



## Pacientes que Representan Alto Riesgo de Demanda

F. GUZMAN, MD; SCC.

### INTRODUCCION: EL DETERIORO DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Los acontecimientos de los últimos años nos han colocado a los médicos contra la pared. Fuerzas contradictorias han cambiado radicalmente el ejercicio de la medicina. La política económica neoliberal, que nos volvió parte de una economía de mercado; la erupción de las demandas médicas ante una serie de entes juzgadores de nuestra actividad; el demérito de la imagen profesional impulsado por quienes tomaron el comando del manejo administrativo de las entidades de salud; la conversión en profesionales de segunda, preconizada por las empresas de medicina prepagada; la cultura de calidad, exigida por instituciones reguladoras; la proliferación de facultades de medicina de dudosa altura científica; la implantación de tarifas simplemente ridículas por parte de las denominadas "eses" (EPS, IPS, POS) y de las compañías de seguros (SOAT); en fin, el choque entre la ética tradicional de tipo hipocrático y el moderno mandato burocrático.

Una de las peores experiencias que puede sufrir un médico es verse involucrado en cualquier proceso de tipo civil, penal, administrativo o ético. Una llamada de un juzgado, de un tribunal, de la Corte Suprema de Justicia, del Consejo de Estado, de la Superintendencia de Salud, de la Fiscalía, de la Procuraduría, de la Defensoría del Pueblo, de algún Tribunal de Ética Médica o de las mismas autoridades hospitalarias, constituye un severo golpe a la autoestima y una angustia ante lo impredecible.

De rutina, la gente se queja de oficio; parece como si el objetivo de los pacientes fuera encontrar alguna falla que informar en el desempeño de quien se ha encargado de aliviarlo.

Todo esto ha ocasionado una lógica reacción de los médicos en varios sentidos: la relación médico paciente se ha deterio-

rado; el afecto que anteriormente el profesional brindaba a su enfermo se ha enfriado; los casos de alto riesgo se están rechazando por sus obvias consecuencias; el espíritu de la profesión se ha transformado en el ejercicio de una medicina defensiva, helada y en muchas ocasiones, cruel.

Porque los médicos estamos cansados de tanto atropello y vejación permanentes, este artículo va dedicado muy especialmente a quienes toman en sus manos los casos de alto riesgo de complicación, que hoy se equiparan a alto riesgo de demanda.

¿Vale realmente la pena asumir estos casos cuando se puede detectar casi desde el comienzo el tipo de persona que le va a ocasionar al médico y, muy especialmente al cirujano, problemas casi inmediatos que le destruyen la confianza en el paciente?

Si a esto le añadimos la dudosa calidad científica y humana de algunos de nuestros juzgadores, particularmente la Superintendencia de Salud que se ha constituido en la moderna Inquisición Médica, no cabe duda de la posición defensiva que debemos asumir permanentemente.

Para comenzar, quiero resumir un caso ocurrido hace algunos meses en una institución de Bogotá. Hacia la medianoche de un día común y corriente acudió al servicio de urgencias un niño con un cuadro abdominal agudo. El médico de turno lo examinó y diagnosticó apendicitis aguda, para lo cual solicitó los respectivos exámenes de laboratorio, con su obvia demora hasta ser reportados; en seguida llamó al cirujano pediátrico de turno, quien solicitó una ecografía abdominal mientras llegaba al hospital para hacerse cargo del caso. Luego de confirmar el cuadro clínico con su propio examen físico y de revisar los exámenes paraclínicos, llevó de inmediato al niño a cirugía; efectivamente, encontró una apendicitis aguda con peritonitis localizada; para lo cual practicó apendicectomía y lavado del lecho apendicular. El paciente evolucionó en forma satisfactoria, sin fiebre postoperatoria, sin infección de la herida y con reversión completa de los síntomas, por lo cual el niño a los pocos días fue dado de alta del hospital y controlado en el consultorio del cirujano en dos ocasiones, hallándolo en perfecto estado.

