

"LA IMPERICIA NO ES TOLERABLE"

Dr. José Luis Alloza y Gascón-Molins

Julio 2012

EL INGENIOSO
HIDALGO DON QUI-
XOTE DE LA MANCHA

*Compuesto por Miguel de Cervantes
Saavedra.*

DIRIGIDO AL DUQUE DE BEJAR,
Marques de Gibralfon, Conde de Barcelona, y Banar-
res, Vizconde de la Puebla de Alcozer, Señor de
las villas de Capilla, Curiel, y
Burgillos.

Año,



1605.

Con privilegio de Castilla, Aragon, y Portugal.
EN MADRID, Por Iuan de la Cuesta.
Vendese en casa de Francisco de Robles, librero del Rey nro señor.

"La libertad es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar: por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida"

**MIGUEL DE CERVANTES
(1547-1616)**



Universidad
de Alcalá



“LA IMPERICIA NO ES TOLERABLE”

PROF. DR. JOSÉ LUIS ALLOZA Y GASCÓN-MOLINS
Farmacólogo Clínico
Departamento de Farmacología
Facultad de Medicina
alcala.project@uah.es



LA IMPERICIA NO ES TOLERABLE

A certain amount of opposition is a great help to a man.

Kites rise against, not with, the wind. (Lewis Mumford, 1985-1990)

La profesión médica se distingue por su dedicación al paciente al aplicar criterios profesionales de la “medicina de las pruebas” (“*Evidence Based Medicine*”), cultivando en los médicos la formación continuada, y la auto-formación. Estar al día de los avances médicos no es baladí, es una exigencia ética, y una necesidad social para poder ejercer la medicina. En el artículo 21 del Código deontológico de la profesión médica (OMC) se refiere a ello al establecer: *El ejercicio de la Medicina es un servicio basado en el conocimiento científico, en la destreza técnica y en actitudes éticas, cuyo mantenimiento y actualización son un deber individual del médico y un compromiso de todas las organizaciones y autoridades que intervienen en la regulación de la profesión.* Y en general, los profesionales de la medicina somos conscientes de esta peculiaridad, así como de las exigencias que emanan de los pacientes, que cada vez más reclaman éxitos que no se corresponden con la realidad. La “jurisprudencia excesiva e introducida en el acto médico” condiciona que el médico busque pruebas que le avalen ante una situación conflictiva; y por tanto la práctica médica se encarece por este efecto defensivo, que aparece simplemente por el qué hacer para que no me conduzcan al Juzgado. Estas medidas defensivas ponen en duda cualquier procedimiento cabal y sensato del quehacer médico, esto es ¿A más pruebas diagnósticas mejor? ¿Hay que emplear todas las herramientas tecnológicas siempre? ¿Dónde está el límite de lo correcto?

En la medicina práctica a pesar de que se desconozca el impacto de la falta de competencia profesional, así como la falta de rendimiento, no deja de ser una incógnita importante a resolver para evaluar de cerca sus efectos, la morbilidad y la mortalidad. En realidad no hay un verdadero interés en conocer las deficiencias de la calidad del ejercicio clínico habitual en España y en otros países. Tanto es así, que se identifiquen o no errores, mala-praxis, resultados incompletos, deficiencias en los cuidados, que cuando aparecen, no hay una intervención reparadora, y se la carga el vector emisor. Y lo que es peor, entre profesionales hay una situación (no es solidaridad compartida entre los mismos médicos) por la cual son muy reacios a señalar con el dedo a un colega y todo ello a pesar de que el problema de la falta de calidad de la actuación médica pueda tener graves consecuencias.

Parece casi imposible que un médico con la buena voluntad de solucionar errores del ejercicio de la profesión médica, pueda actuar y desarrollar acciones pertinentes ante problemas por desconocimiento médico, de una falta de actualización, y de formación específica para el ejercicio. Tenemos en España una cultura generalizada equivocada en la profesión, y también asentada en algunos Colegios de Médicos y en la propia OMC, que hace que el error se vaya repitiendo. A veces un médico solicita que se revise la mala praxis de otros compañeros con pruebas, para lo cual se dirige a la Comisión Deontológico de su Colegio de Médicos; y precisamente por ser médico, y buscar subsanar el problema, no utiliza la vía judicial ante hechos indudables, que merecen al menos una reprobación a los autores de la mala praxis. Basta recordar cómo la utilización de un escrito personal de correo electrónico de un médico con un letrado y consultor de estas materias deontológicas, que por error llegó a un Consejo de Colegios Profesionales de

