

e d i t o r i a l e s

Error y conflicto en el acto médico

Carlos Tena Tamayo,¹

Norma L. Juárez Díaz González²

¹Médico cardiólogo,
comisionado nacional de Arbitraje Médico, CONAMED

²Médica internista,
Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS,
exdirectora de Enseñanza, CONAMED
jdiaz@servidor.unam.mx

En la actualidad, la buena calidad de la atención médica ha sido puesta en tela de juicio. El aumento en el número de las demandas derivadas de la atención médica, el impacto negativo de los efectos adversos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes a la tecnología moderna y la creciente preocupación de los países en adoptar medidas que garanticen la seguridad de los pacientes, parecen constituir indicadores de esta condición.

En Estados Unidos de Norteamérica, un estudio relacionado con el análisis de daños por atención médica informó efectos letales en 3.7 % de los pacientes hospitalizados y que 1.7 millón de personas sufría alguna discapacidad por los efectos de la atención. Bajo esa perspectiva, se estimó 180 mil muertes anuales como consecuencia de eventos iatropatogénicos, los cuales podían llegar a constituirse en la cuarta causa de muerte en ese país.¹ El reporte del Instituto de Medicina de esa misma nación avaló dichos resultados y propuso una serie de medidas para minimizar los riesgos de la atención médica. Sin embargo, se han emitido críticas a este documento debido a que su estimación no parte de una diferenciación conceptual ni precisa el grado de responsabilidad connatural a los diferentes tipos de error.²

Después de diversas revisiones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ha concluido que existen *errores excusables* e *inexcusables* relacionados con la responsabilidad profesional; y *activos* y *latentes* dependientes del grado de conciencia del profesional que participa en el acto médico.

Son *errores excusables* aquellos derivados de una equivocación en el juicio, es decir, los que se cometen con una lógica de pensamiento correctamente estructurada pero que parten de una interpretación inadecuada de los hechos. Esto suele suceder en eventos mórbidos que comparten síntomas y cuya expresión está incompleta o en fase subclínica. Se considera que dicha equivocación es de juicio, excusable y no conlleva responsabilidad.

Cuando la conducta del profesional es inadecuada, como no considerar los riesgos conocidos a los que se somete a un paciente en condiciones clínicas específicas y en un contexto preciso —por ejemplo, no tomar las medidas necesarias para prevenir el desarrollo de síndrome compartimental secundario a la punción femoral por la realización de una arteriografía coronaria—, *el error no es excusable* pues se asume que el profesional de la salud posee el correcto conocimiento y valoración de las implicaciones al realizar determinado tipo de intervención.

Por otra parte, existen *errores latentes*, no conscientes, que pueden dar como resultado eventos adversos al llevar a cabo algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, y que son imputables a la disposición y buen funcionamiento de instrumentos o a medidas de seguridad de las instalaciones físicas de la unidad hospitalaria. En estas circunstancias, la responsabilidad recae en la institución.

Los reclamos o demandas por insatisfacción de la atención recibida no siempre están relacionados con mala práctica de la medicina. Se reconoce que existen situaciones en las cuales si bien se aplica adecuadamente el conocimiento, puede haber insatisfacción del paciente o sus familiares. Hay otras condiciones en las que no se expresa insatisfacción a pesar de no haberse aplicado adecuadamente el conocimiento. A este fenómeno se le conoce como *efecto iceberg*: en algunas ocasiones las consecuencias son atribuidas más a la evolución propia de la enfermedad origen de la atención, que a un efecto adverso de la intervención médica; otras veces, aunque la atención técnica haya sido óptima, la comunicación es inadecuada y surgen conflictos.³

En medicina, *mala práctica* se refiere a los errores injustificados (inexcusables) de la atención médica que pudieron ser prevenidos o evitados, imputables a desviaciones de la conducta de los profesionales de la salud. Por lo general, son consecuencia de descuido o falta de pericia en la consecución de acciones para resolver un problema.

Las causas más frecuentes de insatisfacción, reclamo o demanda y mala práctica tienen que ver con errores de prescripción terapéutica, en particular con la prescripción de medicamentos. De los casos analizados durante el año 2002 por

CONAMED, 29 % correspondió a asuntos derivados del tratamiento. En Nueva Inglaterra se concluyó que en 6.3 % de los casos relacionados con reacciones adversas a medicamentos, 73 % era prevenible. Aun así, existen dudas acerca de si la prevención de los efectos adversos de los medicamentos resulta *costo-efectiva* en la atención.⁴ En Utah y Colorado, en los casos de mala práctica asociados con los efectos adversos de medicamentos se encontró que 32.6 % se debió a conducta negligente del profesional; de esta proporción, 6.6 % tuvo efectos letales.

Por otra parte, una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México sitúa al maltrato como una de las causas de mala calidad en la atención médica (19 %).

