



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



EDITORIAL

Editorial



Gabriel Ricardo Manuell Lee

Comité Directivo, Academia Mexicana de Cirugía. Instituto Mexicano para la Integridad Social AC, Ciudad de México, México

La profesión médica es una de las actividades profesionales más normadas y jurídicamente reglamentadas. Existe, de esta manera, una gran presión para dar debido cumplimiento a todos y cada uno de los ordenamientos legales «so pena» de ser sancionado o señalado, ejercicio normativo que debe ser efectivo tanto en el nivel profesional como en el institucional y tanto desde un consultorio como desde una unidad hospitalaria simple o compleja de alta especialidad.

En México la normativa es bastante extensa y está explícitamente descrita en el reglamento de la ley general de salud en materia de atención médica y en lo relativo a los establecimientos de atención a la salud. Es un marco relevante que indica que la atención médica es una de las materias de salubridad general de observancia obligatoria en el ámbito público, privado y social. En este marco, la práctica médica y la relación médico paciente es una relación contractual. Por ello, resulta fundamental reconocer para ambas partes, médicos y pacientes, la existencia de derechos y obligaciones.

Los sistemas de salud y los profesionales de la medicina están sometidos a una gran presión social para dar resultados favorables en salud. Se trata de lograr una curación o el control de alguna enfermedad o problema de salud, con independencia del estado previo, de las circunstancias o del tiempo de la evolución de la enfermedad en que se presentan los pacientes.

Dado el entorno y las circunstancias antes descritas, sobre todo la presión social, se han observado a nivel global cambios en la actitud y el comportamiento de los profesionales hacia la medicina defensiva. Este fenómeno, creciente y presente cada vez más en la práctica médica cotidiana, aleja a los profesionales de una buena práctica médica toda

vez que rompe la relación médico paciente y conduce a gastos innecesarios y a la realización en exceso de pruebas de laboratorio, gabinete o pruebas especiales, para con ello justificar una reducción del margen de error en la atención de cada caso médico. Esta situación conduce a un cumplimiento en exceso de la ciencia médica o a un sobrediagnóstico para asegurar o dar certidumbre al diagnóstico presuncional y, con ello, demostrar o justificar los procedimientos o tratamientos utilizados en el manejo integral del paciente. Este fenómeno no es ni ético ni debido en un marco profesional que se apega a los principios y valores de la práctica médica.

Ante el incremento de posibles quejas, ante la exigencia de resultados positivos o favorables y ante la realidad de que no en todos los casos se logran y que no siempre se pueden evitar los efectos indeseables inherentes a la propia práctica médica, se ha llegado al extremo de tratar de responsabilizar al paciente o a sus tutores o responsables de las decisiones que se requieren durante el acto médico. Esto se ha dado a través de documentos informativos denominados consentimientos informados, que son elaborados para la firma del paciente. Es importante señalar que la firma de este documento no libera de responsabilidad alguna a los médicos y personal involucrado, ni menos al establecimiento.

La adaptación a esta realidad por parte de los pacientes ha sido gradual y complicada, pero hace cada vez más exigente la obtención de resultados y, en caso contrario, aumenta la presentación habitual de demandas y quejas en diversos niveles, ya sea frente al médico, frente a la institución de salud o ante instancias especializadas (CONAMED) o instancias jurisdiccionales tanto civiles como penales.

La actuación de los profesionales de la medicina y su apego a la *lex artis* médica y a la normativa aplicable solo pueden ser evaluadas a través de pares, es decir, a través de otros profesionales de la medicina, que consideren en

Correo electrónico: gmanuelllee@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2017.04.001>

0009-7411/© 2017 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

cada caso, el modo, el tiempo y el lugar. Es decir, interpretando el acto médico en las mismas circunstancias en las que se realizaron el procedimiento o las acciones médicas. La aplicación de la *lex artis* médica, por tanto, varía según la especialidad y los recursos de los que se dispuso en el establecimiento de salud.

En la práctica médica se ha reconocido la posibilidad de que se presenten errores en la apreciación diagnóstica o en la ejecución de los procedimientos, los cuales se vinculan más a las habilidades y destrezas en el uso de los recursos instrumentales o terapéuticos que al nivel de conocimientos médicos, lo que hace que, ante nuevos e innovadores procedimientos, se requiera, además del saber y conocer, el contar con la pericia debida.

Uno de los avances relevantes del reporte publicado en 1999 «Errar es humano» ha sido enfocar la atención en la práctica profesional de la salud como una preocupación central, sin embargo, se han descuidado aspectos más amplios del sistema sanitario: lo social, burocrático, económico y político. Solo en las últimas 3 décadas el tema ha ganado impulso político en el ámbito internacional y esto ha impulsado una mayor investigación y la práctica en este campo.

Ante estas circunstancias, los resultados no esperados o las complicaciones y efectos secundarios de la práctica médica, por lo regular, se conocen a través de las quejas médicas que los pacientes presentan a través de los medios legales a su alcance, ya sea por la vía civil para exigir daños y perjuicios o por la vía penal, presuponiendo la intención de dañar o el dolo oculto en el procedimiento, lo que supone la comisión de un delito.