---

*Doctor Fernando Guzmán Mora, Cirujano Cardiovascular, FSFB; Profesor de Cirugía y Conciliario, Universidad del Rosario; Presidente de la Federación Médica Colombiana. Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.*



## Pacientes que Representan Alto Riesgo de Demanda

F. GUZMAN, MD; SCC.

### INTRODUCCION: EL DETERIORO DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Los acontecimientos de los últimos años nos han colocado a los médicos contra la pared. Fuerzas contradictorias han cambiado radicalmente el ejercicio de la medicina. La política económica neoliberal, que nos volvió parte de una economía de mercado; la erupción de las demandas médicas ante una serie de entes juzgadores de nuestra actividad; el demérito de la imagen profesional impulsado por quienes tomaron el comando del manejo administrativo de las entidades de salud; la conversión en profesionales de segunda, preconizada por las empresas de medicina prepagada; la cultura de calidad, exigida por instituciones reguladoras; la proliferación de facultades de medicina de dudosa altura científica; la implantación de tarifas simplemente ridículas por parte de las denominadas "eses" (EPS, IPS, POS) y de las compañías de seguros (SOAT); en fin, el choque entre la ética tradicional de tipo hipocrático y el moderno mandato burocrático.

Una de las peores experiencias que puede sufrir un médico es verse involucrado en cualquier proceso de tipo civil, penal, administrativo o ético. Una llamada de un juzgado, de un tribunal, de la Corte Suprema de Justicia, del Consejo de Estado, de la Superintendencia de Salud, de la Fiscalía, de la Procuraduría, de la Defensoría del Pueblo, de algún Tribunal de Ética Médica o de las mismas autoridades hospitalarias, constituye un severo golpe a la autoestima y una angustia ante lo impredecible.

De rutina, la gente se queja de oficio; parece como si el objetivo de los pacientes fuera encontrar alguna falla que informar en el desempeño de quien se ha encargado de aliviarlo.

Todo esto ha ocasionado una lógica reacción de los médicos en varios sentidos: la relación médico paciente se ha deterio-

rado; el afecto que anteriormente el profesional brindaba a su enfermo se ha enfriado; los casos de alto riesgo se están rechazando por sus obvias consecuencias; el espíritu de la profesión se ha transformado en el ejercicio de una medicina defensiva, helada y en muchas ocasiones, cruel.

Porque los médicos estamos cansados de tanto atropello y vejación permanentes, este artículo va dedicado muy especialmente a quienes toman en sus manos los casos de alto riesgo de complicación, que hoy se equiparan a alto riesgo de demanda.

¿Vale realmente la pena asumir estos casos cuando se puede detectar casi desde el comienzo el tipo de persona que le va a ocasionar al médico y, muy especialmente al cirujano, problemas casi inmediatos que le destruyen la confianza en el paciente?

Si a esto le añadimos la dudosa calidad científica y humana de algunos de nuestros juzgadores, particularmente la Superintendencia de Salud que se ha constituido en la moderna Inquisición Médica, no cabe duda de la posición defensiva que debemos asumir permanentemente.

Para comenzar, quiero resumir un caso ocurrido hace algunos meses en una institución de Bogotá. Hacia la medianoche de un día común y corriente acudió al servicio de urgencias un niño con un cuadro abdominal agudo. El médico de turno lo examinó y diagnosticó apendicitis aguda, para lo cual solicitó los respectivos exámenes de laboratorio, con su obvia demora hasta ser reportados; en seguida llamó al cirujano pediátrico de turno, quien solicitó una ecografía abdominal mientras llegaba al hospital para hacerse cargo del caso. Luego de confirmar el cuadro clínico con su propio examen físico y de revisar los exámenes paraclínicos, llevó de inmediato al niño a cirugía; efectivamente, encontró una apendicitis aguda con peritonitis localizada, para lo cual practicó apendicectomía y lavado del lecho apendicular. El paciente evolucionó en forma satisfactoria, sin fiebre postoperatoria, sin infección de la herida y con reversión completa de los síntomas, por lo cual el niño a los pocos días fue dado de alta del hospital y controlado en el consultorio del cirujano en dos ocasiones, hallándolo en perfecto estado.

