

Demandas a los médicos, observaciones sobre casos

Mario A. López, Iván Manrique, Cecilia García

Introducción

La primera revisión de casos realizada por la división científica de SCARE-FEPASDE se publicó en el 2000 (1). Las demandas a los médicos se incrementan en una proporción alarmante, presentándose en los últimos tres años el 75 % de los procesos. Se presenta en una muestra de procesos cuales son las especialidades más demandadas, en qué regiones geográficas, cuáles fueron las quejas presentadas, los diferentes tipos de responsabilidad, los procedimientos realizados, los diagnósticos, complicaciones, daños, nivel de las instituciones, error médico, etc. No se trata de un estudio estadístico (Figura 1).

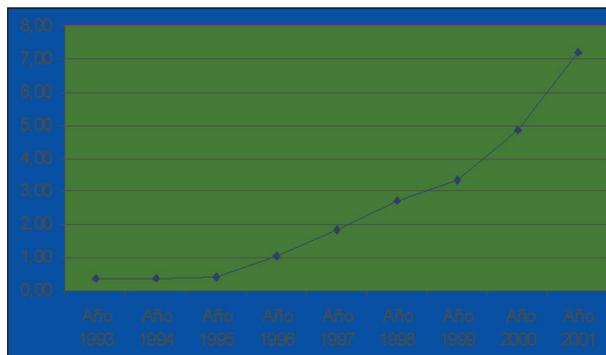


Figura 1. Gráfico del crecimiento de los procesos.

Panorama del ejercicio médico

Las condiciones de trabajo del médico empeoran debido a la presencia de intermediarios entre éste y el paciente, lo que ha llevado a un detrimento del ejercicio profesional. Lo anterior, sin duda, tienen incidencia en la problemática medico legal que no es exclusiva de Colombia (2-10).

Mario Andrés López Ordóñez. MD. Iván Manrique Bacca. MD Cecilia García Torres. MD. División científica SCARE. Correspondencia: m.ordonez@scare.org.co Presentado en el III Congreso de Derecho Médico en Bogotá Noviembre de 2002.

Publicado en la Revista Médico Legal Vol IX; No. 1: 2003 con autoría del doctor Mario Andrés López, asesor científico de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación - SCARE. Autoriza la reimpresión del artículo el doctor Julio Enrique Peña, director Nacional de Publicaciones de la Revista Colombiana de Anestesiología en representación del Comité Editorial de la misma.

Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:37-43.

Especialidades

La observación de los procesos evidencia que no hay una especialidad exenta del problema. Existen algunas con mayor riesgo de demandas como: gineco-obstetricia, medicina general, cirugía general y anestesiología (Figura 2).

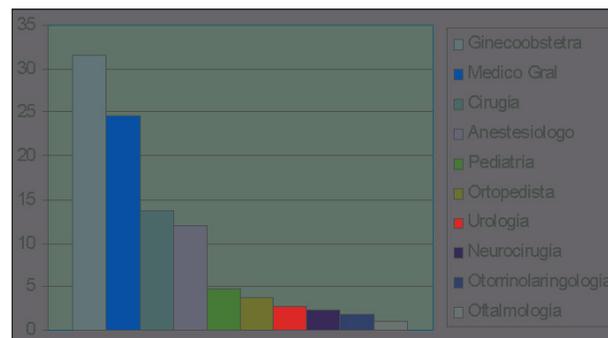


Figura 2. Porcentaje de procesos por especialidades.

Experiencia

Se podría suponer que, entre menos experiencia mayor es el riesgo de ser demandado; sin embargo, se observa que médicos con experiencia de 9 años están en el primer lugar y que la segunda posición está ocupada por un grupo de profesionales entre los que se encuentran los rurales y médicos con experiencia hasta de 15 años (Figura 3).

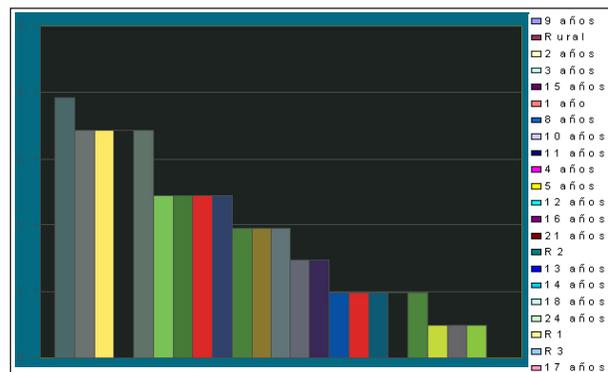


Figura 3. Procesos según experiencia profesional.

