

DEONTOLOGÍA MÉDICA

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: PREVENCIÓN O GÉNESIS DE DEMANDAS JUDICIALES

DR. GERARDO R. MONTIEL LARIOS*

REFERENCE: MONTIEL-LARIOS, G.R., *The Relationship Doctor-Patient: Prevention or Genesis of Law Suits*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, Nº 1, pp. 40-42.

ABSTRACT: Each year there is an alarming increase in the number of law suits, due to medical malpraxis. The patients are less willing to accept an unfavorable outcome as a consequence of a given diagnostic or treatment.

On the other hand, the medical doctors feel fear and suspicion towards their patients. These mutual lack of trust produces a deterioration in the type and quality of the medical care given.

It is believed that more than 80% of the law suits do not have any real medical or legal basis. It is probably that the main cause is due to the poor relationship between the medical doctor and the patient, especially in the communication level between them.

It is the medical doctor's responsibility to start and maintain a good communication and give appropriate information to the patients. These are perhaps the main resources to prevent the increase of law suits against medical doctors.

KEYWORDS: Malpraxis, relationship medical doctor/patient, medical deontology.

REFERENCIA: MONTIEL LARIOS, G.R., *Relación médico-paciente: Prevención o génesis de demandas judiciales*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, Nº 1, pp. 40-42.

RESUMEN: Cada año se incrementa en forma alarmante el número de demandas judiciales por aparente mala práctica médica. Los pacientes están menos dispuestos a aceptar un resultado desfavorable como consecuencia de un diagnóstico o de un tratamiento dado. Por otro lado, los médicos se encuentran indispuestos, recelosos y temerosos de sus pacientes. Esta desconfianza mutua inevitablemente lleva a un deterioro en el tipo y calidad de la atención médica suministrada.

Se considera que más del 80% de las denuncias judiciales no tienen un real fundamento médico ni legal. Es muy probable que la causa principal de esta situación sea la mala relación médico-paciente, especialmente a nivel de la comunicación entre ambos.

Es deber del médico iniciar y mantener una buena comunicación y una información adecuada hacia sus pacientes. Esta actitud es tal vez uno de los principales recursos con que cuentan los médicos para prevenir la proliferación de demandas fútiles en su contra.

PALABRAS CLAVES: Malpraxis, relación médico-paciente, deontología médica.

INTRODUCCIÓN.

El aumento en el número de demandas judiciales por malpraxis médica es un fenómeno de suma importancia que ha alcanzado el grado de "epidemia" en los países desarrollados y que está afectando en forma sensible la práctica de la medicina con el deterioro consecuente que esto conlleva. Así por ejemplo en muchos lugares de Estados Unidos se le niega la atención a un paciente por considerarlo de "alto riesgo de malpraxis". Son muchos los factores que han incidido en la génesis de esta situación y se han efectuado gran cantidad de seminarios, cursos, talleres y congresos para analizar la problemática e incluso se han formulado y decretado leyes específicas para tratar de solventar esta situación.

En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, la malpraxis médica ya

es un tema de preocupación nacional, tanto desde el médico como legal y administrativo.

Las demandas judiciales germinan, brotan y afloran por todas partes. Después de un análisis estrictamente científico de todas estas denuncias, en la mayoría de los países, si acaso 15% de ellas tenían una base real para definir las como mala práctica médica. Es decir, en 85% o más de los casos, la actuación médica fue correcta o ajustada a las posibilidades y/o capacidades del médico. Entonces ¿por qué razón o razones se originan estas demandas injustificadas? ¿quién o qué está fallando? ¿cuál o cuáles son las soluciones?

Es muy probable que gran parte de esta situación tenga su origen en el deterioro que en forma paulatina pero alarmantemente progresiva ha ocurrido en la

relación médico-paciente, en especial en el nivel de uno de los aspectos trascendentales de tal relación: la comunicación con el paciente. Si el paciente desconocía la dolencia que le afectaba y no tenía ninguna o insuficiente información del tratamiento recibido y sus posibles complicaciones, ante un resultado desfavorable le asiste toda la razón para demandar una explicación.

MAGNITUD DEL PROBLEMA.

En Estados Unidos de Norteamérica hubo 12.000 demandas en 1979; 43.000 en 1983 y 60.000 en 1986. Para 1989 hubo un incremento de 59% en el número de demandas contra ginecoobstetras.

