



El valor de la comunicación

Costes de la evolución de la relación médico-paciente

Los médicos tienen derecho a equivocarse, y los pacientes a reclamar por sus errores, cosa que resulta cada vez más frecuente. Pero, ¿cómo atajar la judicialización de la práctica médica? Con la entrada en vigor de diversas leyes (Autonomía del Paciente y LOPS) se buscó reglar esta situación. Sin embargo, la comunicación entre unos y otros continúa siendo una asignatura pendiente.

Eva Sainz Corada

El imparable progreso de la Medicina ha venido acompañado por un avance tanto en el ámbito social como en el jurídico. En el primer caso, el paciente ha pasado de ser un sujeto pasivo a desempeñar un papel más activo, llegando a convertirse en un auténtico copartícipe del acto médico, a años luz de la relación antaño paternalista en la que el doctor asumía toda la responsabilidad. En el segundo, la toma de conciencia de la salud como derecho y, en consecuencia, a su ejercicio y defensa ha propiciado el desarrollo de un buen puñado de leyes que regulan la profesión sanitaria y derivado, cada vez con más frecuencia, ante los tribunales de Justicia.

Este cambio, o más bien esta evolución en el ejercicio de la Medicina, ha determinado el nuevo orden clínico. Un orden que, si a grandes rasgos tiene muchas e innegables ventajas, también

ha de cargar con ciertos “efectos secundarios” no tan deseables como son, entre otras, su judicialización o la práctica de la llamada medicina defensiva, lo que genera un gasto incalculable para el sistema.

Al mismo tiempo, la población está cada vez más leída sobre cuestiones relacionadas con la salud, lo que se traduce en que la exigencia es cada vez mayor. Sin embargo, como resalta Juan José Rodríguez Sendín, secretario de la OMC, “el error es inevitable, y más en una profesión como la sanitaria. Los médicos también cometen errores. Sin tener en cuenta cuán eruditos, concienzudos, cuidadosos o trabajadores sean los médicos, cometerán errores”. Por esta razón, desde la Organización Médica Colegial (OMC) se esgrime la necesidad de que se produzca un nuevo cambio cultural para que se pase de una mentalidad punitiva a otra formativa y

educativa. Y es que, junto con la investigación tecnológica de la práctica médica, también se ha incrementado el número de demandas por errores médicos o, como recientemente pidió que se denominasen el presidente de la Organización Médica Colegial, Guillermo Sierra, de “efectos adversos”, pues asegura, éstos son un porcentaje mínimo.

El establecimiento de un baremo de indemnizaciones en función de los daños personales es otra de las demandas largamente solicitada por los profesionales. Según los expertos, su implantación supondría importantes ventajas, pues de esta manera se impediría la discrecionalidad y arbitrariedad de los tribunales a la hora de fijar las indemnizaciones. Además, como señala Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), esta medida “facilitaría llegar a acuerdos extrajudiciales entre los afectados y permitiría a las compañías de seguros fijar provisiones por siniestros, lo que reduciría el abandono del sector médico por parte de éstas”, al mismo tiempo que abriría el abanico de compañías interesadas y contribuiría a frenar la profunda crisis del sector.

El problema de los seguros

Este asunto es de especial importancia debido a la obligatoriedad del seguro de responsabilidad civil desde el 24 de noviembre del año pasado, fecha en la que entró en vigor la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Precisamente el presidente de la Agrupación Mutua Aseguradora (AMA), Diego Murillo, lamentó recientemente la escasa rentabilidad de dichas pólizas, así como el miedo generalizado con que trabajan cada vez más médicos, razón por la que se está imponiendo la medicina defensiva ante el miedo a sufrir una demanda.

La situación se ha vuelto tan extrema que ya sólo quedan tres compañías en el sector —tras el abandono de Winterthur el pasado mes de septiembre,

Tras la reciente retirada de Winterthur del mercado sanitario, sólo tres compañías (Zurich, Mapfre y AMA) cubren el seguro de responsabilidad civil a los médicos, que es obligatorio desde la entrada en vigor, en noviembre de 2003, de la LOPS

cuando retiró los 63 millones de euros que tenía como provisión para cubrir los siniestros del colectivo— de la responsabilidad civil sanitaria ante la mala rentabilidad de estos seguros. De este modo, actualmente sólo Zurich, Mapfre y AMA continúan asegurando los daños asistenciales, si bien, y como afirma el presidente de la última “aunque no les dejaremos sin cobertura, no querría ni una sola póliza más”.

Esta crisis es, según Mercedes Vázquez, de Unespa, “consecuencia de la inseguridad jurídica ante la que se encuentra el sector de los seguros”, motivo por el que aboga por el diálogo entre todas las partes implicadas con el fin de llegar a un acuerdo beneficioso para todas ellas. Y es que, como reflejan los datos manejados por el Defensor del Pueblo, el número de reclamaciones sanitarias ha aumentado un 20% el último año. Así se pone de manifiesto en el informe que realiza anualmente esta institución y que recoge las quejas registradas durante 2003. De ellas, casi 1.500 fueron para el sector sanitario (exactamente 1.495) de las cuales 527 fueron individuales, 965 colectivas y sólo tres de oficio.