Sexo

En nuestro medio son más demandados los profesionales del sexo masculino. Esto podría encontrar explicación en el hecho que en el pasado y aún en la actualidad predomina en la población médica el género masculino. En el futuro la tendencia podría cambiar ya que en el momento las facultades de medicina cuentan con un mayor número de mujeres (Figura 4).

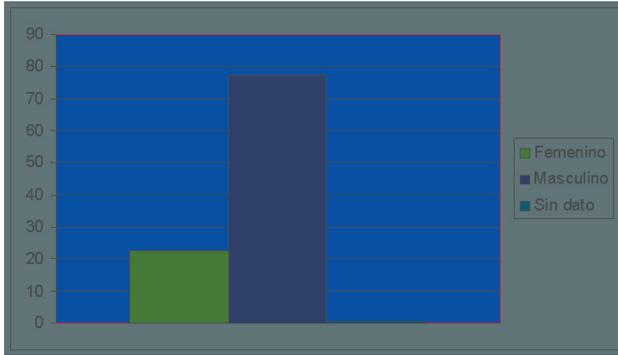


Figura 4. Porcentaje de género de los demandados

Regiones

El mayor número de demandas se concentra en las regiones y ciudades con especialistas que funcionan como centros de referencia para el manejo de situaciones complejas (Figura 5).

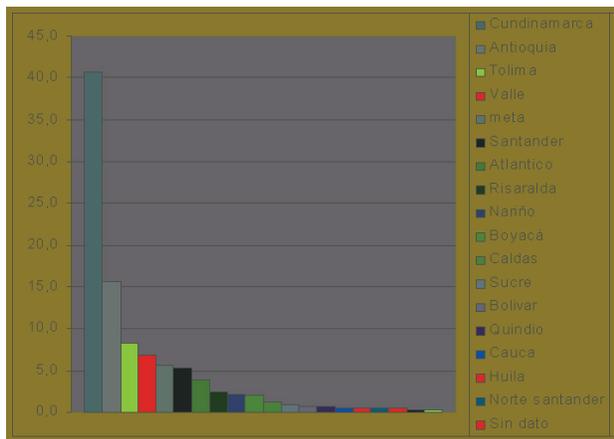


Figura 5. Distribución de procesos por departamentos.

Causas de demanda

En 80% de los casos la demanda es instaurada por el paciente o familiares argumentando una falla de atención. Esta cifra no corresponde a la situación real, como se muestra más adelante en el comentario relacionado con error médico. El segundo porcentaje se deriva de procesos en donde no está claramente establecido cuál es el motivo de demanda. Se presentan también demandas en donde no se evidencia falla de atención por parte del profesional, pero sí por parte

de la institución o del personal de salud y en una minoría se reclama violación a ley 23 de 1981 - Ley de ética médica - y procesos de oficio (Figura 6).

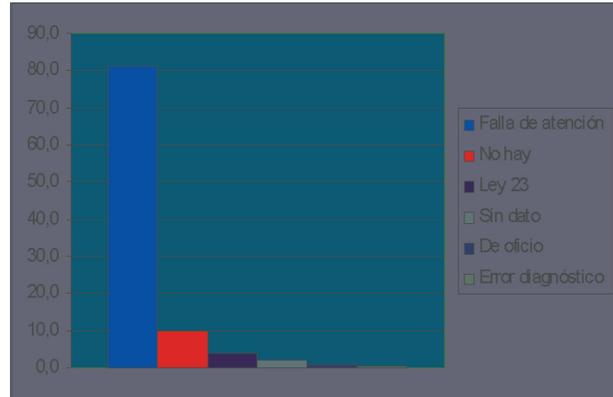


Figura 6. Quejas de los demandantes.

Tipo de proceso

Predominan los procesos penales, seguidos por los éticos y civiles (Figura 7).

