, revisa sus tres columnas: ¿tengo los **hechos** honestos?, ¿declaré la **razón** (el lente)?, ¿dejé **rastro** del criterio y del excluido? Si las tres están, puedes firmar y sostenerlo.

Referencias: concepto propuesto por los autores, integrando economía de la salud, teorías de la justicia (Bloque 2) y el registro razonado (Bloque 4).

RECUERDA

Ningún número decide sobre una vida sin dejar rastro de la razón y del criterio del excluido.

Lleva a 1.5: con la tesis en pie, veamos cómo está organizado el viaje completo del manual.

TEMA 1.5

REFERENCIA

El mapa del manual

Viene de 1.4 y cierra los fundamentos: este es el recorrido completo, de los cimientos a los casos y la región.

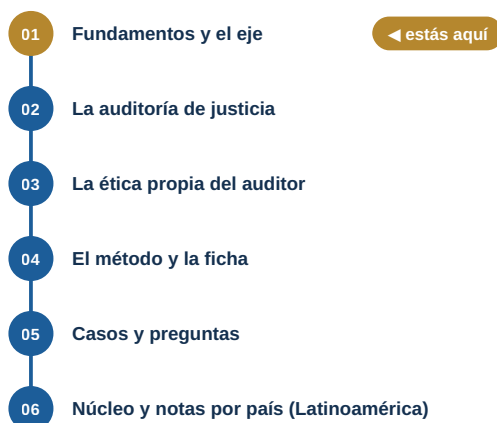
EL FONDO · PARA ENTENDER

El manual avanza en seis bloques encadenados, del porqué al cómo y a la aplicación. Tras estos **Fundamentos** (Bloque 1), el Bloque 2 desarrolla el eje —la **auditoría de justicia**—; el Bloque 3 aterriza en la **ética propia del auditor**; el Bloque 4 entrega el **método y la ficha**; el Bloque 5 pone todo a prueba con **casos**; y el Bloque 6 recoge el **núcleo común latinoamericano** y las notas por país.

Cada página respeta la misma lógica: primero **El fondo** (para entender) y luego **Campo** (para actuar), con un hilo que enlaza cada tema con el siguiente y una categoría que dice para qué sirve. No hace falta leerlo de corrido: puedes entrar por el bloque o la categoría que necesites.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · LOS SEIS BLOQUES



¿Cómo leerlo? El recorrido va del fundamento a la aplicación. Estás en el Bloque 1; cada bloque siguiente se apoya en el anterior, pero también puedes consultarlos por separado según lo que necesites resolver.

EN LA PRÁCTICA

Usa las **categorías** para navegar rápido: cuando necesites entender, busca un **Fundamento**; para decidir, un **Criterio**; para aplicar, una **Herramienta**; para practicar, un **Caso**; para consultar una norma, una **Referencia**.

Referencias: estructura del manual; véanse los divisores de cada bloque para su detalle página por página.

RECUERDA

No hace falta leerlo de corrido: entra por el bloque o la categoría que tu caso necesite.

Cierra el Bloque 1. Con los cimientos puestos, el Bloque 2 desarrolla el eje: la auditoría de justicia.

02

La auditoría de justicia

Escuchar al ausente en la mesa donde se decide con números. El eje que vertebra todo el manual.

¿CÓMO SE CONSTRUYE EL EJE?



2.1	El número que no tiene rostro	VER	FUNDAMENTO
2.2	Cien pacientes, un evento evitado (riesgo absoluto y NNT)	MEDIR	HERRAMIENTA
2.3	¿Con qué lente miras? Las cuatro tradiciones de la justicia	JUZGAR	CRITERIO
2.4	El suelo que no se negocia	JUZGAR	CRITERIO
2.5	Micro y macro: del caso a la cobertura	ALCANZAR	FUNDAMENTO
2.6	Los cimientos: UNESCO y el marco A4R de la OPS	FUNDAR	REFERENCIA

¿Cómo usar el índice? **Fundamento** para entender · **Criterio** para juzgar · **Herramienta** para aplicar · **Caso** para practicar · **Referencia** para consultar.

TEMA 2.1 FUNDAMENTO

El número que no tiene rostro

Abre el Bloque 2. Si el Bloque 1 definió **quién** es el auditor, este define su brújula: **la justicia**.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Auditar no siempre implica repartir un bien escaso. Pero cuando una decisión determina cobertura, prioridad o acceso a un recurso limitado, aparece una dimensión de justicia distributiva. El mayor riesgo del oficio no es equivocarse en la cuenta, sino creer que la cuenta nos exime de la deliberación ética. El número dice muy bien qué rinde más salud por cada moneda invertida o qué alternativa domina a cuál; pero no nos dice por sí solo qué es justo ni a quién afecta la decisión.

La auditoría de justicia nace precisamente para devolverle la palabra al ausente en la mesa donde se decide con números: hacer visible a quién beneficia, a quién desplaza y bajo qué criterio se justifica la decisión.

EJEMPLO

Un médico auditor recibe la solicitud de un tratamiento oncológico de alto costo. En la hoja de indicadores es una cifra que dispara el gasto del mes y «conviene» diferir. Detrás de esa cifra hay un paciente con nombre, un pronóstico y una familia que espera una respuesta. El número lo empuja a negar rápido; auditar con justicia es no firmar sin haber mirado ese rostro.

CAMPO · PARA ACTUAR

NO PERDER EL ROSTRO

- 1 Ante cada decisión, pregunta: **¿a quién desplaza** este gasto?
- 2 **Nombra al ausente** por su categoría (no por su identidad) antes de firmar.
- 3 Recuerda que un número «eficiente» puede esconder una injusticia; el cálculo no absuelve.

EN LA PRÁCTICA

Antes de cerrar un dictamen, di en voz alta: **«¿a quién no estoy viendo en este expediente?»**. Si no puedes nombrar a nadie, probablemente no has mirado lo suficiente. El ausente casi siempre existe; solo que no está en la casilla.

Referencias: Drummond M. et al., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*.

REGLA

Repartir un bien escaso es siempre un acto de justicia. El número no te exime de mirarlo.

Lleva a 2.2: antes de repartir con justicia, hay que medir sin engaño. Empecemos por los números.

TEMA 2.2

HERRAMIENTA

Cien pacientes, un evento evitado

Viene de 2.1: repartir es un acto de justicia; pero no se puede ser justo con datos tramposos.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Antes de juzgar con qué lente decidimos, hay un deber previo: **medir sin engañarnos**. El efecto **relativo** impresiona y por eso se usa para persuadir: «reduce el riesgo a la mitad» mueve presupuestos y titulares. Pero la mitad de un riesgo pequeño sigue siendo pequeño. El auditor que no traduce el relativo a **absoluto** decide, sin saberlo, seducido por una cifra.

Pedir el riesgo basal y el **número necesario a tratar (NNT)** no es tecnicismo: es honradez con quien paga y con quien recibe. Un número honesto es la primera forma de justicia.

EJEMPLO

Un informe anuncia que un fármaco «reduce la mortalidad un 30%». Al pedir los absolutos, resulta que baja del 2% al 1,4%: apenas **0,6 puntos**, un NNT de ~167. La misma noticia, medida con honradez, cambia por completo la decisión de cobertura.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · NNT



● Evento evitado por el tratamiento
(1)

● Evento que ocurre igual
(1)

● Sin cambio
(98)

¿Cómo leerlo? El riesgo baja de 2% a 1%. En términos **relativos** es «50% menos» (suena enorme); en **absolutos**, 1 punto porcentual. Traducido a personas: hay que tratar a **100** para evitar **1** evento (NNT = 100).

EN LA PRÁCTICA

Exige siempre **tres cifras**: el riesgo basal, la reducción absoluta y el NNT. Si un informe solo te da el porcentaje relativo, pídelas antes de decidir: sin ellas no hay decisión, hay impresión.

Referencias: CDC, *Measures of association*. · Drummond M. et al., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*.

REGLA

Ningún «gran número» se cree sin su versión absoluta y su NNT.

Lleva a 2.3: medidos los hechos, ¿con qué idea de justicia los juzgamos? Hay cuatro lentes distintos.

TEMA 2.3

CRITERIO

¿Con qué lente miras?

Viene de 2.2: ya tenemos los números limpios. Ahora, ¿con qué idea de justicia los juzgamos?

EL FONDO · PARA ENTENDER

La reflexión sobre lo justo se ha librado en cuatro frentes ilustres, cada uno con su pregunta característica y —esto es lo decisivo— con su punto ciego. Este manual no corona a ninguno: el buen auditor no es el que profesa una sola doctrina, sino el que sabe cuándo cada uno alumbra y cuándo cada uno estorba.

Declarar el lente que uso es el primer acto de honradez de una decisión justa; usarlo sin nombrarlo es, casi siempre, elegir el que más me conviene.

EJEMPLO

Un mismo caso —órganos escasos para trasplante— cambia según el lente: **Bentham y Mill** miran quién ganará más años de vida; **Rawls**, quién está peor; **Sen**, qué vida se rehabilita; **Cortina** exige que a nadie se le niegue por su condición social. Cuatro lentes, una sola decisión — por eso conviene declarar cuál usas.

CAMPO · PARA ACTUAR

LOS CUATRO LENTES

Bentham y Mill · utilitarismo

«¿Qué produce más salud total?»

Sombra: la suma puede sacrificar al caro, al crónico, al anciano.

Rawls · el peor situado

«¿Cómo queda el que está peor?»

Sombra: llevado al extremo, paraliza al conjunto por uno.

Sen · capacidades

«¿Qué vida habilita esto?»

Sombra: exige juicio y contexto; no cabe en una casilla.

Cortina · los mínimos

«¿Estamos sobre el suelo de dignidad?»

Sombra: fija el límite, pero no ordena lo que hay por encima.

EN LA PRÁCTICA

Antes de decidir, escribe en una línea **qué lente estás usando y por qué ese**. Si no logras nombrarlo, detente: probablemente estás decidiendo por conveniencia, no por criterio.

Referencias: Rawls J., *Teoría de la justicia*. · Sen A., *La idea de la justicia*. · Cortina A., *Ética mínima*. · (utilitarismo) Bentham/Mill.

REGLA

Ningún lente basta solo. Declara cuál usas — y a quién deja en la sombra.

Lleva a 2.4: por encima de todos los lentes hay un límite que ninguno puede cruzar.

TEMA 2.4

CRITERIO

El suelo que no se negocia

Viene de 2.3: los lentes discuten lo preferible; el suelo marca lo inviolable.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Toda deliberación de justicia necesita un límite que no dependa del cálculo: con él, hay cosas que no se someten a la votación de la eficiencia. Ese límite es el **suelo**, y es lo que los cuatro lentes, por sí solos, no fijan.

El suelo de dignidad. En este manual, el suelo dialoga con la idea de **mínimos de justicia** de Adela Cortina y con principios de dignidad, no discriminación y protección de las personas vulnerables presentes en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Se traduce aquí en un límite operativo: la vida, la integridad, la no discriminación y el acceso a lo básico no deben quedar subordinados sin más al cálculo de eficiencia.

La zona de arriba: deliberar. Por encima del suelo caben los costos, los comparadores, los umbrales y las prioridades: es el campo de la economía de la salud y de las cuatro lentes. Allí, priorizar y hasta decir que no pueden ser decisiones defendibles cuando se justifican con criterios pertinentes y revisables.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · EL SUELO

ZONA DE DELIBERACIÓN

Aquí se compara y se decide — legítimo.

Costos

Umbrales

Comparadores

Prioridades

SUELO DE DIGNIDAD · límite infranqueable

ZONA DE VULNERACIÓN

Por debajo ya no se optimiza: se vulnera. Ningún número vale.

Discriminar por edad

Negar lo básico

Cobrar lo inasequible

¿Cómo leerlo? Por encima del **suelo de dignidad** está la zona legítima de la deliberación (no solo económica: también clínica y ética). Por debajo, cualquier decisión —por rentable que sea— vulnera; ahí el auditor se detiene, sin importar el ahorro.

EN LA PRÁCTICA

Ten por escrito tu **lista de líneas rojas**: decisiones que no firmarías por más rentables que sean (discriminar por edad o discapacidad, negar lo básico, cobrar lo inasequible). Esa lista es tu suelo; revísala antes de un caso difícil.

Referencias: Cortina A., *Ética mínima*. · UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y DD.HH.* (2005), dignidad y no discriminación.

RECUERDA

Por encima del suelo se delibera; por debajo, una decisión puede vulnerar. El suelo exige justificación reforzada.

Lleva a 2.5: fijado el suelo, ¿a qué escala decidimos? Del caso individual a la cobertura.

