

longitudinal, cefálico, con dorso a la izquierda, libre; al tacto, la vagina amplia, con cérvix largo, formado, blando y permeable a un dedo, con membranas íntegras, por lo que se diagnosticó embarazo de 38 semanas por amenorrea,

prodromos de trabajo de parto, manteniéndola en observación entre las 14:30 del día 6 hasta las 6:00 a.m. del día 7, elaborando 7 notas en ese periodo, mismo en el que el producto se mantuvo en primer plano.

El borramiento cervical se modificó del 20 al 40% con una dilatación que evolucionó de 1.5 a 3cm., y el foco fetal tuvo variaciones entre 138 y 142 por minuto, excepto la última nota, que lo reportó en 120 por minuto, en virtud de lo cual, a las 7:00 hrs., decide solicitar ultrasonido para establecer la causa de la falta de evolución en el trabajo de parto y la disminución de la frecuencia cardíaca. No fue, sin embargo, hasta las 8:30 a.m. cuando se tomó una placa

radiográfica en donde se demostró que el producto se hallaba, según sus notas, en presentación pélvica completa. Pero la placa demuestra que se hallaba en transversa.

La paciente fue referida a un hospital para su manejo a las 9:30 con datos de sufrimiento fetal agudo. La operación cesárea se practicó, finalmente, a las 10:00 hrs. Se obtuvo producto único, vivo, de 1,800 gr., muy deprimido. El servicio hospitalario procedió a reanimarlo. Falleció a las 19:30 hrs., con los diagnósticos de prematuridad e inmadurez, insuficiencia placentaria, así como sufrimiento fetal agudo y crónico. ¿Cuáles son las anomalías que encuentra? ¿Cómo hubiera actuado usted?

N. del E. El III Informe de Actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (junio de 1998- mayo de 1999) reporta entre las más numerosas quejas presentadas a la CONAMED las ginecológicas y las obstétricas, que fueron, respectivamente, 124 y 165, contra 107/109 del periodo anterior.

Los riesgos de la

medicina defensiva

en una sociedad

en proceso de cambio

Octavio Rivero Serrano

El doctor Rivero Serrano realizó su carrera en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en donde fue Jefe de la Unidad de Neumología y Subdirector Médico. En la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) desempeñó los cargos de Director de la Facultad de Medicina de 1977 a 1981. Fue elegido rector de la UNAM para el periodo 1981-1985. Fue Presidente en la Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax, así como la Academia Nacional de Medicina. De 1991 a 1995 fue Coordinador del Programa Universitario del Medio Ambiente en la UNAM. Recientemente, dicha institución le otorgó el reconocimiento como profesor emérito de la Facultad de Medicina. Actualmente es Secretario del Consejo de Salubridad General.

El doctor Octavio Rivero Serrano señala cuatro causas fundamentales de la medicina defensiva: la desconfianza entre el paciente y el médico, quien muchas veces, receloso, orienta su trabajo más a evadir una posible demanda que a mejorar la salud del enfermo; los cambios —consecuencia de los avances científicos actuales— en los procedimientos terapéuticos y diagnósticos; el pago por terceros,

que hace de la relación médico-paciente un intercambio comercial, y la falta de actualización teórica y práctica en la mayor parte de las escuelas y facultades de medicina en nuestro país.

La medicina está concebida como un acto de gran confianza entre el paciente y el médico. El hecho de que los médicos tengan que estar pendientes de defenderse implica que hay un acto de desconfianza. Esta desconfianza del paciente hacia el médico es la negación del comienzo de una buena relación entre el médico y el paciente. Naturalmente, en cuanto existe un grado de desconfianza, por cualquier razón que sea, para el médico que va a hacerse cargo de la salud del paciente se está firmando el comienzo de una mala relación.

La medicina defensiva consiste en emplear una serie de procedimientos de diagnóstico y tratamiento con el propósito explícito de evitar controversias. Por ejemplo, en el momento actual, en los países en que esto es una práctica corriente —lo que afortunadamente en México ha evitado la presencia de CONAMED— el médico realiza una serie de estudios innecesarios para protegerse de una posible demanda derivada de lo que podría calificarse como un error de omisión, y en ocasiones no solamente realiza un exceso de estudios que en sí pueden tener algún peligro para el enfermo, sino que emplea algunos procedimientos terapéuticos que a veces son excesivos, y que ponen en riesgo aún mayor la salud del paciente.