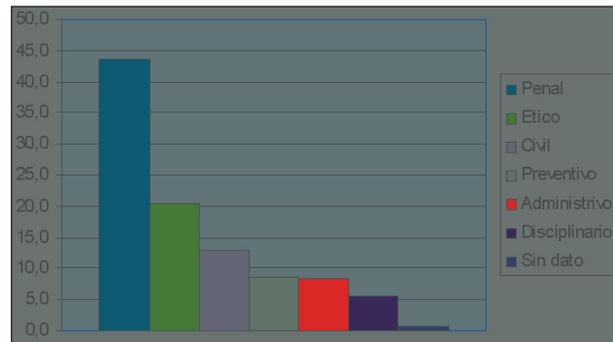


Figura 7. Porcentaje de los diferentes procesos.

Segundo proceso

Cerca del 1% de los profesionales tiene dos o más procesos. Esto obedece a que la responsabilidad por un paciente puede originar simultáneamente acciones de carácter civil, penal, éticas, administrativas o disciplinarias. No se puede olvidar que un proceso puede iniciarse hasta 20 años después de la atención (Figura 8).

Diagnóstico

Los diagnósticos que con mayor frecuencia se relacionan con la presentación de demandas son aquellos que pertenecen a la especialidad de ginecoobstetricia, seguidos por trauma y entidades del dominio de los cirujanos generales. Esto guarda una relación directamente proporcional con las especialidades más demandadas (Figura 9).

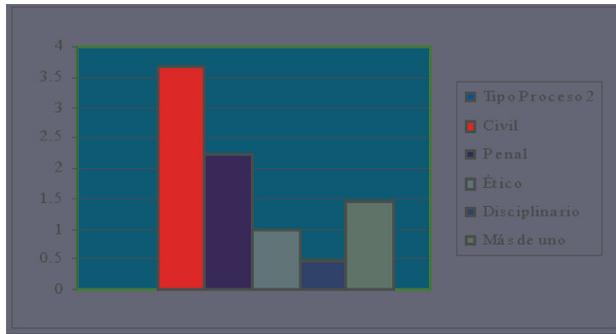


Figura 8. Porcentaje de casos con más de un proceso.

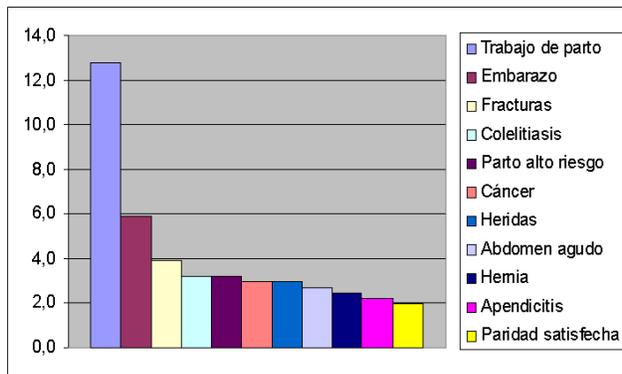


Figura 9. Diagnósticos más frecuentes en los procesos.

Procedimientos

Así mismo, los procedimientos guardan relación con las dos variables que se revisaron antes especialidad y diagnóstico, por ello las intervenciones más demandadas son el control y atención del parto, legrado uterino, Pomeroy, etc. Como se ilustra en la Figura 10.

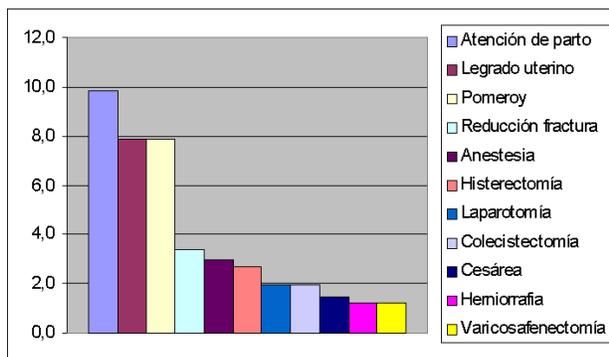


Figura 10. Porcentaje de los procedimientos frecuentes en los procesos.