TEMA 2.5 FUNDAMENTO

Micro y macro: del caso a la cobertura

Viene de 2.4: la justicia no cambia de escala, pero la decisión sí.

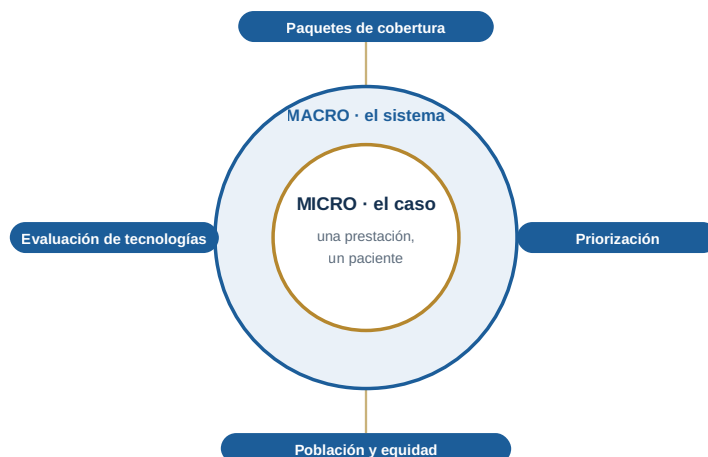
EL FONDO · PARA ENTENDER

El auditor interviene en dos escalas. En el nivel **micro** evalúa y participa en la resolución de un caso: una prestación, un paciente con nombre. En el nivel **macro** contribuye a definir criterios de cobertura, priorización y evaluación de tecnologías.

El error es tratarlas por separado. Cada caso individual es, en el fondo, una política aplicada a una persona; y cada política es la suma de muchos casos con rostro. Pensar solo en micro vuelve arbitrario el sistema; pensar solo en macro olvida a quien sufre la regla.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · MICRO Y MACRO



¿Cómo leerlo? El **caso** (micro) vive siempre dentro del **sistema** (macro). Una decisión individual sienta —o rompe— un criterio general; y un criterio general se juega, al final, en cada caso concreto.

EN LA PRÁCTICA

Usa el **test de las dos escalas**: en cada caso pregúntate «¿qué pasaría si esta decisión fuera la política para todos?»; y en cada política, imagina el **rostro de un afectado concreto**. Si una escala te incomoda, revisa la otra.

Referencias: OPS/OMS, *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal*. · Daniels N. & Sabin J. (2008).

RECUERDA

Cada caso es una política aplicada a una persona; cada política, la suma de muchos rostros.

Lleva a 2.6: todo esto necesita un cimiento que no dependa del criterio de cada país.

TEMA 2.6

REFERENCIA

Los cimientos: UNESCO y el marco A4R

Viene de 2.5 y cierra el bloque: ¿de dónde saca su autoridad la auditoría de justicia?

EL FONDO · PARA ENTENDER

El enfoque de auditoría de justicia que propone este manual es una propuesta de los autores, apoyada en dos cimientos reconocidos en el debate regional, uno **sustantivo** y otro **procedimental**.

El cimiento sustantivo: la UNESCO. La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005) ofrece principios relevantes para orientar las decisiones: dignidad humana, autonomía y consentimiento, no discriminación y no estigmatización, equidad y protección de las personas vulnerables. Estos principios funcionan como referencia ética para el suelo que estudiamos en el tema 2.4.

El cimiento procedimental: el marco Accountability for Reasonableness (A4R). Desarrollado por Daniels y Sabin y difundido en la región por la OPS/OMS. Responde *cómo* decidir con legitimidad cuando los recursos no alcanzan: con criterios públicos y transparentes, relevantes, sujetos a revisión y apelación, y respaldados por una regulación que los haga exigibles. No garantiza que todos estén de acuerdo con cada decisión, pero sí que el proceso pueda ser examinado y revisado.

Juntos responden la pregunta incómoda: cuando niegas o priorizas, ¿con qué autoridad lo haces? No con la tuya, sino con un estándar compartido que cualquiera puede invocar y revisar.

CAMPO · PARA ACTUAR

LOS DOS CIMIENTOS

UNESCO · ¿el qué? (sustantivo)

Dignidad humana · autonomía y consentimiento · no discriminación · equidad · protección del vulnerable.

A4R · ¿cómo hacer legítimo y revisable el proceso?

Publicidad de las razones · relevancia · vía de apelación · regulación.

EN LA PRÁCTICA

Cuando te cuestionen una decisión difícil, **ancla tu criterio en estos marcos**: «esto no es solo mi opinión; puedo mostrar qué principios de la UNESCO y qué condiciones de A4R sostienen el proceso». Un criterio con cimiento se defiende mejor.

Referencias: UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y DD.HH.* (2005). · OPS/OMS, Programa Regional de Bioética; Daniels N. & Sabin J., *Accountability for Reasonableness* (2008).

RECUERDA

Cuando priorizas, no decides con tu autoridad, sino con un estándar compartido y revisable.

Cierra el Bloque 2. Asentado el porqué, el Bloque 3 baja a la ética del día a día del auditor.

03

La ética propia del auditor

Los deberes del oficio en el día a día: ¿dónde estás?, ¿cómo te mantienes libre?, ¿a quién proteges? y ¿con qué vara respondes?

¿CUÁLES SON LOS CUATRO DEBERES DEL OFICIO?



3.1	La lealtad partida: paciente, institución, financiador	POSICIÓN	FUNDAMENTO
3.2	El plano de la decisión: costo-efectividad e ICER	POSICIÓN	HERRAMIENTA
3.3	Conflicto de interés e independencia	INDEPENDENCIA	CRITERIO
3.4	El criterio, no el nombre: registrar sin exponer	INDEPENDENCIA	HERRAMIENTA
3.5	Confidencialidad y protección de datos (Ley 29733 · RGPD)	RESGUARDO	REFERENCIA
3.6	Derechos de las personas usuarias (Ley 29414)	RESGUARDO	REFERENCIA
3.7	Seguridad del paciente: el error se aprende, no se esconde	RESGUARDO	FUNDAMENTO
3.8	Lex artis y deber de cuidado: la vara del juicio	ESTÁNDAR	CRITERIO

¿Cómo usar el índice? **Fundamento** para entender · **Criterio** para juzgar · **Herramienta** para aplicar · **Caso** para practicar · **Referencia** para consultar.

TEMA 3.1 FUNDAMENTO

La lealtad partida

Abre el Bloque 3. Asentado el porqué (Bloque 2), aquí baja la ética al día a día. Empecemos por el **lugar** del auditor.

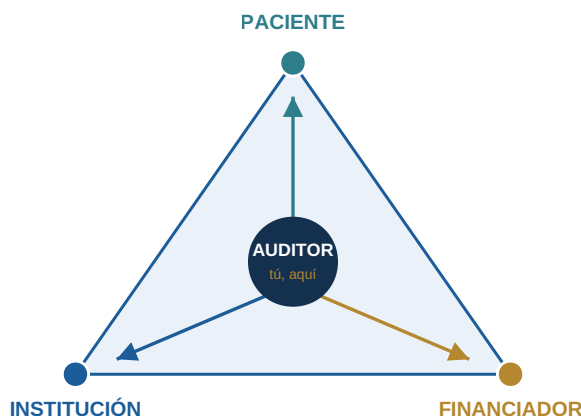
EL FONDO · PARA ENTENDER

El auditor vive en el centro de un triángulo de lealtades. El médico tiene un deber fiduciario con su **paciente**; el auditor añade un deber con la **institución** (sus reglas y su sostenibilidad) y con el **financiador** (el presupuesto de todos, y los ausentes que también dependen de él). Las tres fuerzas tiran a la vez.

Fingir que siempre coinciden es la vía rápida a la mala conciencia. Nombrar la lealtad partida —decir en voz alta a quién se sirve en esta decisión y por qué— es lo que separa al auditor independiente del simple validador de lo que conviene a quien le paga.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · TRIPLE LEALTAD



¿Cómo leerlo? Ninguna de las tres lealtades desaparece; la tensión es permanente. Negarla no la elimina: solo deja que decida por ti la fuerza que más presiona en el momento.

EN LA PRÁCTICA

Antes de cada dictamen, escribe en una línea **a quién sirves principalmente en esta decisión y por qué**. Hacerlo explícito te protege de ceder, sin darte cuenta, a la lealtad más cómoda.

Referencias: Sandoval Barros R., *Aspectos éticos en la auditoría en salud* (2015). · Pellegrino E., sobre el deber fiduciario del médico. · Colegio Médico del Perú, *Código de Ética y Deontología*.

REGLA

Declara a quién sirves en esta decisión. La lealtad que no se nombra, se traiciona.

Lleva a 3.2: una de esas lealtades —la del fondo común— se juega en números. Aprende a leer el plano.

TEMA 3.2

HERRAMIENTA

El plano de la decisión

Viene de 3.1: cuidar el fondo común exige leer bien la economía. Esta es la herramienta.

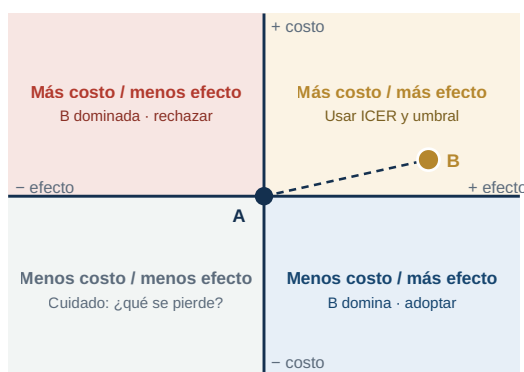
EL FONDO · PARA ENTENDER

Toda tecnología se compara con una **alternativa real** (A), no con un escenario ideal. Ubicando la nueva (B) en un plano de costo y efecto, se ve de inmediato qué preguntar: si B cuesta menos y rinde más, **domina** (adoptar); si cuesta más y rinde menos, es **dominada** (rechazar); si cuesta más y rinde más —el caso frecuente—, el **ICER** (índice de costo-efectividad incremental) y su umbral dicen si el beneficio extra justifica el gasto.

El plano ordena la conversación, pero no la termina: «costo-efectivo» no significa «financiable hoy». El impacto presupuestario y la equidad entran después, y son juicios de valor, no cuentas.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · PLANO ICER



¿Cómo leerlo? Eje horizontal, el **efecto**; vertical, el **costo**. El cuadrante dorado (más costo, más efecto) es donde el ICER decide; no es una orden de aprobar, sino una invitación a deliberar.

EN LA PRÁCTICA

Exige siempre el **comparador real**: ¿frente a qué se mide esta tecnología? Si te la comparan contra «no hacer nada» en vez de contra el mejor tratamiento disponible, el número está inflado.

Referencias: NICE, *Economic evaluation*. · Drummond M. et al., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. · OPS/OMS, marco A4R.

RECUERDA

El plano dice qué es eficiente; la justicia dice si además es defendible.

Lleva a 3.3: quien maneja estos números también es presionado. La independencia empieza por detectar el sesgo.

TEMA 3.3

CRITERIO

Conflicto de interés e independencia

Viene de 3.2: las evidencias que sustentan un número tienen dueño. Aquí, cómo no dejarte capturar.

EL FONDO · PARA ENTENDER

El auditor es, por definición, un profesional **independiente y competente** con el deber de actuar por el bienestar del usuario (Sandoval). La independencia no es un rasgo heroico de carácter: es un método. Consiste en declarar los propios intereses y en detectar, en cada expediente, el sesgo del financiamiento —evidencia pagada por el fabricante, comparador amañado, horizonte temporal recortado a conveniencia—.

Conviene distinguir dos planos. Hay un **conflicto de interés real** —recibir pagos, regalos o presiones de un financiador o directivo superior— y hay un **sesgo estructural** más sutil: el que viaja escondido en un estudio bien presentado. El primero se combate con la **transparencia** (declarar y apartarse); el segundo, con el **escrutinio metódico** de la evidencia. Un auditor puede ser incorruptible y, aun así, dejarse capturar por un expediente tramposo si no aprende a leer sus trampas.

Es la brecha ética más grave y, a la vez, la más operativa: un auditor que valida sin filtrar las evidencias que le llegan no audita, solo firma. Y a diferencia del error clínico, que se ve, el sesgo aceptado no deja huella: por eso exige un hábito de sospecha, no un golpe de suerte.