Creo que la primera causa fundamental de la medicina defensiva es la pobre relación médico-paciente, que deriva en parte de esa nueva costumbre, distinta de lo que siempre había sido, de que el médico no sea seleccionado por el paciente o por su familia, que es el primer acto fundamental para crear una confianza entre el paciente y el médico: que el paciente o sus familiares reconozcan la probidad, la eficiencia y la sabiduría del médico para poner en sus manos la salud del enfermo.

Que el médico no sea seleccionado es un vicio de la medicina actual. En las instituciones de salud pública, esto se debe al volumen de personas que ellos atienden; sin embargo, quisiera hacer una distinción entre la forma de seleccionar a los médicos en las instituciones públicas, donde habitualmente son el currículum del médico, su capacidad y preparación, lo que hace que se integre a la institución; y la forma en que seleccionan médicos las llamadas Administradoras de Servicios de Salud y las compañías de seguros, en las cuales no se escoge al médico por su capacidad, sino por su necesidad de aceptar los honorarios que definen esas instituciones pagadoras. La poca comunicación

entre el médico y el paciente se relaciona directamente con este hecho.

Otra causa de la medicina defensiva es la falta de consentimiento informado, que es parte de lo que acabo de mencionar: el que un paciente llegue a un lugar y le hagan cosas cuyos riesgos él ignora da lugar a que, posteriormente, él se sienta con derecho a reclamar en caso de que los resultados no sean los que él esperaba. Una vez más, se trata de un problema de comunicación.

Una más es el pago por terceros. Quienes han trabajado en compañías de seguros o en servicios médicos prepagados saben la actitud que tiene el paciente con respecto a lo que está recibiendo. Cuando un paciente de algún servicio bancario —que son los que tienen más años de experiencia en éxito atendiendo a pacientes con sus equipos médicos— recibe los elementos de diagnóstico y tratamiento que se le proporcionan, siente que son pocos; cree que tiene derecho al máximo servicio, puesto que ya ha prepagado con sus cuotas el derecho a la atención de su salud.

Esto deriva, en parte, de una información inadecuada; en la actualidad, el conocimiento de los procedimientos que tienen que ver con el acto médico está

mucho más al alcance de los pacientes que hace 30 ó 40 años. No obstante, no siempre el nivel sociocultural del enfermo es suficiente para que su interpretación de la información médica sea la adecuada. El paciente que tiene un servicio prepago y sufre un dolor de rodilla, no se conforma con la exploración del médico, ni con las radiografías posterior y anterior de esta zona, necesarias para el diagnóstico; le exige prácticamente al médico la resonancia

magnética para definir su padecimiento, u otros procedimientos igualmente caros. Esta presión del paciente hacia el médico se debe, fundamentalmente, a la falta de información.

En el mayor número de quejas y demandas por desempeño inadecuado, los pacientes no siempre tienen la razón: generalmente, están mal informados. El resultado inmediato es la utilización de un exceso de recursos de diagnóstico y el cambio de recursos terapéuticos: algo que podría resolverse aplicando una medicina muy sencilla se soluciona con muchas más complicaciones terapéuticas, con el objeto de evitar que la enfermedad del paciente no curse adecuadamente y que esto propicie una demanda.

Otro resultado inmediato es la selección de pacientes. En los estados Unidos, donde esto es una práctica frecuente, hay pacientes que los médicos no quieren atender, lo cual es la negación del acto médico, provocada, justamente, por esta posición incómoda. Para no actuar en casos de riesgo elevado, el médico no le niega el servicio al enfermo; lo envía a otro centro médico con más jerarquía, donde se le atenderá con un costo mucho mayor y donde los médicos estarán más protegidos que un profesional aislado en caso de una demanda.

Un hecho cada vez más frecuente es el aumento de cuotas. Los médicos que viven en las zonas en donde la medicina defensiva es una práctica corriente, han tenido que aumentar sus cuotas porque tienen que calcular el costo —comúnmente muy elevado— de los seguros contra demandas a los que tienen que afiliarse para evitar que una demanda se convierta en una catástrofe personal. Esto sucede mucho en la Unión Americana, donde los médicos son demandados no una, sino dos o tres veces, principalmente en aquellas especialidades que generan más problemas.