Complicaciones

El sufrimiento fetal agudo constituye la complicación más frecuente, seguida por la NO presencia de éstas. Las demás posiciones están ocupadas respectivamente por peritonitis, muerte, sepsis, etc. La presentación de complicaciones no sugiere la existencia

de error médico. No se puede olvidar que existen situaciones clínicas que a pesar de un manejo adecuado continúan su curso. Sin embargo no se debe pasar por alto las pautas de manejo universalmente aceptadas - *lex artis* (3)- que deben ser adoptadas para evitar la presencia de complicaciones o daños (Figura 11).

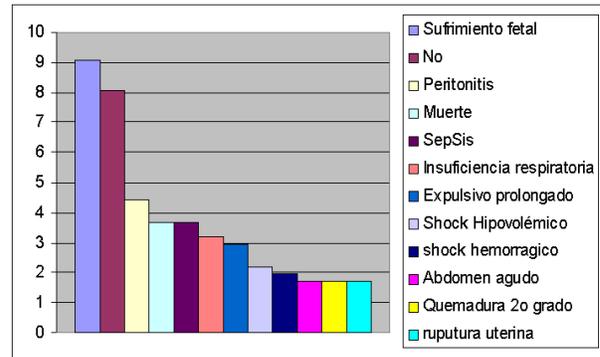


Figura 11. Porcentaje de los procedimientos frecuentes en los procesos.

Origen del daño

En más de 50% de los casos el origen del daño es la enfermedad que generó la atención médica.

Es la condición clínica la que lleva al daño y no la acción del médico (10) pues a pesar de todos los esfuerzos y la tecnología de punta se presenta pérdida de la salud o de la vida (Figura 12).

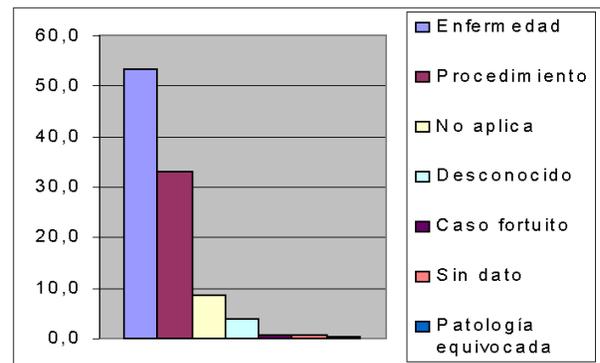


Figura 12. Porcentaje de origen del daño.

Daño

La muerte es el daño más frecuente, siguiendo en su orden la muerte fetal, perturbación funcional, encefalopatía hipóxica, etc. En no pocos casos el daño que se alega es la realización de una reintervención, de allí que sea de vital importancia ofrecer siempre una información clara tanto al paciente como a sus familiares, en tanto que una nueva intervención es considerada por aquellos como una equivocación o un mal manejo. Otro porcentaje se deriva de la NO presencia de daño. En la litera-

tura autores como RUSSO, (10) sugieren que la mala praxis médica está constituyendo la nueva industria del juicio (Figura 13).

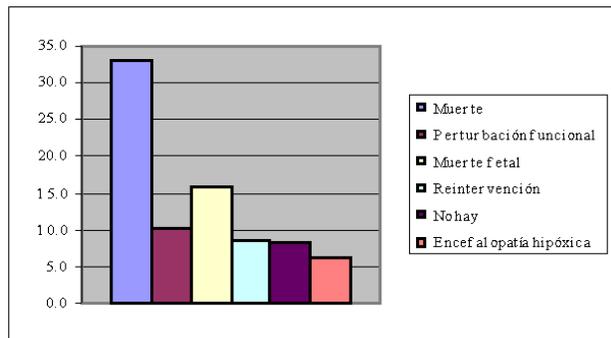


Figura 13. Porcentaje de daños en los procesos.