CAMPO · PARA ACTUAR

BANDERAS ROJAS · CONFLICTO DE INTERÉS

- ▲ La evidencia clave la **financió el fabricante** y no hay estudios independientes.
- ▲ El **comparador** es débil o irreal (contra la opinión de expertos cuando existe un estándar mejor).
- ▲ El **horizonte temporal** se recorta justo donde el fármaco, tratamiento o intervención deja de convenir.
- ▲ Recibes **atenciones o presión** del financiador o directivo superior, o te piden decidir «sin dejar constancia».

EN LA PRÁCTICA

Ante cada estudio, hazte **tres preguntas**: ¿quién lo financió?, ¿contra qué se comparó?, ¿en qué horizonte? Si las tres respuestas favorecen al financiador o directivo superior, sospecha y pide evidencia independiente antes de decidir.

Referencias: Sandoval Barros R. (2015). · ICMJE, declaración de conflictos de interés. · Colegio Médico del Perú, *Código de Ética y Deontología*.

REGLA

La independencia no es un rasgo de carácter: es un método que se aplica en cada estudio.

Lleva a 3.4: independiente también con el paciente — registrar su exclusión sin exponer su identidad.

TEMA 3.4

HERRAMIENTA

El criterio, no el nombre

Viene de 3.3: la independencia protege el juicio; ahora protejamos a la persona.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Registrar una exclusión no es delatar a nadie. Cuando el auditor deja constancia de por qué niega o desplaza una prestación, lo que anota es el **criterio** —descrito por categoría clínica—, nunca la **identidad** de la persona. Consignar el nombre sería, además de una crueldad, una imprudencia jurídica que choca con la protección de datos.

El nombre vive en la historia clínica, con sus resguardos; en el registro vive la razón. Así el instrumento protege a la vez al paciente —cuyos datos no expone— y al auditor —cuyo criterio queda a cubierto de la sospecha—.

EJEMPLO

Mal registro: «Se niega el fármaco a la Sra. Rodríguez porque su caso no justifica el gasto». Bien registrado: «Se difiere la cobertura de **biológicos de beneficio incierto (falta de evidencia científica) en pacientes con la condición X** por su relación costo-efectividad y el impacto en el fondo; criterio general y revisable». El primero señala a una persona; el segundo, a un criterio que cualquiera puede discutir.

CAMPO · PARA ACTUAR

AL REGISTRAR LA EXCLUSIÓN

- 1 Describe a quién dejas fuera **por categoría clínica**, no por identidad.
 - 2 Escribe el **criterio general** aplicado (valor clínico, incertidumbre, sostenibilidad).
 - 3 Verifica que el criterio **no discrimine** por edad, discapacidad, posición económica u otras.
- ▲ Si necesitas el nombre para justificar la exclusión, el criterio no es general. Revísalo antes de firmar.

EN LA PRÁCTICA

Al redactar, si te descubres escribiendo un **nombre propio** para sostener la decisión, detente: es la señal de que tu criterio aún no es general y depende del caso particular.

Referencias: Ley N.º 29733 de Protección de Datos Personales. · UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y DD.HH.* (2005). · Instrumento RER (Bloque 4).

RECUERDA

En el registro vive la razón; el nombre, con sus resguardos, en la historia clínica.

Lleva a 3.5: si el nombre importa tanto, ¿cómo se protege el dato? La confidencialidad.

TEMA 3.5

REFERENCIA

Confidencialidad y protección de datos

Viene de 3.4: proteger la identidad es también un deber legal. Estas son las reglas.

EL FONDO · PARA ENTENDER

El auditor accede a datos clínicos, que son de los más **sensibles** que existen; con ese acceso nace un deber estricto de custodia. La Ley N.º 29733 (Perú) y el Reglamento General de Protección de Datos europeo (RGPD) fijan los mismos principios: base legal, **finalidad** definida, **minimización** (solo lo necesario), seguridad y no cesión más allá del fin.

Traducido al oficio: se accede al mínimo indispensable, no se comparte fuera del propósito de la auditoría y se anonimiza siempre que sea posible. La confidencialidad no es cortesía: es obligación exigible.

CAMPO · PARA ACTUAR

AL MANEJAR DATOS

- 1 Accede **solo a lo necesario** para resolver el caso; nada más.
- 2 **No compartas** datos fuera del fin de la auditoría ni por canales personales.
- 3 **Anonimiza** en informes: sustituye el nombre por un código.
- 4 **Custodia segura**: expedientes y archivos bajo llave o clave.

INSTRUMENTO · PRUEBA DE LAS 4 PREGUNTAS ANTES DE EXPORTAR UN DATO

Antes de copiar, enviar o imprimir cualquier dato del paciente, respóndete: **(1)** ¿tengo **base legal** y finalidad para usarlo? · **(2)** ¿es el **mínimo** indispensable? · **(3)** ¿va **anonimizado** (código, no nombre)? · **(4)** ¿el **canal y el destino** son seguros y autorizados? Si una respuesta es «no», no lo hagas.

EN LA PRÁCTICA

En tus informes, reemplaza el nombre por un **código**: el expediente identifica, el dictamen razona. Y nunca copies datos sensibles a un correo o dispositivo personal, aunque sea «para avanzar en casa».

Referencias: Ley N.º 29733 (Perú). · Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679. · Ley N.º 26842, Ley General de Salud (confidencialidad).

REGLA

Accede al mínimo, comparte solo por el fin, anonimiza siempre que puedas.

Lleva a 3.6: el paciente no es solo un dato que proteger; es un titular de derechos que respetar.

TEMA 3.6

REFERENCIA

Derechos de las personas usuarias

Viene de 3.5: *proteger el dato es una cara del deber; respetar sus derechos, la otra.*

EL FONDO · PARA ENTENDER

La Ley N.º 29414 (Perú) reconoce los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud: acceso a la atención, **información** comprensible, **consentimiento informado**, trato digno y sin discriminación, acceso a su historia clínica y vía de reclamo. No son formalidades: son la traducción legal de la autonomía y la dignidad del paciente.

Para el auditor esto es sustantivo, porque evaluar un acto médico incluye **verificar que esos derechos se respetaron**. Un procedimiento técnicamente correcto no agota el deber profesional: cuando el consentimiento informado es exigible, su validez y suficiencia forman parte de la evaluación integral del acto médico.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · LOS DERECHOS QUE VERIFICAR



Consentimiento informado



Información comprensible



Trato digno, no discriminación



Acceso a su historia clínica



Vía de reclamo

¿Cómo usarlo? Al auditar un caso, verifica que cada uno de estos cinco derechos conste en el expediente. El **consentimiento informado** es el que más se omite: su ausencia es un derecho vulnerado, no un descuido administrativo.

EN LA PRÁCTICA

Al auditar, revisa que el **consentimiento informado** exista y sea específico para lo que se hizo. Su ausencia o insuficiencia debe analizarse según el procedimiento realizado, las circunstancias del caso y las excepciones previstas por la normativa aplicable.

Referencias: Ley N.º 29414, derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. · Ley N.º 26842, Ley General de Salud. · UNESCO (autonomía y consentimiento).

RECUERDA

Auditar no es solo revisar la técnica; es verificar que se respetaron los derechos del paciente.

Lleva a 3.7: el primero de esos derechos es no ser dañado. La seguridad del paciente.

TEMA 3.7 FUNDAMENTO

Seguridad del paciente

Viene de 3.6: entre los derechos, uno es primero — no ser dañado por el sistema que cura.

EL FONDO · PARA ENTENDER

La seguridad del paciente parte de una idea incómoda: el error clínico es **predecible y, en buena parte, prevenible**. Los estudios de la región (IBEAS) muestran que los eventos adversos son frecuentes; la mayoría, evitables. Frente a eso, una **cultura justa** aprende del error en vez de esconderlo: distingue el fallo honesto de la negligencia, y busca la causa en el sistema antes que al culpable.

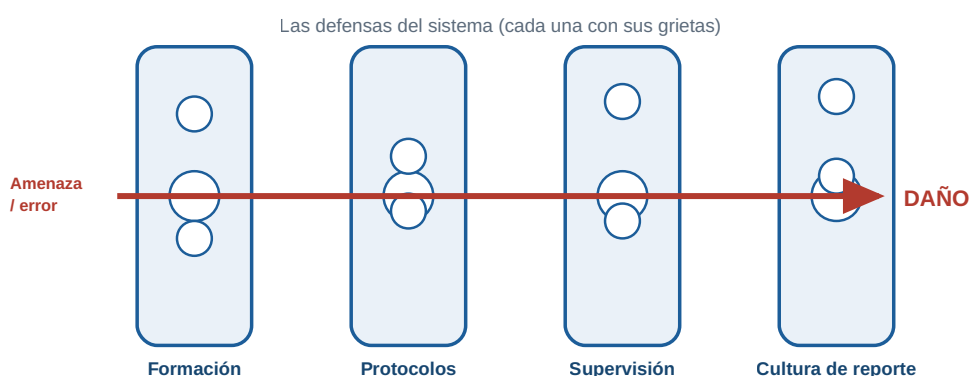
Un evento adverso no es, por sí mismo, mala praxis: puede ser el precio del riesgo inherente. El auditor maduro no caza villanos; rastrea las grietas del sistema que dejaron pasar el daño.

UN CASO

Un paciente recibe una dosis diez veces mayor de un anticoagulante. Al reconstruir el episodio no aparece un único culpable: la indicación estaba manuscrita y era ambigua, el sistema no alertó sobre la dosis, la enfermera de refuerzo no conocía el protocolo y la doble verificación se había vuelto un trámite. Ninguno de esos fallos, por sí solo, habría causado el daño; alineados, sí. Buscar «al responsable» habría ocultado lo que de verdad falló: el sistema.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · EL MODELO DEL QUESO SUIZO (REASON)



¿Cómo leerlo? Cada defensa del sistema —formación, protocolos, supervisión, cultura de reporte— tiene grietas. El daño ocurre cuando las grietas se **alinean** y la amenaza las atraviesa. Por eso el auditor busca las **grietas del sistema**, no al culpable: tapar una sola no basta, pero desalinear las capas evita el daño.

EN LA PRÁCTICA

Ante un evento adverso, pregunta primero «**¿qué del sistema lo permitió?**» antes de «¿quién falló?». Castigar el reporte honesto seca la fuente de información que previene el próximo daño.

Referencias: Aranaz-Andrés J. M. et al., estudio IBEAS (2011). · OMS, seguridad del paciente. · Reason J., *modelo del queso suizo*.

REGLA

Busca la falla del sistema antes que al culpable; con el error se aprende, no se esconde.

Lleva a 3.8: para juzgar si el daño era evitable, necesitas la vara — la *lex artis*.

TEMA 3.8

CRITERIO

Lex artis y deber de cuidado

Viene de 3.7 y cierra el bloque: ¿con qué vara medimos si el cuidado fue el debido?

EL FONDO · PARA ENTENDER

La **lex artis** —«ley del arte»— es el estándar de conducta profesional exigible, y es **ad hoc**: se mide según las circunstancias reales del acto (los medios disponibles, la urgencia, la complejidad, el estado del enfermo). El **deber de cuidado** es la obligación de emplear esa diligencia, pericia y prudencia que la situación reclama.

Ese carácter *ad hoc* es lo que la vuelve justa. La *lex artis* no compara al médico con un ideal inalcanzable ni con el mejor especialista del mundo, sino con el **estándar profesional razonablemente exigible** en esas circunstancias: paciente, urgencia, complejidad, medios disponibles, conocimientos exigibles y contexto asistencial. Un mismo procedimiento puede ser correcto en un hospital de alta complejidad y no serlo en un puesto de salud sin soporte; por eso el análisis pondera siempre el contexto.

La existencia de un daño no demuestra, por sí sola, una falta profesional. Para atribuir responsabilidad deben analizarse, según el régimen aplicable, el deber de cuidado, su eventual incumplimiento, el daño y la relación causal, además del factor de atribución que corresponda. La doctrina distingue las formas de culpa, pero al auditor no le toca convertirlas en una calificación jurídica: debe describir los hechos, el estándar aplicable y el eventual apartamiento. Distinguir el daño asociado a un riesgo inherente o complicación no evitable del daño potencialmente atribuible a un apartamiento del deber de cuidado es una operación central del oficio.

CAMPO · PARA ACTUAR

TEST DEL DEBER DE CUIDADO

- 1 ¿Qué exigía la **lex artis ad hoc** aquí (medios, urgencia, complejidad)?
- 2 ¿El daño era **evitable** en esas condiciones concretas?
- 3 ¿Un profesional **habría prevenido razonablemente** el daño en esas circunstancias?
- 4 ¿Se trata de un **riesgo inherente** o complicación no evitable, o existen elementos que sugieren un apartamiento del deber de cuidado?

