

artículo de opinión

La responsabilidad de los actos médicos

M. Seguí Díaz

Médico de Familia. UBS Es Castell.
Menorca –Baleares. España.

El resultado judicial contra el doctor Quadrado ha producido una gran sorpresa en la población de Menorca. Una desgradable sorpresa pues nadie comprende que el resultado desfavorable de una denuncia sea el premio a un prestigio profesional esforzadamente alcanzado después de años de dedicación a los pacientes. Y es que este hecho provoca gran disonancia al ciudadano y nos hace pensar a algunos lo mucho que ha cambiado la sociedad y la profesión médica.

Dejando al margen el resultado de dicha sentencia, no compartida por muchos de los que creemos conocer algunos de los entresijos del caso, nos debe quedar al menos una duda razonable sobre el contenido de la misma al haber existido resoluciones distintas: la que absuelve, la que tras recurso interpuesto condena, y existir, según se ha publicado, un nuevo recurso en marcha de consecuencia incierta, y toda una vida dedicada a la más difícil y abnegada profesión que existe, que es la de ser médico, y en una época de carencias sanitarias^{1,2}.

Haciendo memoria es el tercer médico que conozco que pocos años antes de la jubilación o en la misma jubilación ha tenido que hacer frente a una situación semejante. Sé que todos ellos se sintieron frustrados, decepcionados, incomprendidos, muchas veces solos, y alguno de ellos llegó a la depresión y a perder parte de su fortuna personal defendiéndose para llegar a demostrar su inocencia.

Este acontecimiento desagradable me ha movido a meditar y redactar algunas ideas sobre los llamados “errores médicos” sin que ello signifique que este hecho tenga que interpretarse como tal, ni que haya existido un nexo causal, habida cuenta que el “error” es un concepto que no es equivalente al de las posibles consecuencias de una determinada actuación médica.

Los resultados de un acto médico están relacionados con multitud de factores que van desde el mismo acto médico: el diagnóstico, el tratamiento certero, el nivel de comunicación médico/paciente, la patocrónia del proceso, hasta la misma susceptibilidad del enfermo, (reacciones

adversas fruto de la idiosincrasia del organismo, alergias etc.), la coomorbilidad (ansiedad, depresión etc.), la personalidad (confianza, hacer caso de los consejos recibidos, etc.), el nivel socioeconómico, cultural, el entorno familiar... hasta las posibles consecuencias debidas a la organización de la institución en la que se trabaja (estrés, participación de otros profesionales: enfermería, etc.³).

Y las demandas muchas veces no son más que la expresión de la frustración del enfermo por el resultado de una actuación médica en la que se tenían puestas excesivas expectativas. La consecuencia en el paciente muchas veces es la misma, haga lo que haga el médico, la diferencia legal se encuentra en el hecho de demostrar que el médico advirtió al paciente de la posibilidad de un resultado negativo. Advertencia que se expresa en el cada vez más utilizado “consentimiento informado”, documento que firma el paciente y que debe eximir al médico de una posible responsabilidad si el resultado es adverso. Este documento ya nos demuestra que algo ha cambiado en la relación médico/paciente: la confianza de la relación se ha trasmutado en un documento^{3,5}.

Hace algún tiempo leí que los errores en la actuación de los médicos y de los jueces son los que mayor impacto tienen en la sociedad. Con la diferencia de que al médico no se le tolera mientras que al juez se le comprende.

La tolerancia a los errores médicos ha ido disminuyendo a medida que la sociedad se ha vuelto más hedonista, ha estado más preocupada por su salud y que las expectativas en la resolutividad del sistema sanitario han ido aumentando.

Sin embargo, los errores existen y el contacto con el sistema sanitario es fuente de patología. A cualquier profesión se le tolera un margen de error que no se le permite al médico. Y es lógico, el galeno trata personas, utiliza toda su ciencia y arte para restablecer la salud de las personas. Aun siendo su labor muy importante existe la equivocación. Y errar es humano, si no seríamos dioses.