Nivel de la institución

Los niveles de complejidad más comprometidos en procesos de responsabilidad médica son los II y III respectivamente. Niveles en donde se atiende y maneja entidades de complejidad de media a alta, en muchas ocasiones sin la infraestructura y el personal necesario para ello. En el nivel I se realizan procedimientos de baja complejidad que eventualmente se complican. Por su parte el nivel IV cuenta con un recurso tanto humano como físico suficiente que le permite ofrecer un manejo adecuado a la mayoría de

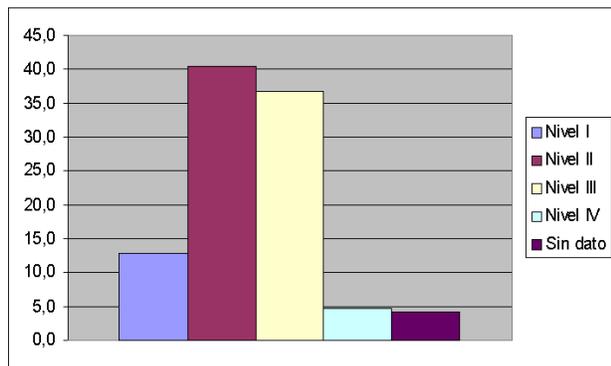


Figura 14. Porcentaje de procesos de acuerdo al nivel de la institución.

las situaciones (Figura 14).

Tipo de atención

La atención que se realiza en los servicios de urgencias origina más procesos de responsabilidad. Lo anterior encuentra justificación en el hecho mismo del tipo de paciente y entidades que se atienden, el exceso de trabajo, la brevedad de tiempo; condiciones que reunidas llevan a que se ofrezca una información muy limitada a familiares que genera dudas sobre la atención. Los procedi-

mientos electivos (cirugía programada) ocupan el segundo lugar. Esto puede obedecer a que médicos, pacientes y familiares asumen que en una intervención programada se pueden controlar todos los factores para evitar riesgos y complicaciones. Pero eso no es así. Solo quien se opera corre un riesgo, quien no es intervenido nunca los asume. Una complicación en este tipo de atención difícilmente es aceptada por el paciente o sus familiares (Figura

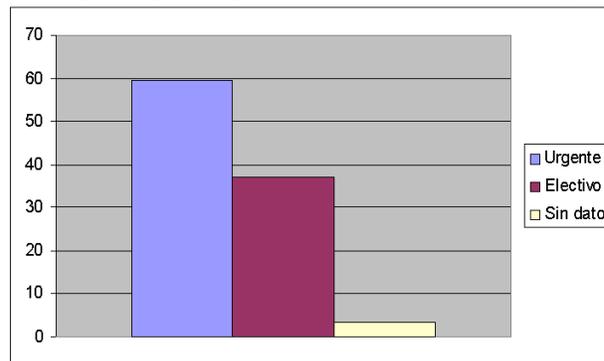


Figura 15. Porcentaje de procesos según tipo de atención.

15).

Forma de atención

La atención hospitalaria es la que lleva con mayor frecuencia a un proceso médico legal. Los pacientes que requieren esta forma de atención tienen condiciones clínicas graves, complejas o de mayor cuidado; por eso tienen más posibilidad de una evolución desfavorable y por eso se presentan acciones legales en

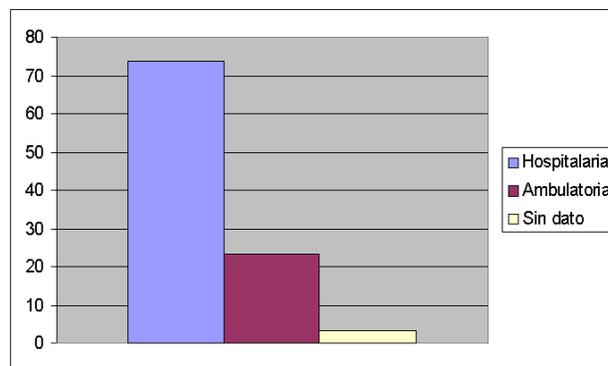


Figura 16. Porcentaje de procesos según la forma de atención.

estos casos (Figura 16).

Sistema de aseguramiento

Los pacientes con régimen contributivo seguidos por los vinculados son quienes inician más procesos contra los médicos. Con el paso del tiempo, cada vez más los pacientes conocen sus derechos (7-10), situación que es contraria a los médicos e instituciones quienes al parecer conocen menos sus obligaciones (Figura 17).