EN LA PRÁCTICA

No preguntes solo «¿hubo daño?», sino «¿hubo un daño evitable que un profesional diligente habría prevenido en estas condiciones?». Ahí está la frontera entre un riesgo inherente o una complicación no evitable y un eventual apartamiento del deber de cuidado.

Referencias: Vera Carrasco O., *Aspectos éticos y legales en el acto médico* (2013). · Patito J. A., *Tratado de medicina legal* (2003). · Reglamento de la Ley del Trabajo Médico, art. 6.

RECUERDA

La *lex artis* no se aplica en abstracto: se mide ad hoc, con los medios y la urgencia reales.

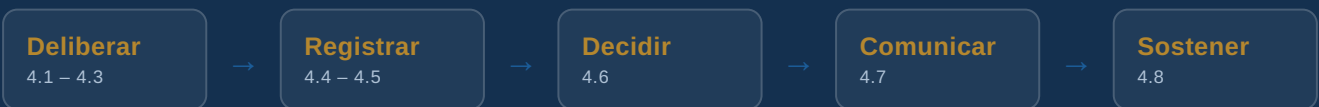
Cierra el Bloque 3. Con la posición, la independencia, los resguardos y el estándar claros, el Bloque 4 baja al método: cómo decidir, paso a paso.

04

El método y la ficha

¿Cómo un auditor pasa de la duda a una decisión que puede sostener?: deliberar, decidir y dejar rastro de la razón.

EL CAMINO DE UNA DECISIÓN



4.1	¿Por qué no basta la buena intuición?	DELIBERAR	FUNDAMENTO
4.2	Deliberar en cuatro pasos	DELIBERAR	HERRAMIENTA
4.3	¿Cómo saber si tu decisión se sostiene? Las cinco pruebas	DELIBERAR	CRITERIO
4.4	El RER (Registro de Exclusión Razonada): sus siete campos	REGISTRAR	HERRAMIENTA
4.5	La ficha resuelta: el expediente del viernes	REGISTRAR	CASO
4.6	El semáforo del veredicto	DECIDIR	CRITERIO
4.7	¿Cómo comunicar el dictamen?	COMUNICAR	HERRAMIENTA
4.8	¿Quién obliga a firmar? La gobernanza que lo sostiene	SOSTENER	FUNDAMENTO

¿Cómo usar el índice? **Fundamento** para entender · **Criterio** para juzgar · **Herramienta** para aplicar · **Caso** para practicar · **Referencia** para consultar.

TEMA 4.1 FUNDAMENTO

¿Por qué no basta la buena intuición?

Abre el bloque. En los temas anteriores vimos **qué** debe cuidar el auditor; aquí empieza el **cómo**: el camino para decidir.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Método viene del griego *méthodos*: el *camino hacia*. A lo justo se llega andando un camino, no de un salto de intuición; y quien no tiene camino, aunque tenga buen corazón, se pierde. El auditor no decide en el sosiego del aula, sino entre presiones cruzadas —la familia, el médico tratante, el financiador, la prensa, el reloj—. Ahí la intuición apunta al que grita más fuerte, no al que más lo necesita.

La psicología de la decisión lo explica: bajo presión razonamos con el «sistema rápido», intuitivo y sesgable (Kahneman). El método existe para activar el «sistema lento» —deliberar— y para que decida el peso de las razones, no el volumen de la voz.

EJEMPLO

Un jefe te dice «este caso es estratégico, dale salida». Tu intuición quiere ceder para evitar el conflicto. El método te obliga a preguntar: ¿qué dice la evidencia, a quién dejo fuera, lo defendería por escrito? La corazonada calla; el método responde.

CAMPO · PARA ACTUAR

BANDERAS ROJAS · CORAZONADA

- ▲ Decides **antes** de leer la evidencia y el comparador.
- ▲ Te convence **quien más presiona**, no al que más lo necesita.
- ▲ No podrías **escribir por qué** decidiste así.
- ▲ Cambiarías la decisión **según quién pregunte**.
- ▲ Si marcas una, detente y corre el método del tema 4.2. La corazonada no es criterio.

EN LA PRÁCTICA

Antes de entrar a decidir un caso difícil, tómate quince segundos para nombrar en una sola frase **qué se decide y a quién afecta**. Nombrar el caso frena al «sistema rápido» y te devuelve al método. Si no puedes resumirlo en una frase, todavía no lo entiendes.

Referencias: Diego Gracia, *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2007). · Kahneman D., *Pensar rápido, pensar despacio* (2011).

REGLA

Que no decida el volumen de la voz, sino el peso de las razones.

Lleva a 4.2: si la intuición no basta, ¿qué la reemplaza? Un método de cuatro pasos.

TEMA 4.2

HERRAMIENTA

Deliberar en cuatro pasos

Viene de 4.1: reemplazamos la corazonada por un **camino**. Este es el camino.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Seguimos la senda que abrió Diego Gracia para la bioética de nuestra lengua: la **deliberación**. Deliberar no es votar, ni imponer un principio de un mazazo; es sopesar —como en una balanza— los hechos, los valores y los deberes hasta hallar el curso más prudente, el que menos daña los valores en juego.

El orden importa. La mayoría de los errores nace de saltarse el primer paso: discutir lo que *debe* hacerse sin haber establecido lo que es. Un hecho mal fijado envenena toda la deliberación que le sigue.

EJEMPLO

Piden cubrir una cirugía a un paciente que llega con exámenes de otra clínica. **Paso 1 (hechos)**: ¿qué dice el expediente, con qué evidencia y quién la emitió? **Paso 2 (valores)**: la salud del paciente frente al buen uso del fondo de todos. **Paso 3 (deberes)**: aprobar, pedir una segunda opinión o negar con sustento. **Paso 4 (pruebas)**: ¿lo defenderías por escrito y dentro de un año? Recién entonces se firma.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · DELIBERACIÓN



¿Cómo leerlo? Se avanza en orden: primero los **hechos**, luego los **valores** en conflicto, después los **deberes** (el curso que menos daña) y, al final, las **pruebas** que verifican si la decisión se sostiene (tema 4.3).

EN LA PRÁCTICA

Usa los cuatro pasos como **encabezados de tu borrador de dictamen**: Hechos / Valores / Deberes / Pruebas. Deliberar por escrito, con esos títulos a la vista, es la forma más simple de no saltarte el primero —los hechos—, que es donde nace la mayoría de los errores.

Referencias: Diego Gracia (2007). · Parra Ó., *La deliberación en la toma de decisiones bioéticas*.

REGLA

Deliberar no es votar ni imponer: es sopesar hasta el curso que menos daña.

Lleva a 4.3: el cuarto paso —las pruebas— merece su propia página: son cinco.

TEMA 4.3 CRITERIO

¿Cómo saber si tu decisión se sostiene?

Viene de 4.2: el cuarto paso de la deliberación era «probar». Aquí desplegamos esa prueba.

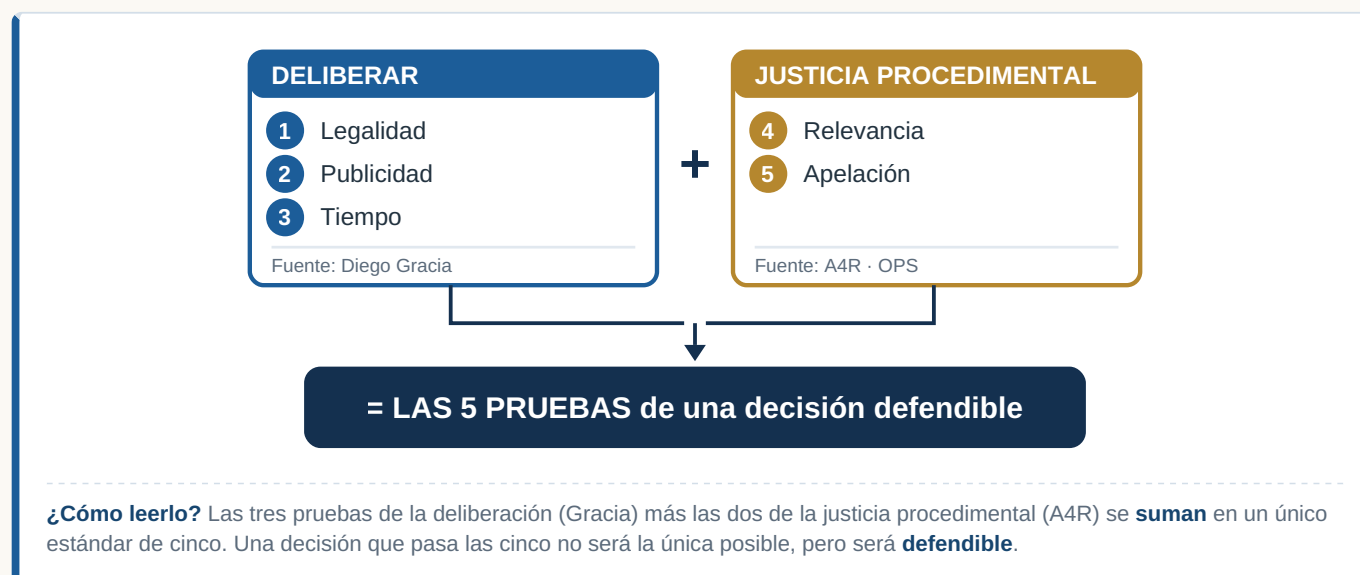
EL FONDO · PARA ENTENDER

Una decisión prudente debe superar un examen. Diego Gracia propuso tres pruebas clásicas —**legalidad** (¿resiste la norma?), **publicidad** (¿la defenderías por escrito, ante todos?) y **tiempo** (¿la sostendrías dentro de un año?)—. La justicia procedimental que la OPS difunde en la región, el marco *Accountability for Reasonableness* (A4R), añade dos: **relevancia** del criterio y **vía de apelación**.

Para que no queden sueltas, este manual las **suma en una sola métrica**: las cinco pruebas de una decisión defendible. No son dos listas rivales, sino un mismo tamiz de cinco filtros —tres que miran hacia dentro (la conciencia y la norma) y dos que miran hacia fuera (el afectado y el público)—.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · LAS 5 PRUEBAS



EN LA PRÁCTICA

Convierte las cinco pruebas en **cinco casillas de verificación al pie del RER (Registro de Exclusión Razonada)**. Antes de firmar, márcalas una por una; si al menos una queda sin marcar, la decisión todavía no está lista para salir de tu escritorio. En la siguiente página veremos a fondo el RER.

Referencias: Diego Gracia (2007). · Daniels N. & Sabin J., *Setting Limits Fairly: Accountability for Reasonableness* (2008). · OMS, *Making fair choices on the path to UHC* (2014).

RECUERDA

Cinco pruebas, un solo tamiz: tres miran hacia dentro; dos, hacia el afectado y el público.

Lleva a 4.4: deliberada y probada la decisión, hay que dejarla por escrito. Entra la ficha: el RER.

TEMA 4.4

HERRAMIENTA

El RER: qué es y sus siete campos

Viene de 4.3: ya tenemos una decisión defendible. Ahora hay que **registrarla**, o se evapora.

EL FONDO · PARA ENTENDER

¿Qué es el RER? El **Registro de Exclusión Razonada** es una ficha —de una página— que el auditor completa *antes* de emitir su dictamen. Da nombre operativo a la idea que vertebra el libro: ninguna decisión sobre una prestación debe apoyarse solo en un número; debe dejar rastro de la evidencia, el criterio y las razones que la sustentan. No es un formulario administrativo más: es un examen de conciencia con forma de documento.

Sus **siete campos** no son etapas sucesivas, sino los **siete puntos que toda decisión debe dejar por escrito** para ser auditable. El **campo 4** registra el criterio de cobertura, priorización o exclusión, no la identidad de la persona. El nombre permanece en la historia clínica, con los resguardos que correspondan.

CAMPO · PARA ACTUAR

FICHA · 7 CAMPOS

RER · 7 preguntas · una decisión trazable

1. **¿Cuáles son los hechos?** Qué se pide, comparador, horizonte, evidencia y quién la financió.
2. **¿Qué dicen los números sin engaño?** Efecto absoluto y NNT; ICER y umbral, con fuente.
3. **¿Qué valores entran en conflicto?** Qué honro y qué sacrificio, incluidos los ausentes.
4. **¿Cuál es el criterio de cobertura, priorización o exclusión?** A qué categoría afecta y por qué es pertinente y no discriminatorio.
5. **¿Qué lente me respalda y respeta el suelo?** Qué justicia sostiene la decisión; ¿protege el suelo de dignidad?
6. **¿Pasa las cinco pruebas?** () Legalidad, () publicidad, () tiempo, () relevancia y () apelación.
7. **¿Cuál es el veredicto en voz alta?** Aprobar / condicionar / negar, con fecha de revisión.