Ningún médico puede negar que se haya equivocado alguna vez y de que de este error se hayan derivado consecuencias en el paciente. Un médico de Atención Primaria atiende alrededor de 5.000-6.000 consultas en un año, quien escribe estas líneas duplicó esta cantidad en ciertas épocas pretéritas, y el médico de hospital tal vez algo me-

Correspondencia:
M. Seguí Díaz
C/ Noria den Riera, 3.
07720 Es Castell (Menorca).

nos. Si le admitimos al médico un error cada 6.000 consultas, que es poquísimo si comparamos con otras profesiones, habrá producido un perjuicio a un paciente por año, y si este deriva en una denuncia, cada año visitará el juzgado.

Un reciente artículo⁶ nos señalaba que los errores en la prescripción de medicamentos en un servicio de urgencias pediátrico del Canadá rondaba el 10,1%, o sea que uno de cada diez niños recibe dosis equivocadas de fármacos o que la medicación prescrita fue incorrecta. Esto va en la línea del 13% de errores en la medicación de los hospitales españoles según un estudio de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) de septiembre del año pasado, pero que es menos alarmante, tal vez por la disponibilidad de datos de aquel país, a los 100.000 muertos anuales por errores médicos en EE.UU., que comunicó la responsable de la Sanidad Estadounidense Donna Shalala el año 2000 a la LIII Asamblea Mundial de la Salud. Tal vez sea por esto que se aliente desde alguna sociedad científica a declarar voluntariamente los errores, evitando la culpabilización del médico, para llegar a aprender de ellos y a evitarlos en el futuro. La revista *Annals of Internal Medicine* desde junio de este año dedica una sección a analizar casos clínicos con error para desgranar las circunstancias de los mismos⁶⁻¹⁰.

Pues, tal vez, a pesar de la ciencia y la técnica aún se pueda aplicar el comentario que nos relata Gabriel García Márquez cuando al referirse al médico de su infancia escribe, “Médico soy, y aquí me tiene usted, sin saber cuántos de mis enfermos se han muerto por la voluntad de Dios y cuántos por mis medicinas” (*Vivir para contarla*. Barcelona: Ed Mondadori, 2002; p. 41).

Y es que la Medicina no es una ciencia exacta y en las enfermedades se imbrican cantidad de factores que ayudan o dificultan el diagnóstico o el tratamiento. No en vano se considera como un axioma entre la profesión médica que no “existen enfermedades sino enfermos”.

Una de las características de la atención impartida por el médico de cabecera es que los procesos no son claros, son vagos, muchas veces ambiguos y es justamente el conocimiento personal que tiene el médico del paciente (personalidad, familia, trabajo etc.), del entorno (salubridad del medio, epidemias etc.) y su propia experiencia la que es capaz de separar el proceso orgánico y/o psíquico de todos los condicionantes externos que lo confunden. Es decir, el médico en general, y sobre todo el del primer nivel, trabaja con una gran incertidumbre. Hacemos muchos diagnósticos de presunción pero muy pocos o ninguno de certeza absoluta.

Tratamos procesos con un porcentaje alto de probabilidad de que se trate de determinada enfermedad pero nunca disponemos del 100% de seguridad de que lo diagnosticado sea exactamente lo que pensamos. Si alguna vez sucede que se presenta el hecho infrecuente, la reacción no prevista, nos equivocamos y el paciente sufre un daño, ¿somos responsables de ello?

Saber manejar la incertidumbre es una cualidad que no todos los médicos tienen. Requiere paciencia, temple,

buenas relaciones con el paciente, tener una visión global de problema, tener capacidad de asumir riesgos, y saber detectar los pequeños síntomas de alarma con tiempo suficiente para ponernos sobre aviso de que algo grave ocurre, y a partir de aquí poder realizar las pruebas diagnósticas necesarias, intervenir, o derivarla a otro profesional más especializado.

