

Reformando el triángulo de Ross: nuevos retos para la excelencia médica

Heber Garagarza-Mariscal¹, José Dionisio Castillo-Ortiz¹ y César Ramos-Remus^{2*}

¹Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas; ²Coordinador de Investigación Universitaria, Vicerrectoría Académica, Universidad Autónoma de Guadalajara. Guadalajara, Jal., México

Nuestro último estudio tuvimos que declararlo fallido. El objetivo era evaluar el fenómeno de la inercia médica¹ en pacientes con artritis reumatoide (AR) de un Departamento de Reumatología del sector público. El diseño fue transversal, de auditoría de notas médicas. ¿Por qué fue fallido? Porque partimos de una premisa que resultó incorrecta: que las notas médicas serían informativas según los estándares mínimos para evaluar la enfermedad y según las normas vigentes para el expediente médico. Nuestra premisa era plausible cuando planeamos el estudio: notas médicas de una Unidad Médica de Alta Especialidad, que, como tal, tiene la vocación manifiesta de privilegiar la docencia, la investigación y la asistencia de pacientes con enfermedades complejas. Sin embargo, encontramos otra realidad: de las 597 notas médicas revisadas de 199 pacientes con AR, sólo el 3% cumplían con los requerimientos mínimos normativos, según la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012), y solamente el 11% reportaban datos para la evaluación del estado de la enfermedad, según las guías de evaluación de la AR².

No tenemos explicaciones para estas fallas ni podemos generalizarlas a otras consultas de reumatología. Sin embargo, nos gustaría pensar que los pacientes sí recibieron una atención de alta calidad. Entonces,

¿por qué las notas eran tan pobres? Creemos que fue por desaprecio a la normatividad y al registro del proceso de atención médica. Tras varios seminarios y debates, queremos compartir las principales reflexiones propositivas a las que ha llegado nuestro grupo de trabajo.

En 1900, Flexner³ describió lo que un médico debe hacer en la consecución de la excelencia; luego, Ross, entonces decano de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, lo conceptualizó en un «triángulo sinérgico»: la clave del éxito de una institución de salud y de la excelencia en medicina debe ser el balance entre la asistencia (atención médica), la docencia y la investigación⁴. Es sinérgico, porque la investigación no es un fin en sí misma, sino que conduce a una mejora en la atención al paciente y la enseñanza, de ahí la cita «Piensa mucho; publica poco»⁵. El éxito de instituciones como la Johns Hopkins –y estamos seguros que de muchas otras– se debe a la aplicación de este triángulo.

Sin embargo, hoy en día practicar con excelencia la medicina se ha tornado más complejo debido a los nuevos desafíos, como, por ejemplo, el incremento continuo de la información médica que complica mantenerse actualizado; la atención de pacientes más informados con expectativas mayores (reales o no)⁶; la

Correspondencia:

*César Ramos Remus
Investigador Nacional nivel III
Sistema Nacional de Investigadores
Coordinador de Investigación Universitaria
Universidad Autónoma de Guadalajara
Director, Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas
Colomos, 2292
Providencia, C.P. 44620, Guadalajara, Jal., México
E-mail: rramos@cencar.udg.mx

Fecha de recepción: 15-09-2015
Fecha de aceptación: 22-10-2015

remuneración monetaria del médico cada vez menor, tanto por el aumento en la oferta de médicos⁷ como por el incremento en los costos de fármacos, estudios de laboratorio y gabinete, aunque el gasto en salud en México haya crecido sustancialmente⁷; los cambios en los regímenes de jubilación y pensiones, y el mayor riesgo a enfrentar demandas legales (verbigracia, en el año 2014 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED] recibió 17,042 inconformidades sobre el proceso de la atención médica, el 72% en contra del sector público⁸).

Estos nuevos desafíos hacen ya insuficiente que el médico sólo sepa explorar al paciente o solicitar estudios, leer revistas médicas, dar clases o hacer investigación. Entonces parecen ya insuficientes los conceptos de Flexner y Ross para la excelencia médica. Otros, en otros países, ya lo han notado⁹; para México aún son áreas de oportunidad. El médico de hoy –y pensando en su futuro– debe estar dispuesto a expandir sus conocimientos no médicos para enfrentar con éxito estas nuevas dificultades ya cotidianas y llevar con excelencia su práctica profesional. El triángulo sinérgico debe remodelarse a un pentágono sinérgico, agregando las áreas legal-normativa y económico-administrativa.