Desafortunadamente los sistemas de salud o los propios profesionales no reportan los errores médicos o los efectos indeseables de manera rutinaria. No existen registros formales. Algunas instituciones han realizado esfuerzos, los cuales no han generado registros sino casos aislados.

Las compañías de seguros en los Estados Unidos han trabajado desde hace muchos años a través de los seguros de responsabilidad profesional. Este tipo de aseguramiento persigue reducir el riesgo económico ante la elevada probabilidad de tener un evento indeseable o una falla en el resultado exigible por los pacientes: las compañías asumen ese riesgo y pagan ante la presencia de estas situaciones. El costo es elevado y, obviamente, repercuten el alto costo de la atención médica. Los médicos pueden asegurarse contra los pagos de indemnización a través de un seguro de mala praxis, pero no pueden asegurarse contra los costos indirectos de los litigios, tales como tiempo, estrés, trabajo adicional y daño a la reputación.

En suma y al final de los casos, muchas veces obtiene el supuesto triunfo el que utiliza los procesos legales más estructurados y elaborados conforme a las leyes, pero muchas veces no se logra aflorar la verdad objetiva, científica y adecuada del acto médico analizado. Muchos casos son resueltos de manera injusta contra el médico o contra el paciente.

En México se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que ha permitido dirimir conflictos por la vía extrajudicial a través de la aplicación del arbitraje médico, resolviendo de fondo y permitiendo la evaluación del acto médico con la participación activa de profesionales de la medicina, es decir, de pares. Este proceso se asegura el respeto de los derechos tanto del paciente como del médico y,

sobre todo, la observancia de las obligaciones de ambos. En algunos reportes se ha determinado la existencia de mala práctica hasta en un 20% de los casos de queja.

En esta instancia se elaboran estudios respecto de cada uno los casos por periodos y por cada especialidad, lo que ha permitido conocer los casos en los que existió mala práctica, tanto en los casos de arbitraje como en los casos de dictaminación pericial. Dado que los órganos de impartición de justicia solicitan esta opinión experta a la institución y el resultado del análisis, se ha llegado a documentar mala práctica hasta en un 30% de los casos.

Sin embargo, debemos reconocer la existencia de la mala práctica médica como un problema global, aun en los mejores centros hospitalarios y sistemas de salud. La perfección en la medicina es ideal, pero no siempre es factible. Hace más de un siglo Osler definió a la práctica médica como ciencia y arte. Como ciencia de lo incierto y como arte de lo probable. En 1908, Coadman investigó sobre las causas de muerte no esperada en cirugía y las clasificó. Desde ese entonces, se ha reconocido la presencia del error médico en cirugía.

El error médico ha sido definido como un resultado no intencionado causado por un defecto en el cuidado de la salud de un paciente, es un acto de omisión o comisión en la planeación o en la ejecución. Por un evento adverso o incidente durante la práctica médica se entiende el daño o lesión causados que pueden ser prevenibles.

La mala práctica se define como la falla o acción imprudente durante el ejercicio de la profesión, que afecta de manera directa o indirecta la vida o la salud del paciente. La mala práctica puede dividirse en negligencia, impericia o dolo.

En cada una de ellas, la intención de hacer daño marca la diferencia. La negligencia o falta de deber de cuidado puede interpretarse como *sabía cómo hacerlo pero hubo un descuido imprudencial y lo hizo mal*. En el caso de la impericia, es la falta de habilidad, conocimiento o experiencia en la aplicación del arte médico. Es decir, *a pesar de estar capacitado, emplea deficientemente los conocimientos científicos o técnicos requeridos, causando lesión o la muerte*. En estas 2 situaciones de negligencia o de impericia no existe la intención de dañar ni lesionar y el análisis necesariamente implica un criterio jurídico de tipo civil de daños no intencionales o imprudenciales.

En cuanto al dolo, este se puede definir con base en la intención o presencia de engaño. Y aun cuando el profesional *sabía que no tenía los conocimientos o las habilidades requeridas llevó a cabo la atención o el procedimiento, con las consecuentes lesiones o muerte*. Esta última situación necesariamente debe aplicar un criterio jurídico del orden penal.

El problema del error médico consiste en su elevada frecuencia y en su escaso reporte.

En una publicación reciente del 2016 del British Medical Journal, los errores médicos y la mala práctica se ubican numéricamente como la tercera causa de muerte en los Estados Unidos. Este estudio fue elaborado por profesionales de la Universidad de John Hopkins y modifica de fondo la percepción del problema.

Los investigadores examinaron estudios de mortalidad de 2000 a 2008. Luego, al utilizar las tasas de admisión hospitalaria a partir de 2013, las extrapolaron sobre la base de

35,416,020 de hospitalizaciones y de ellas encontraron que 251,454 muertes están relacionadas con un error médico. Ese número de muertes representa relación causal en el 9.5% de todas las muertes cada año en los Estados Unidos y pone el error médico por arriba de la tercera causa, es decir, antes que las enfermedades respiratorias. Según el CDC para 2013, 611.105 personas murieron de enfermedad cardíaca, 584,881 murieron de cáncer y 149,205 murieron de enfermedad respiratoria crónica.