Médicos de una comunidad autónoma: Se utilizó para ignorar la denuncia presentada, y la defensa a ultranza de la profesión, obligando a rectificaciones (matar al emisario), a pesar de que la defensa afectaba a faltas comprendidas en los artículos 4, 6, 10, 13, 21, y 31 entre otros. El paradigma del anacronismo es cuando la propia OMC desatiende y no quiere recibir a este médico, y acepta sin más la respuesta del Consejo de Médicos de la Comunidad. La figura 1 se hace eco de la respuesta oficial, que justifica este hecho referido. Algo que no queda, en absoluto resuelto, y que reclama rectificación.

Es necesaria una enmienda por parte de todos, la calidad de la asistencia, y particularmente por la deontología, que es la espina dorsal de la profesión. Es la razón partir de la presunción de inocencia del implicado, actuar ordenadamente, pero lo que no se puede hacer es dejar por libre a médicos que no deben de seguir ejerciendo¹. Pero es más, en un mundo de crisis de valores, echamos en falta una “buena medicina”. Por nuestra condición humana lo que se debe de practicar es una ética médica, basada en los valores humanos, en la ética social, que denominamos “medicina humanitaria”: Ver al paciente como persona, con su dignidad, y con todo el respeto que tiene que recibir, como queda reflejado en la deontología médica.



FIGURA 1

Efectivamente, cuando revisamos el articulado del Código de Ética y Deontología Médica de la OMC encontramos que el nº4 establece: *La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son*

los deberes primordiales del médico. Sin embargo, lamentamos que el currículo actual de nuestros estudiantes adolezca de estos valores.

Algunos titulan como “médicos disruptivos” aquellos que ejercen una medicina en forma individualista en contraste con los que la practican en un equipo (la de hoy, que es multidisciplinar) que imponen en cierta manera sus decisiones las cuales no tienen discusión, aunque sean equivocadas, porque ejercen de “jefe”². En esta línea de falsa solidaridad de no denunciar errores se dan circunstancias que deberían de clarificarse en cualquier institución u hospital: a) que no hay represalias contra el que comunica b) desmitificar las demandas por informar de actuaciones erróneas cometidas por otros compañeros; c) subsanar los errores como efecto anticipatorio a que se vuelvan a producir, sin señalar públicamente al “culpable”. Cuando un médico por error diagnóstico produce un efecto nocivo sobre un paciente se le advierte de que no está actualizado en conocimientos médicos. Dado que se produce un macro-error, se le identifica para exigirle que por su falta de cualificación no debe de ejercer la medicina. Pues bien: ¿Quién se lo dice? Como hemos comentado anteriormente, puede ocurrir que hasta la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos relativice la importancia del caso, y por ascensión la misma Comisión Nacional de la OMC. E incluso cuando se discierne sobre este tema, se diga con rigor que efectivamente, *“las comisiones deontológicas no son instrumento suficiente ya que no actúan hasta que no se ha cometido un acto de mala praxis o una infracción de carácter ético”*³. Entonces ¿Para qué está? Tendrá que tomar iniciativas la OMC, dando respuesta a esta realidad social e importante, a la comprobación de que los profesionales médicos están al día mediante la implantación de la recertificación. No basta señalar como hacen los políticos de que *“tenemos un sistema sanitario de los mejores del mundo”*. Cuando se señala una mala práctica en la prescripción, por ejemplo cuando dos medicamentos se sabe que su interacción puede tener consecuencias graves ¿Quién le dice al infractor que lo hace mal? Y qué ocurre con la cirugía, cuando el mismo cirujano tiene una técnica de baja calidad que produce resultados de complicaciones por la misma, de forma sucesiva y reiteradamente. Conozco un caso de una fallecida tras tres colostomías sucesivas en dos meses, como medida paliativa de una afección grave no intestinal, y las tres se hicieron mal, con resultado de muerte de la paciente. La respuesta es que – no hay nadie que lo haga- nadie quiere verse involucrado en tal acción, ni siquiera los que deben de velar por la calidad de la medicina, que son los Colegios de Médicos. ¿Hace falta ir siempre a un Juzgado para sacar a relucir estos hechos? El problema para la sociedad, para todos, es que el error, la mala praxis (fuera del escándalo de la prensa amarilla) y la baja calidad de la medicina, van a persistir, y serán muchos otros pacientes perjudicados por la misma incompetencia no subsanada. ¿Podemos seguir aceptando estos estándares de competencia profesional?