Las especialidades de mayor riesgo de demanda son las de índole quirúrgico y dentro de ellas la ginecoobstetricia y especialmente la obstetricia. Se conside-

* Especialista en Medicina Legal. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico asistente Instituto Materno Infantil Carl.

INCIDENCIA DE DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA (EE.UU.)

Demandas anuales por cada 100 médicos

	Antes 1981	81-84	1985
Todos los médicos	3,2	8,2	10,1
Especialidad			
Ginecoobstetricia	7,1	20,6	26,6
Cirugía general	4,1	11,9	16,5
Radiología	2,4	7,1	12,9
Pediatría	2,3	4,4	7,6
Anestesiología	3,0	7,2	6,5
Medicina general	3,3	6,1	5,5
Medicina interna	1,9	6,4	6,3
Psiquiatría	0,6	3,1	2,4

ra que alrededor del 73% de los ginecoobstetras han sido demandados. De estos 30% en una ocasión; 27% en dos ocasiones y 40% en tres o más. Estos profesionales gastan anualmente 500 millones de dólares en seguros por responsabilidad profesional. Como dato interesante, se estima que solo 28 centavos por cada dólar de indemnización llegan a los pacientes demandantes. Los 72 restantes se utilizan para sostener a los abogados de ambas partes y mantener las industrias de litigios y seguros. Sin duda alguna, en Estados Unidos, las demandas son un negocio de abogados y compañías de seguros. Muchos de estos hechos explican el porqué alrededor de una tercera parte de los ginecoobstetras abandonan el ejercicio de la obstetricia.

En 1986 los resultados de las demandas fueron: 81% a favor del médico; 15% a favor del paciente y 4% retiró la acusación.

En Costa Rica en 1990 se presentaron 33 denuncias por malpraxis. De estas, 12 casos (38%) correspondieron contra ginecoobstetras (6 casos de ginecología y 6 casos de obstetricia). En cuatro casos (10,5%) la demanda prosperó (ginecología, obstetricia, cirugía plástica y ortopedia).

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.

La comunicación con el paciente es el pilar fundamental de la relación médico-paciente. Una comunicación eficaz suele mejorar esta relación sin disminuir la calidad de la atención prestada. Por el contrario la mala comunicación tiende a

deteriorar la relación y abre la oportunidad para conflictos.

La comunicación entre el médico y el paciente puede tener diversidad de formas e incluye diferentes temas de información, con un significado que puede ser diferente para las dos partes, debido a las prioridades de cada una de ellas. Mientras que para el médico lo más importante pueden ser los datos clínicos de una exploración, para el paciente tal vez sea más importante hablar de sus molestias. La reconciliación entre los diferentes valores e interpretaciones, es fundamental para lograr una comunicación adecuada, lo que únicamente beneficio trae tanto para el paciente como para el médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (autorización con base en información).

El médico tiene la obligación de informar al paciente de los riesgos inherentes o probables efectos secundarios de un procedimiento, y de las alternativas disponibles de tratamiento.

Esta obligación del médico de informar, puede entenderse de manera análoga como el derecho del paciente de autorizar por escrito los procedimientos y el tratamiento, previa información al respecto. Justice Cardozo describió este derecho en una forma muy resumida:

"Todo ser humano adulto y en plenitud de sus facultades mentales tiene el derecho a determinar lo que se va a hacer con su cuerpo".

En Estados Unidos de Norteamérica existen dos doctrinas jurídicas con res-

pecto al alcance de la obligación del médico de informar al paciente.

1) Regla de la minoría: La información debe incluir todos los efectos secundarios probables de un tratamiento. Esta doctrina se aplica en una minoría de los Estados.

2) Regla de la mayoría: Según esta doctrina, aplicada en la mayoría de los Estados, la obligación del médico de informar al paciente se determina de acuerdo con las normas de la comunidad médica local. En otras palabras esta regla se basa en la percepción profesional de lo que un paciente necesita saber.

La regla de la minoría requiere gran cantidad de tiempo y de energía del médico y no necesariamente lleva a un mejor entendimiento del paciente, pues cada explicación adicional puede aumentar su ansiedad y originar aún más dudas que puede o no manifestar. La regla de la mayoría es de mayor aplicación práctica.

La importancia del consentimiento informado es que genera un intercambio de información entre el médico y el paciente y que éste tiene suficiente conocimiento para tomar una decisión con respecto a sus opciones de atención médica.

Algunos autores creen que el término consentimiento informado (o autorización con base en información) debería cambiarse por el de "elección con base en información", ya que el proceso no debe ser pasivo sino que exige una participación responsable del paciente en el cuidado de su salud.