---

*Doctor Fernando Guzmán Mora, Cirujano Cardiovascular, FSFB; Profesor de Cirugía y Conciliario, Universidad del Rosario; Presidente de la Federación Médica Colombiana. Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.*

Esto, que corresponde a un cuadro usual de diaria ocurrencia y con una respuesta terapéutica estupenda, no hubiera tenido ninguna trascendencia, a no ser porque 6 meses después llegó una comunicación de la Superintendencia de Salud en la que condenaba a la institución a pagar una multa superior a los cien millones de pesos, debido a que consideró que la “demora” del cirujano en intervenir al paciente (menos de 2 horas), había sido la causa de la peritonitis del niño quien, como ya se dijo, respondió al tratamiento sin ningún tipo de complicaciones.

¿Qué calidad de profesionales está juzgando a las instituciones y a sus médicos en una entidad que viola el debido proceso y condena sin oír a las partes? ¿Qué clase de especialista rinde sus conceptos para condenar a instituciones de salud en un caso como el presente, modelo de torpeza intelectual y de violación de todas las normas legales?

Esta es una de las causas del deterioro de la profesión médica en el país, especialmente cuando se tiene en cuenta que recientemente escuchamos en un posgrado de gerencia en salud a uno de los profesores invitados, la siguiente afirmación:

“... En un estudio efectuado en los Estados Unidos se encuentra que un 17% de los procedimientos endoscópicos no son justificados... en nuestro país esta cifra debe ser cercana al 100%...”

Al escuchar semejante estupidez y frente a las nuevas respuestas con que enfrentó el reclamo de quienes nos encontrábamos en el recinto, me negué a continuar oyendo su conferencia y me retiré del aula de clase.

Al preguntar sobre la posición del conferencista, mi sorpresa fue enorme cuando me contestaron que se trataba de un médico y antropólogo, con posgrado en administración en salud y con una posición de importancia en la Superintendencia Nacional de Salud.

## **EL RIESGO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ACTO MEDICO**

En teoría, por lo menos, todo acto médico tiene un fundamento humano y científico. La medicina, como parte de las ciencias de la naturaleza y la sociedad, se caracteriza por su racionalidad y su objetividad. Esta racionalidad está constituida por conceptos, juicios y raciocinios, y no solamente por sensaciones, imágenes o pautas estereotipadas de conducta; sus ideas son capaces de combinarse de acuerdo con algún conjunto de reglas lógicas, con el fin de producir nuevas ideas. Estas, a su vez, no se amontonan caótica o cronológicamente, sino que se organizan en sistemas de ideas, esto es, en conjuntos ordenados de proposiciones (teorías).

Esto quiere decir que la práctica de un acto médico debe estar respaldada por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional, en beneficio del paciente. Como todo acto médico implica un riesgo, para que éste no sea considerado como una agresión, su finalidad debe ser de ayuda al organismo enfermo y debe basarse en ciertas normas: licitud, ejecución típica, seguimiento de normas científicas universalmente aceptadas y profesionalismo.

El Estado se encarga, entonces, de dar el espaldarazo a la decisión de la comunidad y acepta al médico como un integrante que, lejos de ser peligroso, es benéfico para la sociedad. Obviamente se regula su actividad y se le exige un nivel de competencia que el mismo Estado certifica (título universitario); pero una vez que el médico se encuentra ejerciendo legalmente, su actividad queda regulada en esencia por su criterio personal y profesional.

El paciente debe manifestar su consentimiento, bien sea de manera personal o a través de la persona que tenga su representación legal o que le sea más allegada, en los casos en que no pueda hacerlo directamente (minoridad, inconsciencia, alteración mental). Este consentimiento, otorgado para el acto médico, será válido en la medida en que se obtenga de una persona bien informada. El médico tiene la obligación de mantener al paciente permanentemente informado y la información debe ser completa y precisa, siempre que sea posible darla. Habrá eventos en los cuales el médico, según prudente juicio, mejor deba abstenerse de dar una información que lleva al paciente a un estado físico o mental peor de aquel en que se encuentra. Pero si necesita la autorización del enfermo o de sus familiares para proceder clínicamente, está en la obligación insoslayable de advertir el riesgo previsto, so pena de responder por él (Artículo 16, Ley 23 de 1981).