Por todo ello, hemos de decir al ciudadano que hay soluciones, pero que no se toman con los medios disponibles. Cuando un paciente o sus allegados buscan soluciones a un problema de mala-praxis van a proceder a utilizar una vía judicial, en lugar –como se ha expuesto más arriba- al desenmascaramiento de los responsables. El artículo 121 del Código Penal dicta: *El Estado, la Comunidad Autónoma, la provincia, la isla, el municipio y demás entes públicos, según los casos, responden subsidiariamente de los daños causados por los penalmente responsables de los delitos dolosos o culposos, cuando éstos sean autoridad, agentes y contratados de la misma o funcionarios públicos en el ejercicio de sus cargos o funciones siempre que la lesión sea consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos que les estuvieren confiados, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento normal o anormal de*

dichos servicios exigible conforme a las normas de procedimiento administrativo, y sin que, en ningún caso, pueda darse una duplicidad indemnizatoria. Un estudio de la Escuela de Medicina Legal de la UCM en el periodo 2002-2005, sobre las consecuencias de las reclamaciones hechas a médicos por supuestas negligencias médicas, en la vida personal y profesional, aporta datos relevantes: el 47 % son reclamaciones penales, el 25 % son reclamaciones civiles. Un 19% ya las tuvo con anterioridad, y las nominales fueron del 42 % en comparación con el 48 % en conjunto con otros médicos. Por el origen, el quirófano fue del 22% mientras que en consulta fueron 25 %, y urgencias el 18%. En el componente personal un 86 % no cree que tuviera responsabilidad alguna, y la repercusión de la reclamación en su vida se consideró muy importante en el 41 %⁴. Los pacientes no son entes pasivos, y son la fuente más rica de información de los errores médicos, porque muchos han sido testigos, y desean por otra parte, saber la verdad cuando las cosas se tuercen, y por ello piden sinceridad a cerca de los hechos, en lugar de enfrentarse con la puerta cerrada de la negación⁵, Figura 2.

Canadian Patient Safety Institute

The Canadian Patient Safety Institute (CPSI) is a not-for-profit organization that exists to raise awareness and facilitate implementation of ideas and best practices to achieve a transformation in patient safety. We envision safe healthcare for all Canadians and are driven to inspire extraordinary improvement in patient safety and quality.

We invite governments, health organizations, leaders, and healthcare providers to join us and use the evidence-based tools and resources we develop and provide. Together, we can inspire, learn, apply, and improve the quality of care for patients, residents, and clients.

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/Pages/default.aspx>

FIGURA 2

Al ciudadano habrá que explicarle que los estudiantes futuros médicos tienen la calificación más alta para llegar a la Facultad de Medicina. También que necesitan más de doce años de formación para ejercer la profesión. Y que por tanto los estudios de Medicina no se corresponden con una gran carrera que aporta patrimonio, sino que es totalmente vocacional. Una carrera que implica una formación continuada sólida y exigente⁶ (Figura 3). Y lo peor que con tantas facultades de medicina, se produce una plétora que conduce al paro profesional.

Muchos políticos creen que su trabajo es hacer textos en el BOE nacional o el Boletín Autonómico, un lugar donde desarrollar la arrogancia de su poder, ahora cuestionado en este periodo de crisis, y tendrán que poner freno, y no sólo en la Universidad pública como lo están ejerciendo, sino también en todo lo concerniente a la educación universitaria y de todos los colores: Evitar las iniciativas privadas redundantes, y posiblemente las cargadas de obcecación. Se comentó en un foro médico que Boston (Massachussets, EEUU) no tiene 6 facultades de Medicina, pero sí Madrid (Madrid tiene ahora 8)⁷. Resulta que España es el segundo país del mundo (tras Corea del Norte) con mayor número de facultades de Medicina por millón de habitantes. Estas crecen a su manera, posiblemente con las mismas cadencias de las Universidades que nos encontramos en la América Latina. ¿A dónde se va la excelencia de la formación? Hay que defender los valores de la universidad pública, y las otras universidades privadas históricas de prestigio, y al

menos, a la representante de buena formación médica que a mí me dio, en un contexto fuera de lo que, a toda prisa se impone, el denominado “Plan Bolonia”.