La autorización con base en información es fundamentalmente un proceso de comunicación que es probable que prevenga litigios o al menos su progreso. Independientemente del tiempo que requiera, es una de las mejores inversiones que puede hacer el médico para evitar malas interpretaciones o errores que originen litigios.

FALLAS DE COMUNICACIÓN.

El médico debe comunicarse durante el ejercicio de su profesión con tres categorías de individuos: los pacientes, los colegas y el resto del equipo de salud. Las fallas en cualquiera de estas vías de comunicación eventualmente originarán una demanda judicial ante un resultado negativo, en especial cuando se refiere a una comunicación inadecuada con los pacientes.

Cuando se interrumpe la comunicación entre el médico y el paciente, o entre miembros del equipo médico, no solo aumenta el riesgo de lesiones reales o potenciales, sino que también se dificulta la corrección del problema. La negativa a hablar acerca de los problemas contribuye y es fuente en muchas ocasiones de demandas por responsabilidad médica.

1) Sorpresa y desagrado.

En la mayoría de los litigios contra un médico se encuentra alguna forma de sorpresa y de desagrado por parte del paciente. Esta situación generalmente termina en enojo y entonces el paciente entabla una demanda. Ambas circunstancias pueden evitarse o al menos disminuirse mediante una comunicación más eficaz, de manera que las expectativas se apeguen a la realidad y que las complicaciones posibles no sean por completo sorpresivas y que la mala ejecución no desagrade tan espectacularmente que haga pensar en la venganza.

2) Percepción como realidad.

La percepción es un factor primordial en la génesis de las demandas.

Para un paciente con escasa información médica, las impresiones subjetivas tienen un significado especial y la percepción que él tenga acerca de los hechos es la variable crítica de la que depende que ocurra un litigio.

Tal vez por eso se producen tantas demandas frívolas. Algo está mal desde el punto de vista del paciente que le causa enojo suficiente para establecer una demanda.

3) Indiferencia: punto crítico.

El momento crítico se alcanza cuando algo parece salir de lo normal en la evolución del tratamiento. El modo de manejar esta circunstancia determinará en muchas ocasiones si se origina una demanda o no. Cuando un paciente estudia si ha de demandar o no, la indiferencia del médico puede ser el factor decisivo. El manejo eficaz de los incidentes depende mucho de la habilidad del médico para comunicarse y dar calma y apoyo en esta situación apremiante.

4) Información errónea y/o mal intencionada.

El paciente puede ser informado erróneamente o en forma mal intencionada por otro médico u otro miembro del

equipo de salud. Este tipo de información encuentra terreno fértil para la germinación de una demanda judicial, en un paciente no informado adecuadamente por su médico tratante.

CONCLUSIÓN.

Los médicos continuarán insistiendo en reformas a la ley y en otras soluciones externas a la crisis de responsabilidad profesional.

Independientemente de esos logros, los médicos y los pacientes tendrán que enfrentarse a los retos de la comunicación de sus conocimientos, con sus dudas, preocupaciones, esperanzas y temores. Si se establece una comunicación adecuada el médico y el paciente serán aliados en este esfuerzo. Si la comunicación falla, es muy probable que se conviertan en adversarios.

La demanda judicial podríamos compararla con una bomba cuyo detonante es un paciente con una información insuficiente o errónea. La sorpresa y desagrado del paciente, aunado a la indiferencia del médico, constituyen la flama que enciende la mecha.

La comunicación eficaz es uno de los principales recursos del médico para

enfrentar los problemas respecto a la responsabilidad profesional. Esta buena comunicación genera de hecho una adecuada relación médico-paciente, lo que es muy probable que disminuya la incidencia de demandas judiciales injustificadas.

BIBLIOGRAFÍA.

- CETRULO, C.L.; CETRULO, L.G., Aspectos médico-legales de las *distocias*, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, vol. I, 1987, pp. 101-107.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, *Principles of Medical Ethics*, VI in Current Opinions of the Judicial Counsel of The American Medical Association IX, 1981.
- RAINES, E., *Professional Liability in Perspective*, *Obstet. Gynecol.*, 1984, 63(6):839.
- CURRAN, W.J.; SHAPIRO, E.D., *Law, Medicine and Forensic Science*, III ed., Boston, Little, Brown and Company, 1982, 411.
- ROBERTS, D.K., *Prevención: comunicación con el paciente*, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, vol. I, 1988, pp. 147-153.