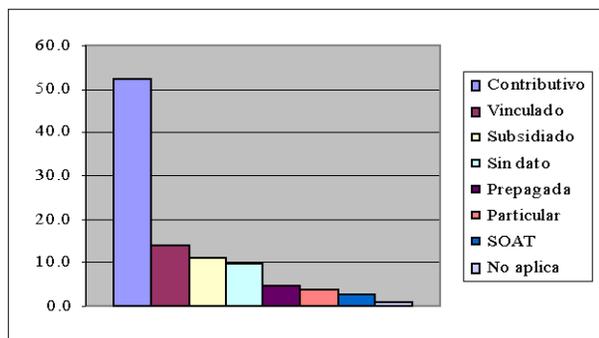


Figura 17. Porcentaje de procesos de acuerdo al sistema de aseguramiento del paciente

Sexo de los pacientes

El primer lugar en reclamaciones está constituido por mujeres, esto guarda estrecha relación con los diagnósticos más demandados (Figura 18).

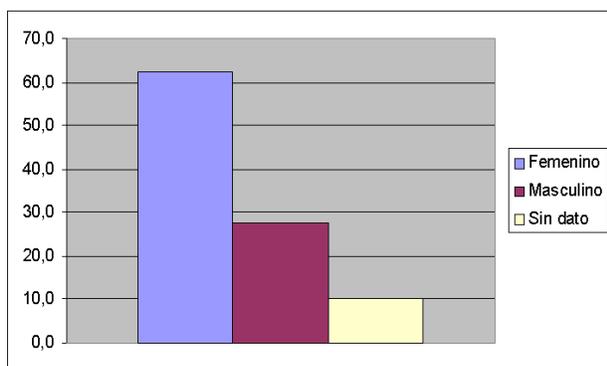


Figura 18. Porcentaje de demandantes según género.

Error médico

En tan sólo 30% de los casos se evidencia error médico del profesional, sin embargo ello no siempre significa culpa (2, 7, 8, 10). Es importante tener en cuenta que la complicación o el daño se puede originar por culpa o error de la institución, del grupo de paramédicos (enfermeras, técnicos, etc.) o del paciente mismo. Sin embargo, para demostrar culpa de este último es importante registrar en la historia clínica el incumplimiento de las indicaciones recibidas (Figura 19).

Clasificación de culpa

En más de 60% de los casos no se evidencia culpa. En los casos que se detecta algún tipo de esta se presenta en primer lugar por negligencia - no hacer -, seguida por impericia - no saber -, e imprudencia respectivamente. En algunos casos se observa que existe en el mismo proceso culpas simultáneas (Figura 20).

Historia clínica

El profesional que esté demandado, encontrará en la historia clínica y otros documentos sanitarios, a su

aliado procesal más contundente, o al más riguroso adversario en la contienda (11-17).

Con gran preocupación se observa que el menor porcentaje de las historias clínicas es de alta calidad, lo que constituye una dificultad en el curso de una acción penal. En no pocos casos se determina que si bien es cierto la atención fue adecuada y se ajusta a la *lex artis* no existe soporte documental que lo demuestre (Figura 21).

Debilidades procesales

No existen debilidades procesales en 53% de los

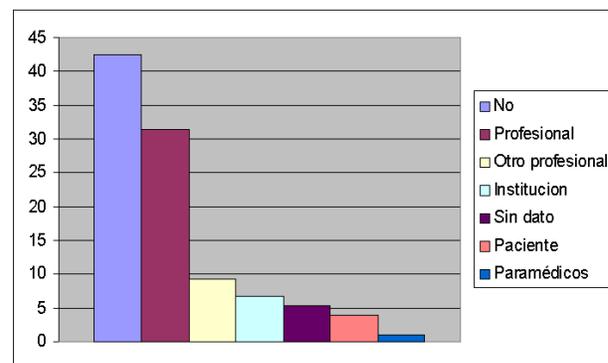


Figura 19. Porcentaje de errores en los procesos

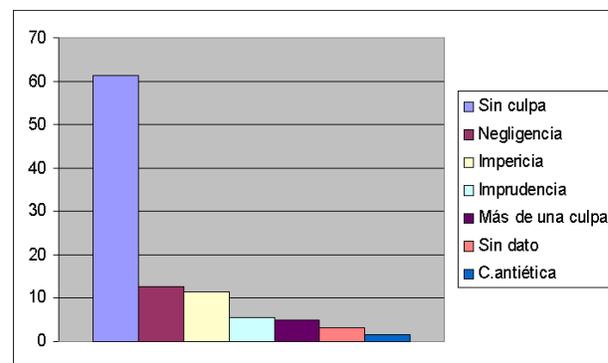


Figura 20. Porcentaje de acuerdo a la clasificación de culpa.