Para el área legal-normativa, es pertinente iniciar con el axioma *Ignorantia legis neminem excusa* ('La ignorancia no exime del cumplimiento de la ley'). El médico debe conocer las leyes y normas que pueden tener un impacto punitivo o defensivo en su persona o actividad profesional. Por ejemplo, la información del expediente clínico es un registro imprescindible para el desarrollo profesional del médico, que no sólo incluye la parte clínica, sino también la docencia, la investigación, la epidemiología, la mejora continua de calidad, de gestión y administración y médico-legal (NOM-004-SSA3-2012). Es además un instrumento jurídico con carácter de prueba preconcebida, pues es creado antes del juicio con valor probatorio si se presenta la queja¹⁰. La ausencia o parcialidad de los registros puede generar hacia el médico la presunción de no haber otorgado una correcta atención al paciente¹¹. Más aún, los cambios en la legislación mexicana permitirán que los pacientes tengan acceso directo a su expediente, pues la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LF-TAIPG)¹², con mayor nivel jurídico que la Norma Oficial Mexicana, considera que la información del expediente clínico es de tipo personal y reconoce el pleno derecho de acceder a ella, sin justificación alguna, a su titular. Entonces, cuando el paciente tenga en copia su expediente, el uso que le dé podrá ser a favor o en contra del médico.

Existen otras leyes y normas imprescindibles, como, por ejemplo, el artículo 123 Constitucional sobre los Derechos Laborales Básicos, que, junto con el Contrato Colectivo de Trabajo, puede proteger al médico de los excesos en que incurren algunas instituciones de salud; o la Ley de Réplica y Contrarréplica en Materia Laboral¹³, las leyes sobre las Responsabilidades Civil Objetiva, Administrativa, Legal¹⁴ y Patrimonial del Estado¹⁵, la Ley General de Salud (la última reforma se publicó en noviembre de 2015¹⁶), y el Régimen Jurídico del Acto Médico¹⁷, por mencionar sólo algunas. De igual forma, se debe recordar que, antes de firmar un contrato, además de leerlo con cuidado, hay que aprender a negociar su contenido. Tal como dijo Channing en 1823, editor en jefe de lo que hoy es la revista *New England Journal of Medicine*: «Los médicos que no tienen un entendimiento básico de la ley están en franca desventaja al practicar la medicina»¹⁸.

El área económico-administrativa es de igual importancia. La actividad profesional del médico es un negocio que debe producir beneficio, el cual ha de expandirse a todos los protagonistas del constructo «atención médica» (el médico, el paciente y su familia y quien fuere el pagador). La salud financiera del médico está amenazada por los factores externos ya comentados, pero también por factores inherentes al propio médico. La excelencia profesional puede verse desafiada si un médico no gana y/o no gasta bien. Se debe estar familiarizado con algunos conceptos básicos: presupuesto, costos fijos y variables, ahorro (10% de las percepciones mensuales), efecto de la inflación, uso de tarjetas de crédito y el correspondiente costo anual total (CAT) o endeudamiento (no mayor al 40% del ingreso mensual), entre otros. Al menos en nuestro grupo, la mayoría no sabemos gastar; verbigracia, dos miembros de nuestro equipo adeudan a los bancos hasta nueve veces más de lo que compraron a pesar de haber pagado ya tres veces el valor comercial de sus compras, debido al uso inadecuado de sus tarjetas de crédito pagando los «mínimos mensuales» y a ignorar el CAT.

Aunque exista un tercer pagador (por ejemplo, las aseguradoras), la salud financiera del paciente es un tema de relevancia. El médico debe comprender, al menos, los conceptos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, tamaño del efecto, beneficios absoluto y relativo, costo eficiencia, costo efectividad y costo beneficio, y la diferencia entre precio y costo, para los planes diagnósticos y terapéuticos. Debe quedar claro que, sin importar quién pague, el presupuesto de la atención médica no es ilimitado¹⁹⁻²¹. Por ejemplo, una paciente de 30 años

de edad con AR manejada con un anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) y que cuente con un seguro de gastos médicos deberá ser atendida por cuatro décadas. ¿Cuándo se terminará su prima asegurada? Si contratara otra póliza, ésta excluiría la AR por «preexistencia», y entonces ¿cómo pagaría el anti-TNF? Si el médico administra de forma correcta los gastos de atención, tendremos más recursos. Con los recursos necesarios, la consecución de la excelencia en la práctica médica es viable.