EN LA PRÁCTICA

Guarda una **plantilla del RER en tu escritorio** (papel o digital): la tienes en blanco, lista para imprimir y con instructivo, en el **anexo 6.4**. En una decisión compleja puede requerir más de unos minutos: lo importante es que cada campo quede completo y pueda sostenerse cuando alguien revise la decisión.

Referencias: Instrumento propuesto por los autores. · UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y DD.HH.* (2005). · Ley N.º 29733 de Protección de Datos Personales.

RECUERDA

En el RER vive la razón; el nombre, con sus resguardos, en la historia clínica.

Lleva a 4.5: ¿funciona en la vida real? Corramos el RER, campo por campo, sobre un caso.

TEMA 4.5 CASO

La ficha resuelta: el expediente del viernes

Viene de 4.4: tenemos la ficha. Aquí la vemos **resuelta de punta a punta** sobre un caso real.

EL FONDO · PARA ENTENDER

EL CASO

Viernes, 2 p. m. Llega a auditoría la solicitud de un **medicamento biológico de alto costo** (~US\$120 000/año) para un asegurado adulto con una enfermedad autoinmune poco frecuente, que ya agotó las terapias estándar. El médico tratante insiste; la familia envió carta notarial; se murmura que el caso puede llegar a la prensa. La evidencia muestra un beneficio **modesto e incierto**, medido en desenlaces intermedios; el **ICER** (índice de costo-efectividad incremental) supera con holgura el umbral*. Con ese mismo presupuesto anual se sostendría, por años, el control de miles de hipertensos y diabéticos hoy desatendidos.

Corremos el RER (Registro de Exclusión Razonada): no para fabricar la respuesta «correcta» —el método no da oráculos—, sino **una** decisión defendible, mostrada en sus siete campos.

CAMPO · PARA ACTUAR

RER · CASO RESUELTO (7 CAMPOS)

- 1 **Hechos.** Biológico, enfermedad rara, tras fallar el estándar; evidencia moderada-baja en desenlaces intermedios; parte financiada por el fabricante.
 - 2 **Números.** Ganancia absoluta modesta; ICER muy sobre el umbral*. Costo de oportunidad: el control de una población amplia hoy desatendida.
 - 3 **Valores.** Honra: esperanza del paciente, autonomía del médico. Sacrifica: equidad hacia los demás asegurados y sostenibilidad del fondo.
 - 4 **Criterio.** Se prioriza por valor clínico y sostenibilidad; criterio general, no dirigido contra la persona ni contra su enfermedad.
 - 5 **Lente y suelo.** Capacidades + mínimos: no se perfora el suelo (se garantiza el mejor soporte); sin discriminación por edad ni rareza.
 - 6 **Cinco pruebas.** Legal, publicable, sostenible en el tiempo, criterio relevante y con apelación abierta: pasa.
 - 7 **Veredicto.** Cobertura **condicionada**: prueba con criterios objetivos y reevaluación a 6 meses; acuerdo de riesgo compartido; apelación abierta.
- ▲ Redacción para el afectado: «No le negamos el cuidado; condicionamos un fármaco de beneficio aún incierto a que muestre un efecto real en usted.»

* Un ICER alto significa que el tratamiento es poco rentable: se paga mucho dinero por un beneficio pequeño.

Referencias: aplica los temas 4.1–4.4. · Umbrales y evaluación: NICE, *Economic evaluation*; IETSI-EsSalud.

RECUERDA

El RER no abolió la tragedia; la volvió trazable, defendible y revisable.

Lleva a 4.6: el campo 7 pedía un veredicto. ¿Cuáles son las salidas posibles?

TEMA 4.6

CRITERIO

El semáforo del veredicto

Viene de 4.5: el RER termina en un veredicto. Aquí, las tres salidas —y por qué casi siempre es la del medio.

EL FONDO · PARA ENTENDER

El error cómodo es conocer solo dos teclas: aprobar sin más o negar sin más. Pero la respuesta prudente vive casi siempre en los **cursos intermedios** —la cobertura condicionada, el esquema de prueba, el riesgo compartido, la reevaluación pactada— que la prisa y el miedo pasan por alto (Diego Gracia).

Auditar es también saber decir que no; pero un «no» digno se argumenta, se fecha y se deja apelar. Negar sin rastro no es rigor: es claudicación. Por eso incluso la luz roja del semáforo exige razón escrita.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · VEREDICTO

**APROBAR**

Valor y beneficio claros, dentro del umbral.

CONDICIONAR

Beneficio incierto: prueba con criterios y reevaluación.

NEGAR

Sin valor o insostenible — pero razonado y apelable.

¿Cómo leerlo? Verde: **aprobar** cuando el valor es claro. Amarillo: **condicionar**, la salida más frecuente ante beneficio incierto. Rojo: **negar** — pero siempre razonado, fechado y apelable.

EN LA PRÁCTICA

Ante un beneficio incierto, redacta **primero** la opción «condicionar» con sus criterios de respuesta y su fecha de reevaluación. Suele ser la salida más defendible, y tenerla escrita evita caer por comodidad en el sí o el no automáticos.

Referencias: Diego Gracia (2007), cursos intermedios. · NICE, *Economic evaluation*.

REGLA

Entre el sí y el no está, casi siempre, el curso más prudente: **condicionar**.

Lleva a 4.7: tomado el veredicto, hay que decirlo bien. ¿Cómo se comunica sin invadir al juez?

TEMA 4.7

HERRAMIENTA

¿Cómo comunicar el dictamen?

Viene de 4.6: ya hay veredicto. Falta lo más delicado: **escribirlo**. Un buen método muere en un mal dictamen.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Un dictamen se hace necesario cuando aparece una **desviación del estándar** con presunción de responsabilidad: alguien debe reconstruir, con criterio técnico, ¿qué se hizo?, ¿qué se omitió? y ¿qué habría exigido el deber de cuidado? Y hoy esa tarea llega cada vez más al médico auditor: muchos estudios técnicos —incluidos los periciales— terminan en su escritorio para revisar si cumplen los criterios de elaboración. El auditor, por eso, no solo emite dictámenes: también **audita dictámenes**.

Ahí acecha una frontera sutil pero decisiva. El auditor aporta el conocimiento técnico; la **autoridad competente**, con ese insumo, determina las consecuencias jurídicas que correspondan. Confundir ambos planos compromete el alcance y la imparcialidad del informe. De ahí la regla de oro del dictamen: describir el deber de cuidado y el eventual apartamiento del estándar en términos **médico-legales**, evitando presentar como conclusión propia una calificación jurídica que exceda el objeto técnico del dictamen.

CAMPO · PARA ACTUAR

EL DICTAMEN EN 3 PASOS

- 1 Describe los **hechos** y el **deber de cuidado**: ¿qué se hizo?, ¿qué se omitió? y ¿qué exigía la lex artis?
 - 2 Responde a la solicitud en términos **médico-legales**, no jurídicos.
 - 3 Cierra con **fecha de revisión** y la **vía de apelación** abierta al afectado.
- ▲ Evita presentar como conclusión propia términos como «imprudencia», «negligencia», «impericia» o «inobservancia» cuando impliquen una calificación jurídica que exceda el objeto técnico del dictamen.

EN LA PRÁCTICA

Al terminar el dictamen, hazle una **última lectura buscando las cuatro calificaciones que exigen cautela** (imprudencia, negligencia, impericia, inobservancia). Si aparecen como conclusión propia y exceden el objeto técnico, reescribe la frase describiendo los hechos, el deber de cuidado y el eventual apartamiento del estándar, sin anticipar las consecuencias jurídicas.

Referencias: Vera Carrasco O., *Aspectos éticos y legales en el acto médico* (2013). · Colegio Médico del Perú, *Código de Ética y Deontología*.

REGLA

El auditor describe el deber de cuidado y el eventual apartamiento del estándar; la autoridad competente determina las consecuencias jurídicas. No cruces esa línea.

Lleva a 4.8: todo esto solo funciona si alguien obliga a hacerlo. La gobernanza que lo sostiene.

TEMA 4.8 FUNDAMENTO

¿Quién obliga a firmar?

Viene de 4.7 y cierra el bloque: el método, la ficha y el dictamen se sostienen solo si la **institución** los exige.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Sería ingenuo cerrar sin decirlo: un instrumento que depende solo de la buena voluntad del auditor está condenado, porque el incentivo del temeroso es no dejar rastro. El RER (Registro de Exclusión Razonada) necesita **fuerza institucional**; y del mismo marco A4R se siguen las cuatro palancas que la dan:

(1) RER obligatorio en toda decisión de alto impacto: lo que no es obligatorio, no ocurre bajo presión. **(2) Auditoría de segunda línea**: alguien revisa los registros, porque un control que nadie controla se relaja. **(3) Vía de apelación** real para el asegurado: sin apelación, la transparencia es decorativa. **(4) Criterios públicos**: lo que es público se puede discutir, y lo discutible se puede mejorar.

La ética no se sostiene sola en el aire de las conciencias; se sostiene cuando la organización la vuelve procedimiento exigible. Convertir el RER en norma interna es tarea de quien dirige, no solo de quien firma.

CAMPO · PARA ACTUAR

PARA LA INSTITUCIÓN

- 1 Hacer el **RER obligatorio** en toda decisión de cobertura de alto impacto.
- 2 Establecer una **auditoría de segunda línea** que revise los registros.
- 3 Garantizar una **vía de apelación** real para el asegurado.
- 4 Publicar los **criterios** de priorización: lo público se puede discutir.

EN LA PRÁCTICA

Lleva a tu jefatura una propuesta de **directiva de una página** que haga obligatorio el RER en decisiones de alto impacto. Cuando el registro es norma y no favor, deja de depender del valor de cada auditor y protege a todos.

Referencias: Daniels N. & Sabin J. (2008). · OPS/OMS, Programa Regional de Bioética, *Cómo tomar decisiones justas hacia la cobertura universal*.

RECUERDA

La ética se sostiene cuando la organización la vuelve procedimiento exigible.

Cierra el Bloque 4. Con el método, la ficha y su gobernanza, el Bloque 5 pasa a los casos para ponerlos a prueba.

05

Casos y preguntas

Aquí el juicio se entrena. Seis dilemas de práctica —cada uno con sus preguntas y su comentario de resolución— y un examen de conciencia para poner a prueba todo lo aprendido.

¿CÓMO SE ORDENAN LOS CASOS?



5.1	El quirófano que no debía abrirse (lex artis)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.2	Cuatro calificaciones que exigen cautela (culpa)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.3	¿Cuánto vale lo que no volverá? (responsabilidad civil)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.4	La historia clínica que cambió de letra (registro)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.5	El auditor en la cuerda floja (conflicto de interés)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.6	La última cama de la UCI (justicia distributiva)	CASO + RESOLUCIÓN	CASO
5.7	Banco de preguntas de conciencia	LA CONCIENCIA	FUNDAMENTO

Cada caso ocupa dos páginas: primero **el caso y sus preguntas** (para deliberar), y enfrente **el comentario de resolución** (para contrastar tu juicio). No hay respuesta única; hay criterios defendibles.

CASO 5.1

CASO

El quirófano que no debía abrirse

Abre el Bloque 5. Con los cuatro bloques anteriores como caja de herramientas, empezamos a practicar. Primero, la *lex artis* bajo condiciones imposibles.

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Perú, hospital de provincia, sábado 2:40 a. m. Gestante de 33 semanas con sospecha de desprendimiento de placenta. El único ginecólogo de turno constata: banco de sangre con solo dos unidades, incubadora malograda, sin neonatólogo presente (llegará «en 40 minutos»). El hospital con capacidad resolutive está a dos horas. Opera: salva a la madre, pero el recién nacido fallece. La familia denuncia. Tres meses atrás, el médico había reportado **por escrito** la falta de neonatólogo los fines de semana; nadie respondió el memorando.

La tensión: el deber de socorro frente al deber de no exponer al paciente a un riesgo no permitido. ¿Faltó el médico a la *lex artis*, o falló la institución que no puso los medios? (Art. 6 del Reglamento de la Ley del Trabajo Médico, Perú).