El empleo de seguros contra demandas no deja de ser una situación —voy a utilizar esta palabra— mafiosa, porque existen ligas entre algunas compañías de seguros y algunos grupos de abogados, los cuales se encargan de procurar que existan demandas. Es una situación muy compleja, porque lo que el paciente requiere es que sea resuelto su problema, y lo que la compañía de seguros pretende es encontrar un pretexto para no pagar los honorarios correspondientes por medio de alguna excluyente de éstas que están en letra pequeña en los contratos.

Naturalmente, un paciente que está demandando a su médico por mala práctica no tiene la misma relación que debería tener, en condiciones normales, si entre ambos existiera confianza. Existen elementos de interés económico en el manejo de esa relación, donde domina el interés de las compañías de seguros, o bien el interés del médico, por no pagar en la demanda.

Yo quisiera, además, reflexionar acerca del número de estudiantes de medicina que se gradúan anualmente en el país: aproximadamente 10 mil cada año. Y existen alrededor de 3 mil plazas disponibles en la residencia. Esto quiere decir que los siete mil restantes se inician en el ejercicio de la medicina sin mayores conocimientos, habilidades y destrezas. Este es un problema importante, no sólo en el mundo, sino fundamentalmente en nuestro país, porque los programas de educación médica continua adolecen de un defecto fundamental : si analizamos los pocos programas de actualización que existen en México, encontramos que se recibe sólo información teórica, y en ocasiones, lo que el médico necesita es

capacitación en destrezas clínicas, en el manejo del enfermo, en los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico.

De las setenta y pico escuelas de medicina que existen en México, muchas de ellas carecen de autorización para abrir sus puertas y no la necesitan, gracias a esa ley que permite que el estado abra una escuela de medicina sin preguntarle a nadie. Solamente quince de ellas han pasado por los procesos de autoevaluación que fueron diseñados por la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina. Esta situación va a acarrear problemas de suma gravedad, pues con el tiempo muchas de las quejas van a ser fundadas.

También el pago por terceros — común en todo el mundo— está a punto de convertirse en un problema serio en México. Muchas veces, el paciente que tiene seguro institucional no se da cuenta de sus grandes ventajas; un sujeto afiliado al IMSS o al ISSSTE está asegurado de por vida. La institución no le pone límite a su tratamiento durante años, y si muere, le asigna una pensión a la familia; mientras que en el pago por terceros de la compañías de seguros privadas esto no existe.

Uno de los problemas fundamentales que debemos reglamentar —de hecho ya se está haciendo en estos momentos— es la no renovación de contratos de estas compañías: si al paciente le da cáncer en octubre, en enero ya no tendrá seguro. Para las aseguradoras, la selección de pacientes es común, pues es más cómodo elegir pacientes sanos que paguen su seguro durante diez o quince años. Y el día que enfermen, no les renovarán el contrato del siguiente año.

Los cambios que se están dando en la medicina actual son inevitables. Por ello es muy importante que la ley regule tanto los aspectos financieros de la medicina defensiva — que actualmente están a discusión en la cámara de senadores, como los aspectos relativos al manejo médico del paciente que realizan las compañías aseguradoras— con algunos factores condicionantes: leyes más estrictas; la difusión inmediata y masiva de noticias médicas —que puede tener aspectos positivos, de educación, pero también negativos, por el sesgo de la información de revistas que muchas veces sustituyen al médico, lo que con frecuencia conduce al paciente a la automedicación y a los riesgos que ésta implica—; y la demanda de atención médica oportuna, humanizada y de calidad.

El hecho de que la medicina defensiva se haya generado en Estados Unidos tiene que ver mucho con el uso y abuso de medicamentos y de procedimientos diagnósticos; con la mala interpretación del público con respecto a estos modernos modelos de diagnóstico y tratamiento, y con la mala fe de algunos grupos de abogados que promueven entre los pacientes las demandas por ineficiencia o por mala práctica. Esto ha dado como resultado un gasto excesivo en medicina defensiva que debería estar orientado hacia la mejoría de la atención médica.