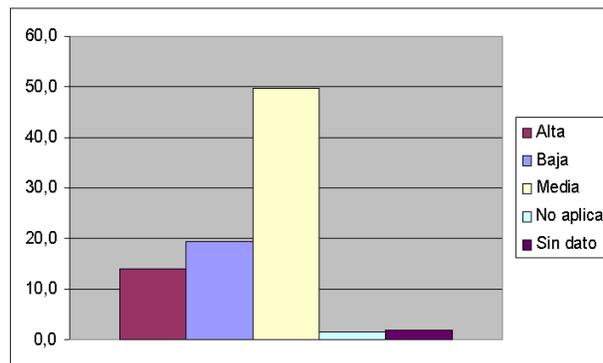


Figura 21. Calidad de la historia clínica en %.

casos, ello quiere decir que 47% cuenta con herramientas adecuadas y suficientes para la defensa del profesional.

LEY 23 DE 1981

Los artículos que con mayor frecuencia se violan de la ley de ética médica comprenden los relacionados con la dedicación de tiempo suficiente al paciente, la calidad de la historia clínica y el sometimiento a riesgos injustificados. El profesional debe tener en cuenta que un mal resultado incluyendo la muerte no es lo que se espera de una atención. Los familiares o el paciente tienen derecho a saber si se hicieron todos los esfuerzos para alcanzar un desenlace satisfactorio. En Estados Unidos 40% de los médicos se ve involucrado en procesos de responsabilidad durante su práctica profesional (6). Si bien es cierto que errar es humano, también lo es el hecho de adoptar las medidas y precauciones para que no se presenten equivocaciones; un ejemplo de ello es el que se ilustra a continuación. La foto de este aviso en inglés, fue tomada por uno de los autores en una sala de cirugía en Las Vegas -USA-, en este, el jefe de cirugía recomienda a los cirujanos revisar nuevamente el paciente y la historia clínica antes de iniciar la intervención quirúrgica, para marcar con tinta indeleble el lado a operar (Figura 22).

Recomendaciones

Cómo evitar un proceso legal es preocupación de

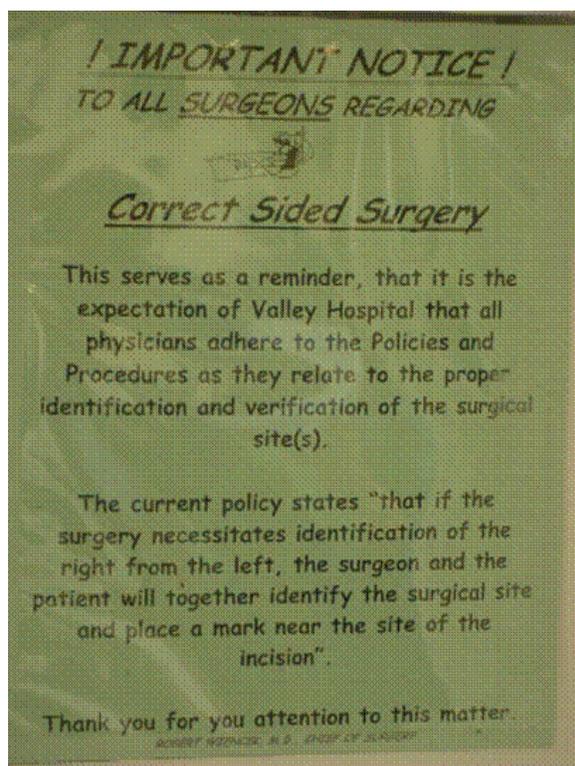


Figura 22. Precauciones en cirugía.

los médicos alrededor del mundo. Estas son recomendaciones tomadas de la revista *Current Problems In Surgery* (7):

1. Escuche al paciente.
2. Trate con respeto su dignidad y su privacidad.
3. Sea cortés.
4. Sea puntual.
5. Tome las decisiones en conjunto.
6. Prepárelos para las eventualidades.
7. Si hay un problema no lo oculte ni culpe a otros.
8. Evite riesgos (Ejemplo: hacer procedimientos sin los elementos adecuados o necesarios o en instituciones sin la infraestructura requerida).
9. Trate como le gustaría ser tratado (4, 6, 7,8).