Según se desprende de dicho informe, la principal causa de insatisfacción de los pacientes antes, durante y después de la atención médica fue “la falta de información”. No obstante, la entrada en vigor, el 16 de mayo de 2003, de la Ley de Autonomía del Paciente ha venido a resolver no pocas cuestiones referentes a los elementos, cantidades y formas de información, así como al contenido y al acceso de la historia clí-

nica, ámbitos sobre los que, tradicionalmente, han incidido un notable número de quejas planteadas ante el Defensor del Pueblo. “Tal vez no sea ajeno a ello el hecho de que las planteadas a lo largo de 2003 sobre esta materia lo han sido en menor número que años anteriores”, señala el informe.

Formar a los pacientes

No es de extrañar, pues es un hecho comprobado, que la información juega un papel determinante para mantener el delicado equilibrio en la relación médico-paciente. Es más, la información que se proporciona, o no, tanto al paciente como a sus allegados es precisamente la pieza clave de la mayoría de las reclamaciones de responsabilidad médica y supone, además, un elemento de capital importancia cuando la reclamación lo es por vía judicial.

Para los expertos, lo fundamental es formar a todos los actores en este sentido: pacientes, jueces e incluso médicos. “Es necesario que los pacientes conozcan que la obligación del médico no es curar, cosa que no es humanamente posible, sino poner los medios necesarios para procurar la curación de conformidad con el estado de la Ciencia en cada momento. Es fundamental que los médicos conozcan, por su parte, las implicaciones jurídicas del ejercicio profesional, y que abogados, jueces y fiscales comprendan las circunstancias en que el ejercicio profesional se desenvuelve”, sostiene el presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Es decir, “el médico debe conocer la trascendencia jurídica que se pueda

El número de reclamaciones sanitarias aumentó un 20% el último año, según se pone de manifiesto en el informe anual que realiza el Defensor del Pueblo. La falta de información es, según este documento, la primera causa de insatisfacción entre los pacientes

derivar de la correcta o incorrecta información al paciente, mientras que jueces y fiscales deberán comprender cómo se toma una decisión en décimas de segundo y que no es lo mismo contemplarlo en un Tribunal de Justicia. Y el paciente debe saber que cualquier acto médico conlleva un riesgo, y ese riesgo lo tiene que conocer para asumir, precisamente a través de la información que sepa, con conocimiento de causa, los riesgos que cada acto médico conlleva”, continúa De Lorenzo.

La aceptación de la contingencia es la función del Consentimiento Informado, uno de los muchos aspectos regulados en la Ley de Autonomía (junto a otros como el Testamento Vital o la Historia Clínica) y que ha supuesto un avance importantísimo en el desarrollo de esa comunicación entre médicos y pacientes. A pesar de ello, aún quedan escollos importantes que salvar en este sentido pues, como explica Jesús Sánchez Martos, catedrático de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, “significa que el paciente tiene que consentir pero siempre y cuando el médico le informe adecuadamente, y realmente no se está haciendo así”. En demasiadas ocasiones éste es en realidad un ‘consentimiento obligado’, pues “en muchísimos hospitales consiste en un papel que tiene que firmar el paciente pero que, además, no le explica nadie. El paciente está obligado a consentir: si no firma ese documento no se le realiza la prueba a la que se quiera someter sin saber en qué consiste o cuál es el proceso”, continúa Sánchez Martos.

De la misma forma piensa Margarita Retuerto, Defensora del Paciente de la Comunidad de Madrid, quien también insiste en la necesidad de defender el derecho que tienen el paciente y su familia a una comunicación veraz y rigurosa, entendiéndolo que el profesional tiene la obligación de dar toda la información, y sin excepción, al paciente o, en el caso de que éste se encuentre incapacitado, a la familia; un problema que posiblemente, apunta, podría solucionarse sólo con mejorar la formación de los profesionales desde la universidad mediante la introducción, a los planes de estudio de pregrado de Medicina, de una asignatura de habilidades en comunicación.]

Tabla 1. DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

DERECHOS

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las administraciones públicas sanitarias: Al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminada por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

1. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
2. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
3. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.
4. En todo caso, será imprescindible la previa autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia su establezca por una necesidad legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del capítulo de deberes.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada, recibirá su Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1,3,4,5,6,7,9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

DEBERES

Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas, determinadas por los Servicios Sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en los que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente, y prestaciones terapéuticas y sociales.
4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, La Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.

Fuente: Ley General de Sanidad (Arts. 10 y 11 de la Ley 14/1986 de 25 de abril).