Sin embargo, la sociedad no tolera la incertidumbre, quiere saber lo que tiene cuanto antes mejor. Ahora, mejor que mañana, y acuden repetidamente a urgencias solicitando que les realicen todo tipo de pruebas o que sean vistos por tal o cual especialista. Y los jueces, por su parte, como reflejo de ésta, no admiten que no se hayan agotado todas las pruebas diagnósticas para diagnosticar tal o cual enfermedad. De no haberlo hecho y existir un perjuicio en el enfermo, se le puede tachar al médico de imprudente, ¿imprudente, cuando muchas veces ha sido excesivamente prudente?¹¹.

Y es que las decisiones judiciales modifican el comportamiento del médico que cambia su actitud de empatía y comprensión hacia el paciente por una actitud defensiva. Es decir, en vez de proteger al paciente cada vez se protege más a sí mismo.

Pero, ¿quién sabe como evolucionará un resfriado?, ¿quién puede diagnosticar una fiebre sin focalidad las primeras 24 horas?, ¿quién sabe si producirá daño un fármaco?, ¿si la anestesia producirá algún efecto no deseable?, ¿quién sabe como finalizará un parto?, ¿si el niño nacerá sano?, ¿quién puede saber si un dolor en el pecho en este momento será de aquí a 3 horas un infarto?, ¿o una embolia pulmonar?, etc. Significa que a todo el mundo le hemos de aplicar todas las pruebas para saber el diagnóstico exacto de las enfermedades. Pues no, porque hay una gran variabilidad en la expresión de los procesos patológicos, lo que no existe ahora no quiere decir que no se encuentre de aquí a pocas horas o días, y porque la misma búsqueda produce mayor enfermedad: imágenes si expresión clínica, cascada de prueba diagnósticas, sobreintervenciones, temor, ansiedad, depresión, etc. Una prueba negativa conduce a otra para diagnosticar o descartar el diagnóstico negativo, y una positiva para confirmar la misma. Y de ir tanto el cántaro a la fuente, al final se rompe: la consecuencia adversa¹².

¿Cuál es la consecuencia de todo ello? que quien vela por el restablecimiento del enfermo utilizando concientudamente y con criterio las pruebas diagnósticas intentando protegerlo del sistema sanitario asume un riesgo personal delante de la sociedad que se tipifica como un error por omisión; y quien trata al enfermo como un futuro litigante entra dentro de la medicina defensiva, llegando al encarnizamiento terapéutico, que lleva a la sobreintervención sanitaria (exceso de pruebas, intervención quirúrgica innecesaria, hospitalización innecesaria, sobretratamiento farmacológico, etc.) y al error por comisión (consecuencias de reacciones de fármacos, operaciones quirúrgicas, técnicas de enfermería, etc.)¹².

Unos pueden equivocarse por defecto y otros por exceso. ¿Dónde se encuentra el término medio que no per-

judique al enfermo? No existe. Mi opinión personal: utilizar el sistema sanitario prudentemente y con medida y sobre todo disponer de un buen médico de cabecera que le aconseje.

A pesar del incremento de las reclamaciones por supuestos errores médicos en los últimos años, según datos del XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, de las 50.000 reclamaciones judiciales presentadas el año pasado en nuestro país por asuntos médicos, sólo prosperaron el 18%. Aun así, me atrevo a señalar que bajo mi profana opinión en materia legal, algo falla en el sistema cuando se establece negligencia donde, desde nuestro punto de vista, sólo existen consecuencias no esperables del acto médico debidas a los múltiples condicionamientos del mismo, cuando pesan más los resultados adversos en el paciente que el proceso asistencial en sí, cuando de las mismas se fomenta el intervencionismo en las actuaciones médicas con ánimo preventivo, y cuando se considera al médico que se equivoca como un delincuente (pena de prisión, inhabilitación) al tener que recurrir el paciente a la vía penal para recibir una compensación. Todo ello infunde miedo e inseguridad a la relación médico/paciente. Y el miedo bloquea, no permite pensar correctamente e impide manejar la incertidumbre^{2,13,14}.