El escenario actual para que el médico sea un líder efectivo en la sociedad y en el camino de la excelencia tiene mayor complejidad, lo que exige aprender otros conocimientos y destrezas. El triángulo sinérgico de Ross, otrora útil pero actualmente anacrónico, debe remodelarse en un «pentámero», añadiendo las áreas legal-normativa y económico-administrativa. Creemos que el médico debe salir de la circularidad de su especialidad. Las asociaciones, sociedades y colegios médicos, incluido el Colegio Mexicano de Reumatología, deberían tomar el liderazgo para ser los vectores más viables a fin de que sus agremiados atiendan, entiendan, aprendan y practiquen estos nuevos conocimientos y habilidades en su propio beneficio y, sobre todo, en el de sus pacientes y en el de la sociedad a la que se deben.

Bibliografía

1. Phillips LS, Branch WT Jr., Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135(9):825-34.
2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
3. Cooke M, Irby D, Sullivan W, Ludmerer K. American medical education 100 years after the Flexner Report. *N Engl J Med.* 2006;355(13):1339-44.
4. Ross RS. The synergistic triangle. *JAMA.* 1989;261(21):3163-4.
5. Flexner A. *I remember: the autobiography of Abraham Flexner.* Nueva York: Simon and Schuster; 1940.
6. Cassel CK, Reuben DB. Specialization, subspecialization, and subsubspecialization in internal medicine. *N Engl J Med.* 2011;364(12):1169-73.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). *Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data.* [Internet] Consultado el 19 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>
8. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Informe anual de actividades 2014. [Internet] Consultado el 17 de noviembre de 2015. Disponible en: www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/Informe_Conamed_2014.pdf
9. Khullar D, Chokshi DA, Kocher R, et al. Behavioral economics and physician compensation—promise and challenges. *N Engl J Med.* 2015;372(24):2281-3.
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Legislación sanitaria: el expediente clínico y el consentimiento bajo información. *Revista CONAMED, Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.* 1997;1(3):18-20.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Legislación sanitaria: el expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica. *Revista CONAMED, Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.* 1997;1(2):24-7.
12. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. [Internet] Consultado el 22 de noviembre de 2015. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/244_140714.pdf
13. Tercer Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Cuarto Circuito. La Ley de Réplica y Contrarréplica en Materia Laboral. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo I.* 1995:401. [Internet] Consultado el 22 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://sjf.scjn.gob.mx/SJFSist/Documentos/Tesis/169/169429.pdf>
14. Tribunales Colegiados de Circuito. Responsabilidad civil objetiva y reparación por daño moral, no son acciones contradictorias y pueden coexistir válidamente en el mismo procedimiento. *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo I.* 1995:401. [Internet] Consultado el 25 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://sjf.scjn.gob.mx/SJFSist/Documentos/Tesis/205/205257.pdf>
15. Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado. Publicada el 31 de diciembre de 2004 en el Diario Oficial de la Federación. [Internet] Consultado el 25 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFRPE.pdf>
16. Ley General de Salud. Publicada el 12 de noviembre de 2015 en el Diario Oficial de la Federación. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2015. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_121115.pdf
17. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Régimen Jurídico del Acto Médico. [Internet] Consultado el 20 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/acto_medico.pdf
18. Channing W. A medico-legal treatise on malpractice and medical evidence: a review. *Boston Med Surg J.* 1860;62:233-41, 259-65, 300-7.
19. The American Board of Internal Medicine. An initiative of Costs of care. [Internet] Consultado el 20 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>
20. Rosenbaum L, Lamas D. Cents and sensitivity—teaching physicians to think about costs. *N Engl J Med.* 2012;367(2):99-101.
21. Shah N. Physicians' role in protecting patients' financial well-being. *Virtual Mentor.* 2013;15(2):162-6.