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 ¿La conducta se ajustó a la **lex artis ad hoc** dadas las condiciones reales, o hubo falta? → 3.8
- 2 ¿A quién alcanza la responsabilidad: médico, institución, ambos? ¿Cómo concurren los tipos?
- 3 El memorando previo sin respuesta, ¿protege al médico o compromete al hospital? → Art. 6
- 4 Como **médico auditor**, ¿qué escribirías en el dictamen y qué palabras evitarías deliberadamente? → 3.4 · 4.7

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.1

RESOLUCIÓN

El quirófano que no debía abrirse

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

La **lex artis se mide ad hoc**: con los medios que realmente había esa madrugada, no con los de un hospital ideal. Ante un desprendimiento de placenta —riesgo inminente de muerte materna— y con el centro de referencia a dos horas, abstenerse no era una opción prudente: operar para salvar a la madre es una conducta defendible. La muerte del recién nacido, trágica, se ubica dentro del **riesgo materializado** de un entorno sin los recursos debidos, y no prueba, por sí sola, una falta individual del cirujano.

El **memorando previo** —la falta de neonatólogo reportada por escrito y sin respuesta— es la pieza que reparte la responsabilidad: desplaza el reproche desde el médico, que sí advirtió, hacia la **institución** que conocía el déficit y no puso los medios (art. 6 del Reglamento de la Ley del Trabajo Médico, Perú). El dictamen del médico auditor debe separar con nitidez dos planos: la conducta individual (ajustada a la *lex artis* posible) y la falla organizativa del sistema (evitable y corregible).

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 **Veredicto sugerido:** sin falta individual atribuible; sí, observación por falla institucional en la dotación de guardias.
- 2 Recomendar el correctivo estructural: neonatólogo de turno o protocolo de referencia oportuna los fines de semana.
- 3 Dejar constancia del memorando en el expediente: es prueba de diligencia del médico y de omisión institucional.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita presentar como conclusión propia «negligencia» o «impericia» cuando impliquen una calificación jurídica. Describe la conducta y su ajuste (o no) al deber de cuidado; las consecuencias jurídicas corresponden a la autoridad competente.

Referencias: Reglamento de la Ley del Trabajo Médico (Perú), art. 6. · Vera Carrasco O. (2013). · Ley General de Salud (Perú), art. 36.

REGLA

La *lex artis* se mide ad hoc: con los medios que había, no con los que debía haber.

Lleva a 5.2: del estándar pasamos a cómo se califica su incumplimiento — y a un perito que se excedió.

CASO 5.2

Cuatro calificaciones que exigen cautela

Viene de 5.1: si hubo o no falta al estándar, alguien debe calificarlo. Aquí, el límite entre el médico auditor y la autoridad competente.

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Paciente de 54 años con dolor abdominal. El médico da de alta a las seis horas con diagnóstico de «gastritis», sin pedir imágenes, pese a que enfermería anotó «abdomen en tabla». Regresa 30 horas después en shock séptico por apéndice perforado y fallece. Un primer estudio pericial concluye textualmente: «el médico incurrió en **negligencia e impericia**, por lo que es responsable penalmente». La defensa impugna. El caso llega a auditoría para revisar si el estudio cumple los criterios de elaboración.

La tensión: describir el apartamiento del estándar sin invadir la calificación jurídica. ¿Cómo debe tratarse un informe que utiliza términos propios de una calificación jurídica, aunque el análisis técnico sea sólido?

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 ¿Qué elementos del caso permiten identificar un eventual apartamiento del deber de cuidado? → 3.8
- 2 ¿Qué error metodológico cometió el perito, y por qué es grave? → 4.7
- 3 Reescribe la conclusión en términos **médico-legales**, describiendo el deber de cuidado sin tipificar el delito.
- 4 ¿El informe debería conservarse, corregirse o cuestionarse en parte? Anticipa las consecuencias de cada opción.

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.2 RESOLUCIÓN

Cuatro calificaciones que exigen cautela

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

El error de fondo es **metodológico, no necesariamente de criterio**: al escribir «negligencia e impericia... responsable penalmente», el perito **presentó una calificación jurídica como conclusión propia** y excedió el objeto técnico del informe. Ese exceso puede comprometer el alcance y el valor probatorio del dictamen y abrir un flanco legítimo para su cuestionamiento, aun cuando el análisis clínico sea correcto.

En el fondo, sin embargo, la conducta sí parece apartarse del deber de cuidado: dar de alta con «gastritis», sin imágenes y pese al «abdomen en tabla» anotado por enfermería, sugiere una **desviación del estándar exigible**. Por eso la salida no es necesariamente anular todo, sino **evaluar qué parte del informe conserva sustento técnico** y, si corresponde, corregir la conclusión en clave médico-legal: describir la desviación del estándar y su relación con el desenlace, dejando la calificación y las consecuencias jurídicas a la autoridad competente.

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 El perito **describe** el deber de cuidado y su cumplimiento; la **autoridad competente** determina las consecuencias jurídicas.
- 2 Corrige o cuestiona la conclusión cuando exceda el objeto técnico; no descarta automáticamente un análisis clínico sólido.
- 3 Reformula: «la conducta se apartó del estándar exigible al no descartar abdomen agudo», sin convertir esa descripción en una calificación jurídica.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita presentar «negligencia», «impericia», «responsable penalmente» u otros términos de culpabilidad como conclusión propia cuando excedan el objeto técnico. Describe los hechos y el estándar; la calificación y las consecuencias jurídicas corresponden a la autoridad competente.

Referencias: Vera Carrasco O. (2013). · Patito J. A., *Tratado de medicina legal* (2003).

REGLA

El auditor describe el deber y el eventual apartamiento del estándar; la autoridad competente determina las consecuencias jurídicas. Cruzar esa línea compromete el dictamen.

Lleva a 5.3: del estándar y la culpa pasamos al daño — y a lo difícil de ponerle precio.

CASO 5.3

CASO

¿Cuánto vale lo que no volverá?

Viene de 5.2: probada o no la falta, aparece el daño. ¿Cómo se valora sin volverse tasador ni juez?

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Una paciente de 38 años, pianista y docente de música, es operada de túnel carpiano. Por una lesión del nervio mediano pierde la motricidad fina de la mano derecha: no podrá volver a ejecutar el instrumento profesionalmente, aunque conserva su empleo docente. Reclama el costo de las terapias (pasadas y futuras) y «todo lo que dejará de ganar como concertista por el resto de su vida». La aseguradora pide a auditoría un informe que sustente «un monto razonable». El consentimiento firmado mencionaba «riesgos generales», no la lesión del nervio.

La tensión: el **daño emergente** (cuantificable, las terapias) frente al **lucro cesante** (la carrera artística, incierto). ¿Hasta dónde debe llegar un médico auditor sin invadir la tasación ni la sentencia?

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 ¿La responsabilidad en juego es contractual o extracontractual? ¿Cambia algo que la relación fuera con la clínica?
- 2 Separa qué corresponde a **daño emergente** y qué a **lucro cesante**: ¿qué es sólido y qué es especulativo?
- 3 El consentimiento que no menciona la lesión del nervio, ¿exime o compromete? → 3.6
- 4 ¿Hasta dónde opina un médico auditor sobre montos? ¿Dónde empieza el trabajo del tasador y de la autoridad competente?

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.3

RESOLUCIÓN

¿Cuánto vale lo que no volverá?

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

La clave es **separar dos daños de naturaleza distinta**. El **daño emergente** —las terapias pasadas y las futuras razonablemente previsibles— es concreto y cuantificable con facturas y protocolos: el médico auditor puede y debe documentarlo. El **lucro cesante** por la carrera de concertista es, en cambio, **especulativo**: la paciente conserva su empleo docente, y proyectar «lo que habría ganado por el resto de su vida» exige supuestos que no le corresponde fijar a la auditoría. Nombrar esa incertidumbre no es negar el daño; es ubicarlo en su justa medida.

El **consentimiento** que solo menciona «riesgos generales» y omite la lesión del nervio debilita la defensa en el plano del **deber de información**, pero no demuestra por sí mismo una falta técnica en la cirugía: son dos cuestiones separadas. El límite del médico auditor es claro: describe lo cuantificable y su base, señala lo especulativo, y **deja el monto** a la tasación pericial y a la sentencia. Confundir el dictamen con la condena es el error que hay que evitar.

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 Documenta el daño emergente (terapias) con evidencia; márcalo como sólido.
- 2 Señala el lucro cesante como especulativo: aporta el marco, no la cifra.
- 3 Trata el defecto de consentimiento como falta de información, distinta de la posible falta técnica.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita fijar un «monto razonable» como si fuera tuyo. El médico auditor aporta criterios y separa lo probado de lo incierto; la cuantía corresponde a la tasación pericial y a la autoridad competente.

Referencias: Código Civil (Perú), arts. 1321-1322 (daño emergente y lucro cesante). · Ley N.º 29414 (consentimiento informado).

RECUERDA

Separa el daño cuantificable del especulativo; y el dictamen, de la sentencia.

Lleva a 5.4: el daño se prueba en un documento — y ese documento, a veces, cambia de letra.

CASO 5.4 CASO

La historia clínica que cambió de letra

Viene de 5.3: el daño se juzga sobre un documento. ¿Y si ese documento fue reconstruido después?

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Un paciente diabético desarrolla un pie diabético que termina en amputación; la familia denuncia demora en el diagnóstico. Al revisar la historia clínica, el médico auditor encuentra que varias notas del periodo crítico fueron «agregadas» con fecha posterior, con letra distinta y sin firmas. El médico explica que «el sistema se cayó y tuvo que reconstruir las notas de memoria». La aseguradora presiona: «si la historia está adulterada, rechacen todo el reclamo».

La tensión: distinguir una **posible falta en la atención** de una **mala documentación**. ¿Qué valor probatorio tiene una historia reconstruida sin firmas ni respaldo?

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 ¿Qué valor probatorio tiene una historia clínica reconstruida a posteriori, sin firmas? → 3.5
- 2 Separa dos preguntas que el caso mezcla: ¿hubo posible falta en la **atención**? ¿la hubo en el **registro**?
- 3 La reconstrucción de notas, ¿agrava, o es una práctica comprensible mal ejecutada?
- 4 ¿Es aceptable la presión de la aseguradora para «rechazar todo»? ¿Qué principios se ponen en juego? → 3.3

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.4

RESOLUCIÓN

La historia clínica que cambió de letra

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

El caso mezcla dos preguntas que el dictamen debe **separar**. Una es la **calidad de la atención**: ¿hubo demora diagnóstica evitable que precipitó la amputación? La otra es la **calidad del registro**: notas agregadas con fecha posterior, letra distinta y sin firma. Son faltas de naturaleza diferente y no se implican: puede haber buena atención mal documentada, o mala atención con registro impecable.

Una historia **reconstruida a posteriori sin dejar constancia** de esa reconstrucción pierde valor probatorio y debilita la posición del prestador, pero «reconstruir de memoria» tras una caída del sistema no equivale automáticamente a **adulteración dolosa**; lo reprochable aquí es no haberlo hecho de forma transparente (nota fechada, firmada e identificada como reconstrucción). Por eso la presión de la aseguradora para «rechazar todo» es **improcedente**: un defecto de registro no prueba la ausencia de atención, ni autoriza a negar un reclamo que debe evaluarse por sus propios méritos. El médico auditor nombra ambas faltas por separado y no deja que una se trague a la otra.

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 Evalúa la atención con la evidencia disponible; no la des por buena ni por mala según el registro.
- 2 Califica el registro como defectuoso (reconstrucción no transparente), sin saltar a «adulteración» sin prueba de dolo.
- 3 Rechaza la instrucción de «negar todo»: cada plano se resuelve por sus propios hechos.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita tratar «mala documentación» como sinónimo de una posible falta en la atención. Evita «adulteración» sin prueba de intención. Nombra cada falta y separa sus efectos.

Referencias: R.M. N.º 214-2018-MINSA (Perú), Norma Técnica de Historia Clínica. · Ley N.º 29733 (datos personales).

RECUERDA

No confundas una posible falta en la atención con una mala documentación; nómbralas por separado.

Lleva a 5.5: del documento pasamos a quien lo juzga — y a las presiones que lo cercan.

CASO 5.5

CASO

El médico auditor en la cuerda floja

Viene de 5.4: aparece la presión sobre el propio médico auditor. Aquí el dilema es suyo, no del médico tratante.

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Un médico auditor de una EPS revisa un reclamo por mala praxis contra una clínica que es, además, el principal proveedor de la EPS y con la que se renegocia un contrato millonario. Su análisis técnico concluye que sí hubo falta al deber de cuidado y que corresponde indemnizar. Su jefe le sugiere «revisar con más calma» y le recuerda que «la relación con esa clínica es estratégica». El médico denunciado es su antiguo profesor. El paciente afectado es una persona de escasos recursos.

La tensión: la **independencia** del médico auditor frente a la presión institucional, gremial y económica. ¿A quién debe lealtad: a la EPS que le paga, al colega, al paciente, a la verdad técnica?