En otro estudio, la identificación de las posibles causas de mala calidad en la atención médica perfiló que los médicos con pobre desempeño comparten características de aislamiento, poca introspección y tendencia a la racionalización acerca de que lo que hacen está bien hecho, aun cuando sigan efectuando lo que recuerdan de lo aprendido en la escuela varios años atrás.⁵

Al relacionar lo anterior con los datos obtenidos en el análisis de las quejas atendidas en la etapa conciliatoria, 27 % se resolvió mediante una nueva explicación. Ello permite deducir que gran parte de los problemas se debe a inadecuada comunicación entre el médico y el paciente o sus familiares. Algunos estudios internacionales apoyan esta explicación. Sin embargo, no existen investigaciones formales que indiquen en cuántos de estos casos se produjeron daños severos o pérdidas en la integridad o la vida de los pacientes, atribuibles a práctica inadecuada.

De cualquier forma, si se analizan detenidamente los factores subyacentes en la inconformidad o los litigios por mala atención o mala práctica, sería necesario aceptar que muchos de los problemas están más asociados con la actitud y los valores en el desempeño del profesional que con la competencia técnico-científica.

A partir de un examen realizado por la CONAMED acerca de los factores y condiciones que originaron conflictos entre médicos y pacientes o sus familiares, se encontró que destacan los relacionados con la actitud del médico ante los cambios experimentados en la profesión; es decir, una inadecuada adaptación a las

necesidades de los pacientes y a la aplicación de la tecnología. Por ejemplo, privilegiar el paternalismo sobre la autonomía, el enfoque fraccionario y predominantemente biológico en la atención, el predominio del empleo de los recursos tecnológicos sobre los propedéuticos, centrar el trato en el *cliente* en lugar de hacerlo en el paciente, y centrar la atención en el bienestar de sí mismo y menos en el paciente.

La explicación a lo anterior se ha enfocado desde una perspectiva de cambio social más que desde la necesidad de cambio en la educación.⁶ Aunque ya existen propuestas en el mundo que hacen mención a desarrollar un nuevo profesionalismo y habilidades comunicativas entre los profesionales de la salud, no se ha encontrado una propuesta dirigida a desarrollar capacidades y habilidades orientadas a la formación de actitud crítica, autocrítica y reflexiva de:

- Sí mismo y del desempeño individual respecto al contexto profesional.
- Las implicaciones y la vinculación ético-normativa de las decisiones clínicas.
- La comunicación humana empática, en sus dimensiones verbal (oral o escrita) y, sobre todo, no verbal.
- La necesidad de actualización permanente.

Al analizar los currículos académicos de diversas escuelas y facultades de medicina de México —disponibles en internet o a los que se tuvo acceso por correo postal—, una proporción menor a 20 % de las instituciones académicas incluía contenidos explícitos sobre ética médica desvinculada de los contenidos de normatividad; generalmente estaban relacionados con medicina forense. Sólo en una escuela se impartía una asignatura denominada *comunicación*.

De la identificación de necesidades realizada por CONAMED para el año 2001 en 117 instituciones académicas, unidades de atención médica, consejos de especialidad y asociaciones gremiales, se encontró que 86.1 % de las instituciones de educación superior, 95.4 % de las asociaciones gremiales y 73.4 % de los consejos de especialidad estuvieron de acuerdo en que dentro de los planes y programas de estudio, actividades de educación continua e instrumen-

tos de certificación y recertificación, respectivamente, se incluyeran contenidos temáticos acerca de ética médica, normatividad, vinculación ético-jurídica de las decisiones clínicas y sus implicaciones, comunicación humana, génesis del conflicto derivado del acto médico, y métodos alternativos de resolución de controversias. Además, externaron la necesidad de marcos de referencia elaborados por CONAMED que apoyasen las intervenciones educativas y la asesoría para desarrollar los propios, así como la participación de la CONAMED en sus intervenciones educativas.

La experiencia educativa con nueve instituciones de salud del tercer nivel de atención en la que se hizo énfasis en la investigación, con la técnica de análisis de casos de la Universidad de Harvard adecuada a los contenidos temáticos expresados con antelación, dejó como resultado un nivel de aceptación satisfactorio por parte de los participantes.

Es de nuestra opinión la imperiosa necesidad de que los contenidos temáticos sugeridos en este escrito sean incorporados de modo sistematizado y armonizado al análisis de casos, con la finalidad de dar elementos preventivos a los conflictos derivados de la actuación médica y elevar la calidad de los servicios, para que a su vez se abra la puerta a investigaciones formales relacionadas con el tema.

Referencias

1. Bates DW, Gawande A. Error in Medicine: What have we learned? *Ann Intern Med* 2000;132:763-767.
2. Brenner S. The Institute of Medicine Report on Medical Errors. Could it do harm? *N Engl J Med* 2002;342(15):1123-1125.
3. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients; their incidence and their clinical significance. *Qualm Saf Health Care* 2002;11:340-344.
4. Orentlicher DM. Medical malpractice: treating the causes instead of the symptoms. *Medical Care* 2000; 38:247-249.
5. Hays RB, Jolly BC, Caldom LJ, Crorie P. Is insight important? Measuring capacity to change performance. *Medical Education* 2002;36:965-971.
6. Rivero SO. El ejercicio actual de la medicina. México: Siglo XXI Editores; 2000. **fm**