Y cuando hablamos de retribuciones de la profesión (en la Seguridad Social, en otras instituciones) nos sentimos atribulados porque la realidad es la de la escasez de ingresos en comparación a la responsabilidad y la dedicación, y en comparación con médicos de otros países de la UE. Ahora bien entre las Comunidades Autónomas tenemos divergencias importantes de equidad. Hay algunas que impactan por las buenas retribuciones salariales, tan sobresalientes como que percibieron unas retribuciones brutas superiores a 50.000 euros, que encabezaba un médico de medicina de familia que percibió en bruto 156.110 euros en el 2011. Y que por tanto, deben de ser un motivo de estímulo de competencia profesional, y que en definitiva, serán meritorias, pero también envidiables; por solo este motivo ya quisiéramos pertenecer a la(s) super-dotada(s) comunidades⁸.

“Si la **licenciatura de Medicina** fuera la culminación del aprendizaje, ¡qué triste sería para el médico y qué angustioso para los pacientes!
Esta profesión más que ninguna se puede aplicar el pensamiento de Platón
“la educación es un proceso continuado a lo largo de la vida”
La **Universidad** da al hombre su dirección, le apunta un camino y le proporciona un mapa bastante incompleto para el viaje, pero nada más”.

SIR WILLIAM OSLER (1850-1934) en 1900.

FIGURA 3

Así pues, bastaría con tratar de aplicar a nuestro medio (donde se emplea constantemente ese adjetivo de “la gran medicina española” en lenguaje político) los criterios de la Universidad de California en San Diego (UCSD) que permite la evaluación de la formación médica para ejercer con competencias la profesión de médicos (University of California, San Diego (UCSD) *Physician Assessment and Clinical Education (PACE) Program*)⁹, todo un planteamiento que no tiene desperdicio.

En España se da la paradoja de tener varias “medicinas” en cuanto al control de la calidad (que van por separado). Se acepta sin discusión disponer de un Ministerio de Sanidad que va por su lado, dictando sobre los profesionales de la medicina de la “A a la Z” e ignorando el peso correspondiente de la Educación (Universidad, Facultades de Medicina) tan importante para la formación continuada de los médicos. Pues bien se da la incongruencia que esta formación continuada en un alto porcentaje, está en las manos de la Industria Farmacéutica y sus Fundaciones, que tan gratamente asumen este papel. Pero la pregunta es ¿Qué tienen que decir sobre esto los Colegios de Médicos, y la Universidad, cuna de los médicos? Por connivencia política ¿Han de quedar las cosas como están? ¿Tiene que ir cada una de estas instituciones por su lado? ¿Es necesario que sean las Asociaciones de los médicos Especialistas las que negocien con los Gobiernos?

Se da la contradicción entre la farmacología clínica, que es una disciplina médica para con el paciente, y lo que es la “farmacia comunitaria” en el siguiente texto de Redacción Médica, que pone en entredicho una situación totalmente anormal, al

decir: *“Los médicos de Atención Primaria tienen en general una “mala valoración” del farmacéutico como profesional sanitario, y lo relacionan “más con un gestor de su propio negocio”, según revela el estudio ‘Farmacéuticos comunitarios, el eslabón perdido de Atención Primaria’¹⁰* . No cabe pensar que el único eslabón perdido de la Atención Primaria no es la “farmacia comunitaria” sino la Farmacología Clínica, pues como es evidente, muchos farmacólogos clínicos vuelven a la “oposición” MIR para cambiar de especialidad, por falta de salidas profesionales, como sería la propia de farmacólogo clínico de atención primaria, y así ganarse la vida como médicos, esto es, haciendo la medicina clínica del medicamento con todo su bagaje, que no es poco. Además, no es de recibo que como “médicos de a pié” que tengamos la supervisión del farmacéutico cuando en nuestra responsabilidad del acto médico tenemos todo el seguimiento del paciente, y que se constituyan “sociedades de optimización de la farmacoterapia” es un dislate que como en otros escenarios de la vida suelen emerger. Veamos cuanto duran¹¹ .

Economistas, juristas y otras profesiones no médicas abundan entre los gestores de alto grado de la Administración para gestionar en hospitales e instituciones el ejercicio de la medicina, y para con el medicamento. Y por tanto se dictaminan acciones que tienen el sesgo del desconocimiento de la práctica médica, con la visión exclusiva política (inmediatez, hacer cosas) y del despacho (sin conocer el paciente y sus circunstancias). Además, algunos gerentes de hospital actúan como si fueran “los reyes del mambo”, haciendo entuertos de los que no van a salir. La situación actual de quiebra económica para hacer frente a las deudas del Sistema Nacional de Salud nos devuelve la primera imagen que tenemos de la gestión hospitalaria y ambulatoria, la gestión clínica, que estuvo desde su comienzo en manos de médicos. Y es que son éstos, y no los otros, los que están de verdad, conociendo las necesidades de los pacientes y por tanto capaces de mejorar la eficiencia de los recursos. Muchos problemas de gestión y de recursos humanos derivan de considerar que con ser “directivo” es suficiente.