Por ello, el estudio de los errores médicos debe ser una prioridad para la investigación y por ello resulta importante el contar con los recursos financieros necesarios. Además, es una realidad que la información sobre los errores no se registra en los certificados de defunción, ya que son los documentos que el CDC utiliza para clasificar las causas de muerte y establecer las prioridades nacionales de salud.

Los certificados de defunción utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades para determinar la causa de la muerte, por lo que las causas relacionadas con errores humanos o del sistema de salud no se registran en ellos. Esta condición no es exclusiva de los Estados Unidos. Conforme a la Organización Mundial de la Salud, ocurre igual en 117 países que codifican sus estadísticas de mortalidad utilizando el sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades. En dichos certificados no se señalan factores agregados como pudieran ser los errores médicos.

El error humano es inevitable, lo reconocen los autores, pero *debemos medir mejor el problema para diseñar sistemas más seguros que mitiguen su frecuencia, visibilidad y consecuencias*. Añaden que la mayoría de los errores no son causados por malos médicos, sino por fallas del propio sistema de salud.

Las especialidades de mayor riesgo han adoptado medidas preventivas y por ello han surgido múltiples iniciativas para mejorar la seguridad del paciente: la aplicación de esquema de cédulas con listas de cotejo previo a los actos quirúrgicos, iniciativas globales y locales enfocadas a la seguridad del paciente, reglamentación dirigida a la reducción de riesgos, que al final conducen a reducir los posibles márgenes de error.

Los médicos de emergencia practican la medicina en un entorno pobre en información, de alto riesgo y rico en tecnología, un entorno que puede prestarse a la práctica defensiva y a aumentar los costos. Por ejemplo, la decisión de que un médico de emergencia admita a un paciente en el hospital provoca costos hospitalarios que pueden ser 10 veces más altos que el costo asociado con la propia visita al departamento de emergencias.

Cuanto más compleja es una actividad, mayor es la probabilidad de que se presenten errores médicos.

El acto quirúrgico es un buen ejemplo, sobre todo en aquellas especialidades con procedimientos de alta complejidad y duración del tiempo quirúrgico. El ejemplo claro también es la alta especialidad, en la que se utilizan procedimientos diagnósticos complejos, invasivos, una tecnología operatoria complicada, con un uso de medicamentos igual

de complejos y con efectos secundarios posibles y, sobre todo, con presión asociada.

Diversos estudios y metaanálisis han sido publicados en la búsqueda de la mejor opción para contener el fenómeno, documentar los posibles errores médicos, diseñar estrategias de prevención de efectos indeseables, incluso emitir recomendaciones enfocadas a los especialistas con mayor riesgo o mayor número de demandas.

Los métodos científicos sólidos, comenzando con la valoración del problema, son fundamentales para aproximarse a cualquier riesgo sanitario en los pacientes. El problema del error médico no debería estar exento del método científico.

De esta manera, estoy seguro de que los sistemas de salud y los profesionales no deben soslayar esta realidad y de que, unidos, deberán impulsar estrategias para reconocer el error médico como una oportunidad de mejora. Los sistemas de salud deberían promover el registro ordenado y abierto de los errores, establecer estudios de investigación en los casos que así lo ameriten y determinar las acciones que conduzcan a una menor frecuencia. Para ello se requiere la participación activa de todos los equipos médicos involucrados en los niveles hospitalarios y la participación de terceros calificados, para así poder determinar de manera imparcial, objetiva y documentada la frecuencia del problema e incidir en ello, sobre todo, porque muchos estudios han demostrado que más de la mitad de ellos son prevenibles.

Bibliografía recomendada

1. Annas G. Doctors, patients, and lawyers — Two centuries of health law. *N Engl J Med.* 2012;367:5.
2. Aguirre HG, Zavala JA, Hernández F, Fajardo G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cir Cir.* 2010;78:456–62.
3. Amores AT, Marrero JA. Mala praxis médica en el quirófano. *Rev Cub Cir.* 2015;54:187–94.
4. Editorial. Medical errors in the USA: Human or systemic? *Lancet.com.* 2011;377.
5. Elia N, von Elm E, Chatagner A, et al. How do authors of systematic reviews deal with research malpractice and misconduct in original studies? A cross-sectional analysis of systematic reviews and survey of their authors. *BMJ Open.* 2016.
6. Elmore JG. Solving the problem of overdiagnosis. *N Engl J Med.* 2016;375:1483–6.
7. Jena AN, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med.* 2011;365:7.
8. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353:i2139.
9. Bal S. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467:339–47.
10. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal M. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med.* 2016:374.
11. Waxman D, Greenberg MD, Ridgely S, Kellermann L, Heaton P. The effect of malpractice reform on emergency department care. *N Engl J Med.* 2014;371:16.