Por dar un ejemplo, sabemos que numerosas asociaciones médicas, tanto en Estados Unidos como en Canadá, cuentan con reservas de hasta 200 mil dólares, o incluso más, destinadas a la defensa en caso de demandas. Si estos recursos se canalizaran a la optimización de los servicios médicos, les quitaríamos un negocio redondo a los abogados, quienes ganan por las dos partes: una, al proteger al médico; otra al representar al paciente.

En estos países, las demandas abundan en ciertas especialidades: ortopedia, neurocirugía, pero sobre todo en ginecobstetricia. El resultado es que muchos médicos han optado por retirarse antes de lo que tenían previsto. Otros no aceptan atender partos, lo cual constituye una violación a los estándares de atención y genera, por supuesto, más demandas.

Este es un problema de la medicina actual que en nuestro país, gracias a la labor de

CONAMED, no ha progresado. No obstante, es fundamental avanzar en la reglamentación de las Administradoras de Servicios de Salud para proteger en verdad de abusos al médico y al paciente, pues no debemos olvidar que este binomio es el fundamento de la medicina.

Así, tenemos algunas propuestas para resolver esta situación: mejorar la relación médico-paciente mediante una mayor comunicación con el enfermo, una mayor empatía que no es fácil de lograr cuando el paciente no ha seleccionado a su médico; brindar información continua y detallada del padecimiento —que el médico hable con el paciente y con la familia sobre la posible buena o mala evolución de la enfermedad, de las posibilidades terapéuticas y de sus riesgos, especialmente en casos graves—; esto, evidentemente, no sucede si el médico le dedica sólo unos minutos al paciente por necesidades de organización institucional. Desgraciadamente, se trata de un fenómeno común incluso en la medicina privada o prepagada, pues las compañías de pago por terceros le piden a cada médico que atienda a un número determinado de personas.

Para las aseguradoras [...] es más cómodo elegir pacientes sanos que paguen su seguro durante diez o quince años. Y el día que enfermen, no les renovarían el contrato del siguiente año.

Es importante, asimismo, mejorar la preparación básica de nuestros médicos, así como valorar el nivel de la clínica y la utilidad racional de la tecnología. Debemos estar en guardia con respecto a quienes venden o alquilan procedimientos diagnósticos y terapéuticos; puesto que han invertido millones en estos equipos, ellos presionan a los médicos para que los utilicen, y le hacen llegar a los pacientes información sobre esos recursos con el objeto de que los exijan al ser atendidos.

Debemos revisar y actualizar los programas de las residencias y dar difusión a los derechos y obligaciones de médicos y pacientes; pugnar por leyes justas y equitativas; mejorar la calidad en el proceso de atención médica; promover la legislación en torno a la creación de escuelas y facultades de medicina —un tema en el que los médicos poco nos hemos podido meter, porque es difícil que un organismo externo se inmiscuya en una universidad e imponga programas de acreditación por aquello de la autonomía mal entendida, la cual ha generado una gran cantidad de errores. No debemos olvidar que cada universidad puede utilizar sus recursos de acuerdo con sus propias decisiones del modo académico que mejor le convenga: en programas de estudio, de investigación o de difusión de la cultura.

Lo que sí se ha logrado es la certificación de especialistas, que es un hecho en todo México. El Comité Normativo de Medicina General, a través del Consejo de Salubridad General, que tiene dos años de existencia, ha logrado ya el registro de la mayor parte de médicos generales en las entidades federativas del país. Actualmente estamos trabajando en la certificación de hospitales públicos y privados; a la fecha hemos certificado aproximadamente 80, y aún nos restan 480 por evaluar.

En resumen, la medicina defensiva es un ejercicio médico cauteloso que ocasiona gran desconfianza en el paciente, que no atiende casos de alto riesgo y que implica grandes costos y procedimientos innecesarios, y que deja a muchos pacientes insatisfechos. Se trata, además, de una medicina que no es más eficaz; de hecho, lo es menos. Para atacar la medicina defensiva debemos tratar de mejorar la relación médico-paciente; privilegiar la clínica sobre el estudio de laboratorio y gabinete; promover el uso adecuado de la tecnología y el tratamiento médico y quirúrgico con indicaciones muy precisas;

mejorar la preparación, capacitación y actualización del médico en lo que a destrezas y habilidades se refiere; y certificar la educación en facultades y escuelas