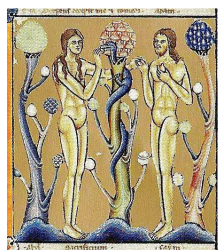
Hay muchos ejemplos, pero no hace mucho se tomo la decisión de fabricar en monodosis, versus la formulación normal, y se crearon experimentos en su lanzamiento con notable repercusión en los medios y en todo el sector sanitario. Si se le hubiera llamado “experiencia piloto”, hubieran tenido al menos mejor recepción los resultados negativos de la operación¹².

En resumen, la deontología médica obliga al médico a ejercer con conocimientos, pero la actualización y la adquisición en los mismos no está al alcance de todos de la misma manera, ni hay un control que garantice que la medicina que desarrollan está aplicándose con el criterio de la “medicina de las pruebas”. El discernimiento expuesto necesita de soluciones basadas en un análisis del contexto de la medicina española, involucrando a todos los entes que deben de garantizar la excelencia del acto médico. La realidad obliga a tomar medidas en un momento donde el paciente y la sociedad es cada día más consciente de los avances de la medicina y reclaman mayor calidad en sus cuidados y en la experiencia profesional. La medicina y su desarrollo implica a equipos profesionales que actúan sobre el paciente en forma de colaboración integrada. Los Colegios de Médicos deberán velar porque el ejercicio profesional se haga en condiciones de calidad, evitando por tanto, una atención deficitaria por incompetencia, así como los errores humanos que consecutivamente puedan acaecer. ●



REFERENCIAS

- ¹ Iglesias A. Estoy para ganar juicios, no para llevar casos. Diario Médico, 25 mayo 2012, p. 38.
- ² Wachter's World. El fin del doctor House y los médicos disruptivos. En "Recortes de Prensa". Diario Médico 25 mayo 2012; p. 12.
- ³ Fernandez C. Miquel Bruguera (RAMC). "Las comisiones deontológicas no son instrumento suficiente". Diario Médico, 29 de mayo de 2012.; p. 7
- ⁴ Cómo viven y practican la profesión los afectados por reclamaciones. AMA en marcha. Octubre 2007; 87: 42-43.
- ⁵ Canadian Patient Safety Institute. "Building a safer Health System".
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/Pages/default.aspx>
- ⁶ Sir William Osler. Un estudiante de Alabama y otros ensayos biográficos. Fundación Lilly. Unión Editorial. Oxford University Press American Branch, Nueva York y Londres, 1909. ISBN 978-84-7209-537-3. Madrid, 2010.
- ⁷ Güemes I. (Ex-Consejero de Sanidad, Comunidad de Madrid). Primer Foro de la Profesión Médica. Primera Mesa. Celebrado en el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos, 27 febrero 2009.
- ⁸ Gobierno de Extremadura. Presidencia. Anexo. Retribuciones brutas correspondientes al año 2011. <http://www.actasanitaria.com/noticias/actualidad/articulo-el-colegio-de-badajoz-lleva-a-los-tribunales-la-informacion-de-la-junta-de-extremadura-sobre-las-retribuciones-de-los-medicos.html>
- ⁹ Norcross W. The Impaired Physician. Sorting Through the Diagnosis of Physician Dyscompetence. Medscape Internal Medicine. Posted 11/18/2008.
http://www.medscape.com/viewarticle/583499_1.
- ¹⁰ Redacción Médica, viernes, 16 de diciembre de 2011.
<http://www.redaccionmedica.com/edicion/16-12-2011>
- ¹¹ Guillen J. Una sociedad multidisciplinar investigará e impulsará el seguimiento. Nace la "Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia". Correo Farmacéutico. 14-20 mayo 2012. p. 43
- ¹² Baos V. Punto de Vista. Voy a poder recetar una pastilla de "Paracetamol o de Ibuprofeno". Acta Sanitaria, 19 febrero 2011.
http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=4&idContenido=24454.



Biblia Moralisée de Nápoles (1340)
M. MOLEIRO EDITOR S.A.
Barcelona, España