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 Identifica todos los conflictos de interés y las lealtades en juego. ¿Se pueden jerarquizar? → 3.1
- 2 ¿Qué distingue a un médico auditor de un simple validador de lo que conviene a su empleador? → 3.3
- 3 Enumera los cursos de acción posibles (firmar, matizar, abstenerse, elevar, renunciar) y el costo de cada uno.
- 4 ¿Qué salvaguardas institucionales evitarían que un médico auditor quede solo frente a esta presión? → 4.8

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.5 RESOLUCIÓN

El médico auditor en la cuerda floja

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

Sobre el médico auditor convergen tres presiones —**económica** (el contrato estratégico), **gremial** (el antiguo profesor) e **institucional** (el jefe)— y todas empujan en la misma dirección: suavizar una conclusión que su propio análisis considera fundada. La **independencia** no consiste en ignorar esas lealtades, sino en no dejar que decidan por él. Una conclusión técnicamente sostenida —por ejemplo, la existencia de un posible apartamiento del deber de cuidado— **no se cambia por conveniencia**; si cambia, debe ser por argumento técnico nuevo, no por presión.

El curso correcto no es el heroísmo solitario de firmar y esperar la represalia, sino el **método más la gobernanza**: declarar por escrito el conflicto de interés, pedir que la decisión pase por un **comité** cuando corresponda y dejar registro de la presión recibida. Si su objetividad está comprometida, corresponde **apartarse** del caso. El médico auditor emite un pronunciamiento técnico; la autoridad competente determina las consecuencias institucionales o jurídicas que correspondan. Que un auditor quede solo frente a esta presión es, en sí mismo, una señal de que la institución falló antes que él.

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 Declara el conflicto de interés por escrito; no lo administres en silencio.
- 2 Mantén la conclusión técnica; solo un argumento nuevo —no la presión— puede moverla.
- 3 Eleva a un comité o abstente; exige la salvaguarda de gobernanza que impide la firma solitaria.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita el dictamen «matizado» que dice lo que conviene sin decirlo. Un informe que se pliega a la presión y se disfraza de prudencia es el que más daño hace, porque parece técnico.

Referencias: Sandoval Barros R. (2015). · Daniels & Sabin, A4R (2008). · Código de Ética y Deontología del CMP.

REGLA

La independencia no es un rasgo de carácter: es método y gobernanza que te respalden.

Lleva a 5.6: el caso más difícil — cuando el recurso es uno solo y hay dos personas esperándolo.

CASO 5.6

CASO

La última cama de la UCI

Viene de 5.5 y corona el bloque: aquí se juega, entero, el eje del manual — la auditoría de justicia y el suelo de dignidad.

EL FONDO · EL CASO

EL CASO

Pico de infecciones respiratorias. Un hospital queda con **una sola cama de UCI** y dos candidatos simultáneos: un varón de 40 años con un posoperatorio complicado pero recuperable, y una mujer de 78 años con neumonía grave y múltiples comorbilidades, de pronóstico reservado a corto plazo. El comité de priorización asigna la cama al paciente de 40 años «por mayor probabilidad de supervivencia». La familia de la señora denuncia **discriminación por edad**. La auditoría debe dictaminar si el criterio aplicado fue justo — o si perforó el suelo de la dignidad.

La tensión: el **pronóstico clínico** como criterio legítimo frente a la **edad como descarte**; la eficiencia del recurso escaso frente a la no discriminación; y el suelo de dignidad que ninguna cuenta puede perforar.

CAMPO · PARA DELIBERAR

4 PREGUNTAS

- 1 ¿El criterio decisivo fue el **pronóstico** (legítimo) o la **edad por sí sola** (discriminatorio)? → 2.4
- 2 Corre las cinco pruebas: ¿el protocolo era público, previo, aplicado por igual y apelable? → 4.3
- 3 ¿Qué lente de justicia sostiene la decisión, y a quién deja en la sombra? → 2.3
- 4 Redacta el veredicto «en voz alta», como para leerse a la familia de la persona que quedó fuera. → 4.6

DELIBERA EN CONCIENCIA Y RESPONDE LAS PREGUNTAS

ANTES DE PASAR LA PÁGINA

Detente y decide: responde las 4 preguntas. Recién entonces, gira la hoja para el comentario de resolución.

CASO 5.6

RESOLUCIÓN

La última cama de la UCI

COMENTARIO DE RESOLUCIÓN

El triaje por **pronóstico** puede ser un criterio de justicia distributiva **defendible** cuando el recurso es indivisible: ante una sola cama, puede ser razonable priorizar a quien tiene mayor probabilidad de beneficiarse, siempre que el criterio sea clínicamente pertinente, objetivo, previamente establecido y aplicado de manera uniforme. La edad, por sí sola, no convierte un pronóstico en un criterio legítimo; la legitimidad depende de la **pertinencia clínica**, la evidencia que sustenta el criterio y la forma en que se aplica. Si la edad opera únicamente como **descarte por número de años**, sin justificación suficiente, puede constituir discriminación.

Por eso el dictamen no se juega en el *resultado* —a quién tocó la cama— sino en el **procedimiento**. El médico auditor no valida a la persona elegida; valida el **protocolo**: ¿existía un criterio **público y previo** al caso?, ¿se aplicó por igual a ambos candidatos?, ¿quedó **registrado** con su razón?, ¿había una **vía de apelación** para la familia? (marco A4R). Si el comité usó una escala de pronóstico objetiva, documentada y aplicada sin excepciones, la decisión es defendible aunque sea dolorosa. Si la edad fue un atajo no escrito, el criterio cae. Y en ambos casos, la exigencia final es la misma: **nombrar a quien se dejó fuera y por qué**, en voz alta.

CLAVES DEL DICTAMEN

- 1 Distingue edad-como-pronóstico —si es clínicamente pertinente, validada y aplicada de forma uniforme— de edad-como-descarte, potencialmente discriminatoria.
- 2 Audita el procedimiento, no el resultado: criterio público, previo, uniforme, registrado y apelable (A4R).
- 3 Exige el veredicto «en voz alta»: la razón debe poder leerse a la familia de la persona excluida.

LO QUE UN DICTAMEN NO DEBERÍA DECIR

Evita avalar «probabilidad de sobrevivida» sin verificar la escala que la sustenta: sin criterio escrito y aplicado por igual, «pronóstico» puede ser solo un nombre elegante para la edad.

Referencias: aplica los Bloques 2 y 4 (suelo de dignidad, A4R, cinco pruebas, RER). · OPS/OMS, *Cómo tomar decisiones justas hacia la cobertura universal*.

RECUERDA

Elegir es inevitable; elegir por la edad, y sin nombrar a quien sacrificas, no.

Lleva a 5.7: los casos entrenan el juicio; lo que sigue entrena la conciencia.

TEMA 5.7 FUNDAMENTO

Banco de preguntas de conciencia

Viene de 5.6 y cierra el bloque: los casos entrenan el juicio; estas preguntas entrenan la conciencia.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Ningún caso agota el oficio; y el mejor método no reemplaza a la conciencia que lo usa. Estas preguntas no tienen respuesta única ni definitiva: se contestan distinto en cada etapa de la carrera, y por eso conviene volver a ellas cada cierto tiempo. Léelas despacio, sin prisa por quedar bien contigo mismo. El médico auditor que deja de hacérselas empieza, sin notarlo, a volverse un validador.

CAMPO · PARA EL EXAMEN PERSONAL

OCHO PREGUNTAS

- 1 ¿Firmé esta semana alguna decisión que no habría querido ver publicada?
- 2 ¿A quién dejé fuera, y podría sostener ese «no» en voz alta frente a su rostro?
- 3 ¿Cambié un criterio por presión —y me di cuenta a tiempo?
- 4 ¿Qué lente de justicia uso por defecto, y a quién deja siempre en la sombra?
- 5 ¿Dejé rastro de la razón, o solo del resultado?
- 6 ¿Reconocí algún impedimento y me aparté a tiempo del caso?
- 7 ¿Escuché al ausente, o solo al que gritó más fuerte?
- 8 ¿Sigo siendo médico auditor, o me estoy volviendo un validador?

EN LA PRÁCTICA

Elige una pregunta y respóndela por escrito al cerrar el mes. No la borres: al año siguiente, compara. La honradez con uno mismo también se entrena.

Referencias: síntesis del manual; cf. la «prueba de la publicidad» (Bloque 4) y el deber de independencia (Bloque 3).

RECUERDA

El médico auditor se audita a sí mismo antes que a nadie.

Cierra el Bloque 5. Practicado el juicio, el Bloque 6 lleva todo al mapa latinoamericano: el núcleo común y las notas por país.

06

Núcleo y alcance en Latinoamérica

Lo que compartimos en toda América Latina y lo que cambia en cada sistema — más la herramienta central para llevártelo a tu escritorio.

¿CÓMO CIERRA EL BLOQUE?



6.1	El mínimo ético compartido de la región	EL NÚCLEO	FUNDAMENTO
6.2	Mapa comparado: de lo implícito a lo explícito	EL NÚCLEO	FUNDAMENTO
6.3	Notas por país (plantilla y países ancla)	EL PAÍS	REFERENCIA
6.4	La ficha RER en blanco, lista para usar	LA FICHA	HERRAMIENTA

Al terminar este bloque, el manual cierra con una sección independiente de **material de referencia**: las fuentes y bibliografía, y una nota sobre los autores.

TEMA 6.1 FUNDAMENTO

El mínimo ético compartido en América Latina

Abre el último bloque. Este manual aspira a servir en toda la región; conviene separar lo que compartimos de lo que cambia.

EL FONDO · PARA ENTENDER

Más allá de las diferencias legislativas de cada país, existe un **núcleo de principios éticos y de derechos humanos** ampliamente compartido en la región. La escasez es real y las **decisiones de priorización** ocurren —se las nombre o no—; por eso importa que se adopten con transparencia, sin discriminación y dejando una vía para que quien queda fuera pueda conocer y cuestionar la razón.

Ese suelo compartido no lo inventa el manual: se inspira en marcos ampliamente utilizados en la región, entre ellos la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** de la UNESCO (lo sustantivo) y el **marco A4R**, desarrollado por Daniels y Sabin y difundido por la OPS/OMS (lo procedimental). Lo que cambia de un país a otro es el **cómo institucional**: los mecanismos con que cada sistema decide qué cubre y con qué prioridad.

CAMPO · PARA ACTUAR

EL NÚCLEO, EN CINCO MÍNIMOS

- 1 **Dignidad:** no discriminar por edad, discapacidad o condición, entre otras.
- 2 **Transparencia:** criterios públicos, no decisiones de pasillo.
- 3 **Apelación:** una vía real de reclamo para el afectado.
- 4 **Rastro:** dejar por escrito la razón de la decisión.
- 5 **Voz del ausente:** nombrar a quién se deja fuera y por qué.

EN LA PRÁCTICA

Cualquiera que sea tu país, estos cinco mínimos no se negocian. Si tu sistema no los garantiza, ese es el primer punto que un auditor ético debe señalar y ayudar a corregir.

Referencias: UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y DD.HH.* (2005). · OPS/OMS, marco A4R y *Cómo tomar decisiones justas hacia la cobertura universal*.

REGLA

Lo que compartimos no depende del país: transparencia, no discriminación y voz para el excluido.

Lleva a 6.2: ¿en qué se diferencian los sistemas al decidir? En cuán explícito hacen su razonamiento.

TEMA 6.2 FUNDAMENTO

Mapa comparado: de lo implícito a lo explícito

Viene de 6.1: el núcleo es común; el «cómo» varía. La variación clave es cuán explícito es el racionamiento.