Al final todos lo pagamos: los médicos practican medicina defensiva, los pacientes se quedan solos a merced del sistema sanitario, aumentan los errores por acción, el sistema sanitario se encarece (aumento de intervenciones, indemnizaciones por reclamaciones, etc.), disminuye la equidad en la atención, etc.

No cabe duda de que de situaciones como las que está viviendo el doctor Quadrado hemos de aprender la lección de que se deben crear vías alternativas a la judicial en las que dirimir los conflictos surgidos en la relación médico/paciente. Alternativas como la experiencia francesa de la creación de Comisiones Conciliatorias, que sirvan para dar cauce a las reclamaciones por accidentes médicos, que hagan un peritaje objetivo y los trámites necesarios para su indemnización, si procede. La vía judicial es mala para todos¹⁵.

La sociedad cambia y los jueces y los médicos se van amoldando a estos cambios. El doctor Quadrado ha sufrido en sí mismo algo infrecuente hace 20 años pero que cada vez es más corriente. En cualquier caso, le queda la satisfacción de que sus compañeros y sus enfermos, por las manifestaciones de solidaridad publicadas en el diario

MENORCA, le han sabido valorar su buen hacer como médico y comprenden las consecuencias de este desgraciado caso. Posiblemente sea más de lo que tengamos muchos cuando nos encontremos en parecidas circunstancias^{16,17}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seguí Díaz M. Las consecuencias de los actos médicos (1) (2). Diario Insular MENORCA 2002; 18.973 y 18.974:7, 7.
2. Anónimo. Fallo de la Audiencia Provincial de Palma/ una resolución sin precedentes en Menorca. La sentencia de la controversia. Ultima Hora Menorca 2002; 2 de Octubre:12-3.
3. Gascon P. Sobre errores médicos. JANO 2000;58 (1331):9.
4. Simón Lorda P, Judez Gutiérrez J. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Consentimiento informado. Med Clinica 2001;117(3): 99-103.
5. Jausas H. Deber de información y pruebas peligrosas. JANO 1999;56 (1294):1387.
6. Kozer F, Scolnik D, Macpherson A, Keays T, Shi K, Luk T, et al. Variables Associated With Medication Errors in Pediatric Emergency Medicine. Pediatrics 2002;110 (4):737-42.
7. Anónimo. El índice de errores de medicación en los hospitales españoles es del 13%. JANO On-line 2001. URL: Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=16156>
8. Anónimo. La responsable sanitaria de Estados Unidos subraya la elevada mortalidad provocada por errores médicos en su país. %. JANO On-line 2000. URL: Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=11209>
9. Watcher RM, Shojania KG, Saint S, Markowitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality grounds rounds; a new case-base series on medical errors and patient safety. Ann Intern Med 2002;136:850-2.
10. Chassin M, Becker EC. The wrong patient. Ann Intern Med 2002;136:826-33.
11. Jausas H. La no realización de las pruebas en tiempo oportuno. JANO 1996;60 (1182):965.
12. Pérez-Fernández M, Gervás J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clinica 2002;118 (2):65-7.
13. Jausas H. La prueba de culpa. JANO 1997; 53 (1232): 1727.
14. Jausas H. Las reclamaciones contra el INSALUD a partir de la ley 30/1992. JANO 1998;54 (1264):438.
15. Ferrer E. Accidentes médicos: propuesta de creación de un fondo de indemnización. JANO 2000;58 (1346): 91.
16. Jovell AJ. El Futuro de la Profesión Médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Biblioteca Josep Laporte. 2001. URL: Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/>
17. Miembros del Proyecto sobre profesión médica –Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM, y la Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. Med Clinica 2002;118 (18):704-6.