Observaciones y recomendaciones de la división científica de SCARE-FEPASDE

1. No hay especialidad exenta de demandas.
2. No existe relación directamente proporcional entre los años de experiencia y el riesgo de demanda.
3. La presencia de un bajo porcentaje de verdaderas fallas de atención hace suponer que la relación medico paciente así como la información que se suministra es deficiente.
4. El diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y complicaciones deben haber sido informadas al paciente y su familia. De ello debe existir un registro en la historia clínica.
5. Siempre seguir las guías de manejo mundialmente aceptadas -*lex artis*-. Si se realiza un acto por fuera de estos lineamientos se debe registrar en la historia clínica el motivo de este cambio.
6. El acto médico requiere un registro completo en la historia clínica. Ni cambiar el bisturí por la pluma, sino tomar ambos elementos con idéntica responsabilidad (17).

Referencias

1. **Aristizabal H.** "Historia clínica". Médico legal. 2000. Vol. 6. No. 2. 27-32.
2. **Aristizabal H.** "La historia clínica y sus implicaciones legales". Médico legal. 1996. Volumen 2.No. 2. 24-26.
3. **Arrazola P. Franco E.** "Demandas médicas: algunos aspectos jurídicos". En Guzman F. Franco E. Rosselli A. "La práctica de la Medicina y la ley" Biblioteca jurídica DIKE. 1999.
4. **Bert P. Levin A. Robertson G. Singer P.** "Bioethics for clinicians. Disclosure of Medical error". *CMAJ* 2001. 164(4). 509-513.
5. **Burton E.C. Nemetz P.N.** "Medical Error and Outcomes Measures: Where have all the Autopsies Gone". *Med Gen Med* 2000 V 2 N 2.
6. **Daley J. Harrington J.** "Incumplimiento del tratamiento médico". En JT Harrington Interconsultas de Medicina Interna. Interamericana-McGraw -Hill.
7. **Hernández H.** "20 Recomendaciones para evitar acciones penales". Médico-legal. Vol.7 No.1. 22-3.
8. **Kevin E. Behrns, Md** Patient Safety: Methods to Assess Risk and Improve Outcomes. <http://www.medscape.com/viewarticle/443777>
9. **Manrique I.** "La responsabilidad Médico-legal en Ortopedia". Medico-legal. 2002. Año VII. No. 2. 17-31.
10. **Manrique J. I.** "Aspectos característicos de responsabilidad médico-legal, Revisión de 100 casos. Bogotá Junio 1999-julio 2000. Medico-legal.

- Septiembre-Diciembre 2000. Vol. 6, No. 3, 22-47.
11. **Manrique J.I. Lopez M.A.** "La historia clínica en las demandas". *Rev. Col. Neumol.* 2002. Vol. 14 No. 1.
 12. **Nagan J.** "Medicina legal para el cirujano". En WAY L. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Editorial. Manual Moderno. 1995.
 13. **Pezzela A.T. Adebanojo S.A. Hooker S.G. Mbogunje O.A. Conlan A.A.** "Complications in thoracic surgery". *Curr Probl Surg.* 2000. Vol. 37. No. 11. 734-858.
 14. **Riera L.** "La Historia Clínica: documental Médica". h
 15. **Russo G.** "Mala praxis Médica (La nueva industria del juicio). <http://www.arrakis.es/~jacoello/>.
 16. **Valencia G.** "La lex artis". *Medico-legal.* Septiembre-Diciembre 2001. Vol 7. No. 3, 21-25.
 17. **Velez C. L. A.** "Ética Médica. Interrogantes acerca de la Medicina, La vida y la Muerte". Segunda Edición. 1996. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín-Colombia.