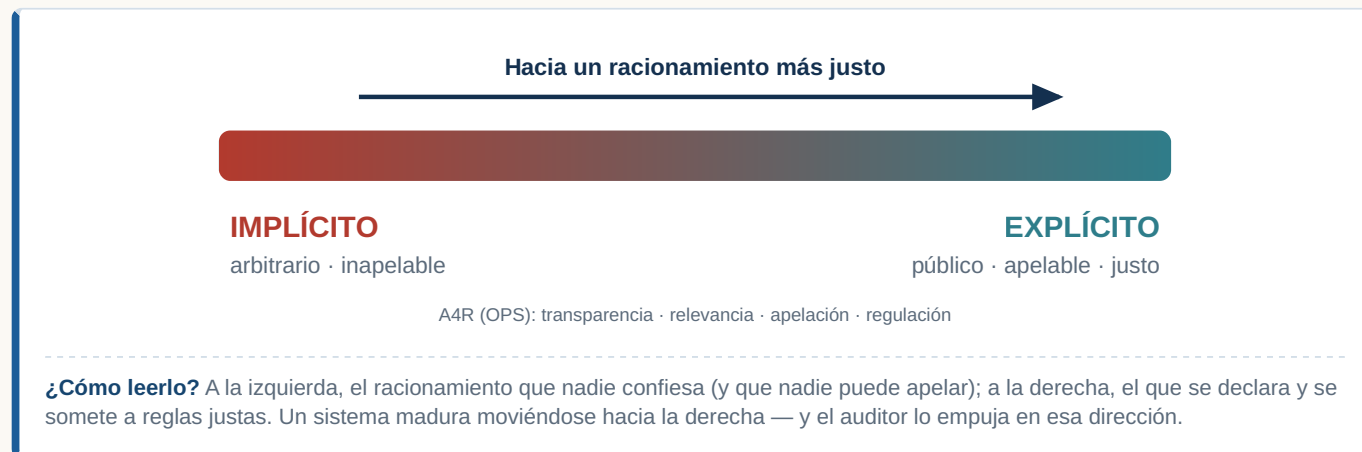
EL FONDO · PARA ENTENDER

Todo sistema con recursos finitos enfrenta **decisiones de priorización**; la diferencia está en *cómo se toman*. El **racionamiento implícito** —listas de espera, influencia o código postal— puede ocultar el criterio y afectar de forma desigual a personas vulnerables. El **explícito** —con criterios públicos, evaluación de tecnologías y apelación— permite discutir, revisar y mejorar la decisión.

La auditoría de justicia empuja hacia decisiones más explícitas. No porque decidir en público sea cómodo, sino porque los criterios públicos pueden ser auditados, discutidos y mejorados.

CAMPO · PARA ACTUAR

GRÁFICO · EL ESPECTRO DEL RACIONAMIENTO



¿CÓMO SE VE EN DOS PAÍSES?

Chile hace explícito su racionamiento: las garantías GES/AUGE fijan por ley qué se cubre, con qué plazo y qué evidencia lo respalda —una agencia (ETESA/MINSAL) evalúa la tecnología antes de incorporarla—, de modo que una negativa puede leerse, discutirse y apelarse. En un sistema con racionamiento **implícito**, la misma prestación se «raciona» por lista de espera o demora administrativa: sin criterio publicado, sin evidencia citada y sin vía de reclamo. Misma escasez, dos grados de explicitud: lo más explícito deja un criterio más fácil de auditar.

EN LA PRÁCTICA

Ubica a tu institución en el espectro: ¿sus negativas se explican con criterios públicos y apelables, o se esconden en demoras y silencios? Ese diagnóstico es el primer paso para mejorar.

Referencias: Daniels N. & Sabin J., *Accountability for Reasonableness* (2008). · OPS/OMS, Programa Regional de Bioética.

RECUERDA

Todo sistema con recursos finitos enfrenta decisiones de priorización; hacer explícitos sus criterios permite examinarlos y apelarlos.

Lleva a 6.3: veamos, en concreto, cómo lo hace cada país — y una plantilla para el tuyo.

Notas por país

Viene de 6.2: el mismo núcleo, distinto «cómo institucional». Aquí, seis países ancla y una plantilla para el tuyo.

EL FONDO · PARA CONSULTAR

La tabla es **indicativa** y está sujeta a cambios: úsala como punto de partida, no como cita legal. Cualquiera sea tu país, la regla del manual es la misma: localiza el mecanismo formal de tu sistema y somételo a la misma ficha. El instrumento nacional dice qué está permitido; la auditoría de justicia dice si además es defendible.

PAÍS	MECANISMO DE COBERTURA / PRIORIZACIÓN	EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS
Perú	Planes de aseguramiento (PEAS) y coberturas de EsSalud/SIS	CETS (MINSA) y IETSI (EsSalud)
Chile	Garantías explícitas GES/AUGE, con condiciones y plazos por ley	ETESA / MINSAL
Brasil	Incorporación de tecnologías al SUS, con consulta pública	CONITEC
Colombia	Plan de beneficios en salud dentro del aseguramiento	IETS
Argentina	Seguridad social y cobertura pública; PMO como referencia	CONETEC (en desarrollo)
México	Esquema público en reconfiguración (IMSS-Bienestar)	Verificar marco vigente

PLANTILLA · PARA TU PAÍS

Completa cuatro casillas y tendrás tu mapa local: **(1)** ¿qué norma define lo cubierto?, **(2)** ¿qué agencia evalúa las tecnologías?, **(3)** ¿existe vía de apelación del asegurado?, **(4)** ¿los criterios de negativa son públicos?

Nota: información de referencia, vigente a la fecha de edición; verifique la normativa actualizada de su país antes de citarla en un dictamen.

ANEXO

El instrumento nacional dice qué se permite; la auditoría de justicia, si además es defendible.

TEMA 6.4

HERRAMIENTA

La ficha RER en blanco, lista para usar

Viene de 6.3: cerramos con la herramienta central del manual, lista para descargar, imprimir o replicar en tu sistema.

INSTRUCTIVO · CÓMO USAR LA FICHA

Ábrela ante cada decisión de exclusión o negativa de cobertura y respóndela de arriba abajo: cada casillero es una **pregunta** que debes poder contestar antes de firmar. Escribe en positivo y con datos; no dejes casillas vacías —una casilla en blanco es una razón que aún no tienes—. Cuando la termines, el veredicto ya no será tuyo a solas: será el rastro auditable de un criterio. Puedes fotocopiarla, imprimirla o transcribirla al sistema de tu institución.

HERRAMIENTA · PARA USAR

RER · 7 PREGUNTAS · UNA DECISIÓN TRAZABLE

1. **¿Cuáles son los hechos?** — qué se decide, comparador, horizonte, evidencia y quién la financió

2. **¿Qué dicen los números sin engaño?** — efecto absoluto y NNT; ICER y umbral con su fuente

3. **¿Qué valores entran en conflicto?** — qué honro y qué sacrificio, incluidos los ausentes

4. **¿Cuál es el criterio de cobertura, priorización o exclusión?** — a qué categoría afecta la decisión y por qué el criterio es pertinente y no discriminatorio

5. **¿Qué lente me respalda y respeta el suelo?** — qué justicia me respalda; ¿protege el suelo de dignidad?

6. **¿Pasa las cinco pruebas?** — () legalidad · () publicidad · () tiempo · () relevancia · () apelación

7. **¿Cuál es el veredicto en voz alta?** — aprobar / condicionar / negar, con fecha de revisión

Autoría: Registro de Exclusión Razonada (RER), instrumento propuesto por Alberto Gonzales Guzmán y Karla Grau Carreño (*Pulso Ético*, Bloque 4). Distribución libre para uso profesional citando la fuente; orienta la decisión pero no tiene, por sí mismo, valor jurídico ni pericial.

ANEXO

Ningún número decide sobre una vida sin dejar rastro de la razón y del criterio del excluido.

Fuentes y bibliografía

EL FONDO · PARA CONSULTAR

Principales fuentes que sustentan los marcos conceptuales, científicos y normativos utilizados en el manual.

ÉTICA Y FILOSOFÍA DE LA JUSTICIA

Cortina A. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. Madrid: Tecnos; 2010.

Rawls J. *Teoría de la justicia*. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.

Sen A. *La idea de la justicia*. Madrid: Taurus; 2010.

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*.

BIOÉTICA Y DELIBERACIÓN

Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. 8a ed. Valdés E, trad. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2024. ISBN 978-84-7399-162-9.

Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela; 2008. ISBN 978-84-95840-34-9.

UNESCO. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: UNESCO; 2005.

Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. *BMJ*. 2008;337:a1850. doi:10.1136/bmj.a1850.

Organización Panamericana de la Salud. *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud*. Washington, DC: OPS; 2015. ISBN 978-92-75-31872-0.

AUDITORÍA, ACTO MÉDICO Y SEGURIDAD

Sandoval Barros RE. Aspectos éticos en la auditoría en salud. *Rev Colomb Nefrol*. 2016;2(2):147-151. doi:10.22265/acnef.2.2.215.

Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev Méd La Paz*. 2013;19(2).

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the IBEAS study. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1043-1051.

World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. Geneva: WHO; 2021. ISBN 978-92-4-003270-5.

World Health Organization. *Global patient safety report 2024*. Geneva: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-009545-8.

ECONOMÍA DE LA SALUD

Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. ISBN 978-0-19-966587-7.

National Institute for Health and Care Excellence. *NICE health technology evaluations: the manual*. London: NICE; updated 2025. PMG36.

Centers for Disease Control and Prevention. *Principles of Epidemiology in Public Health Practice*. 3rd ed. Atlanta: CDC; updated 2012. Lesson 3: Measures of Risk.

NORMATIVA Y REFERENCIAS INSTITUCIONALES · PERÚ

Perú. Ley N.º 26842, Ley General de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 1997.

Perú. Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Lima; 2009.

Perú. Decreto Supremo N.º 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N.º 29414. Lima: Ministerio de Salud; 2015.

Perú. Decreto Legislativo N.º 559, Ley de Trabajo Médico; y Decreto Supremo N.º 024-2001-SA, Reglamento de la Ley de Trabajo Médico.

Perú. Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales; y Decreto Supremo N.º 016-2024-JUS, Reglamento de la Ley N.º 29733.

Perú. Resolución Ministerial N.º 502-2016-MINSA. NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

Perú. Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA. NTS N.º 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, modificada por R.M. N.º 265-2018-MINSA.

Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. 3a ed. Lima: CMP; 2025. Resolución N.º 216-CN-CMP-2023.

Perú. Resolución Ministerial N.º 156-2026-MINSA. Plan Nacional de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente 2026-2030.

Verificación bibliográfica y normativa: 03/09/2026. La vigencia y disponibilidad de normas y recursos digitales puede cambiar; verifique la versión oficial antes de citar o aplicar.

¿QUIÉNES FIRMAN ESTO?

Sobre los autores



Alberto Gonzales Guzmán

Médico cirujano · Médico auditor · Gestor en salud · Salubrista · gonzalesguzman.com

CMP 47280 · RNE 028936 · RNA A11324 · ORCID 0000-0002-4883-1116

Vengo del lado donde las decisiones tienen consecuencias sobre la vida de las personas: desde la cabecera del paciente, el escritorio donde se asignan recursos y presupuestos, hasta la comunidad donde actúan los determinantes de la salud.

Fui director general del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y hoy trabajo en el fortalecimiento de capacidades del personal de la salud desde el Ministerio de Salud. Estudio Filosofía como segunda carrera, porque aprendí que sostener decisiones bajo presión no es solo un problema técnico: es también un problema ético.

FORMACIÓN Y MEMBRESÍAS

Maestro en Salud Pública · Maestro en Economía y Gestión de Riesgos · Doctorando en Desarrollo y Seguridad Estratégica · Black Belt Lean Six Sigma · Miembro de SPEAS, ASOCALP y APHMYPC.



Karla Beatriz Grau Carreño

Médica cirujano · Médica auditor · Gestora en salud

CMP 080204 · RNA A10317 · ORCID 0009-0008-6237-8742

Vengo del lado donde las decisiones se convierten en expediente: convenios, reembolsos, auditoría de prestaciones y gestión de servicios de salud. He sido jefa de convenios en IAFAS, directora médica en el sector privado y médica auditora de facturación y reembolsos.

Dirigí también las oficinas de seguros, prestaciones de servicios de salud y referencias en una Dirección de Redes Integradas de Salud, y fui jefa de establecimiento de salud. Estudio Derecho como segunda carrera, porque aprendí que un criterio ético, para sostenerse en la práctica, necesita también un anclaje normativo.

FORMACIÓN Y MEMBRESÍAS

Maestra en Gestión en Salud · Especialista en Inteligencia Artificial para Negocios · Miembro de ASOCALP.

¿POR QUÉ
ESCRIBIMOS ESTO?

Porque hemos tomado estas decisiones desde los dos lados del expediente —quien gestiona y quien audita— y sabemos lo que pesa una firma cuando detrás hay un rostro.

Pulso Ético · Manual de campo de ética para médicos auditores. Primera edición digital. · **Alcance:** América Latina — núcleo común y notas por país. · **Aviso:** obra de orientación profesional y formativa; no sustituye la evaluación clínica, la asesoría jurídica ni la normativa vigente de cada país. · **Licencia:** distribución con fines formativos, citando la autoría.

CIERRE DEL MANUAL

Cuando aparezca el próximo «gran número», pregunta antes de firmar: ¿a quién deja fuera, y puedo sostenerlo en voz alta?