En esta forma se entiende que ante el riesgo, más o menos grande, que entraña toda intervención médica, corresponde al paciente, y no al médico, tomar la decisión y asumirlo. Si el paciente no está de acuerdo con la opción que el médico le presenta, puede elegir libremente a otro profesional que se haga cargo del asunto.

Y si bien es cierto que a mayor cantidad y calidad de estudios y especialidades, debe exigirse un mayor cuidado, no se puede llegar al extremo de suponer la previsibilidad del ciento por ciento de las posibilidades, por razones obvias: En el cuerpo humano y en la acción terapéutica siempre está presente, de una u otra forma, el azar. La medicina no es una ciencia exacta, y no todos los pacientes responden de idéntica manera.

Lo anterior quiere decir que, al evaluar el riesgo de un tratamiento, debe tenerse en cuenta el tipo de paciente, el campo de especialización del médico que lo atiende, los recursos de los cuales dispone, el momento de la enfermedad en el cual consulta, lo típica que sea la presentación de su enfermedad y otro número de variables.

Todo procedimiento médico tiene riesgos. El problema actual es que se tiende a trasladar dicho riesgo al médico, sin una razón suficiente. Anteriormente el enfermo era consciente de su estado y asumía las consecuencias del tratamiento, sin inculpar al médico por el fracaso. Era una posición responsable que se basaba en el principio de la buena fe recíproca: el paciente era sincero con el médico y le descubría su cuerpo y alma; iba a él en busca de ayuda y confiaba en que el médico, a su vez, haría lo que estuviera a su alcance para obtener la recuperación de la salud. Si no se lograba, no había reclamo. Ambos sabían que se había intentado y hecho todo lo posible.

Debe insistirse hasta la saciedad que el contrato de servicios o asistencia médica da origen a una de las llamadas obligaciones de medio y no de resultado. El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo. Por lo tanto, el único resultado que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución. Si el objeto del acto médico es una simple 'alea', si su existencia no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que, en todo o en parte está condicionada por el azar, nos encontramos frente a lo que los romanos llamaban ya la 'emptio spei' (compra de la esperanza), como ocurre cuando el sujeto acude al consultorio del médico, con la esperanza de obtener su curación. En estos eventos, el resultado no se puede garantizar, pero el contrato es válido. Si el resultado no se logra, pero el médico-deudor ha puesto de sí todo lo que se esperaba, no hay responsabilidad de parte suya. Si el resultado es negativo por culpa grave o dolo del médico-deudor, es claro que debe responder.

No puede comprometerse por regla general el médico sino hasta donde las variables incontrolables que resulten le permitan. Obligación de hacer, sí, pero de hacer 'solamente lo que esté a su alcance'. Obligación de asistir médicamente a alguien, poniendo de su parte todos los conocimientos y todo el cuidado con miras a lograr un resultado que, de no alcanzarse, dependerá entonces de otras circunstancias ajenas a la voluntad del profesional de la medicina. Esta manera distinta de ver el asunto, fue introducida en el derecho alemán por Schlossmann, para quien en toda obligación debe distinguirse la conducta del deudor del resultado obtenido con esa conducta.

## LAS DEMANDAS MEDICAS PROLIFERANTES

En 1991 Colombia no solamente amplió de manera importante el 'catálogo' de derechos ciudadanos en su Constitución Política, sino que creó instituciones y recursos tendientes a lograr su custodia y efectividad. Se proclama por lo tanto una revolución silenciosa que transforma los 'estados de derecho' en 'estados sociales de derecho'. Se aceptan en la nueva constitución los logros de otras vertientes ideológicas, hasta hace poco consideradas heréticas, en donde imperan unos principios reconocidos por todos sus miembros a través de la suscripción de tratados, pactos, acuerdos, declaraciones o convenios que los obligan moralmente y que, una vez insertados en la legislación nacional, adquieren la obligatoriedad necesaria para imponerse.

La costumbre de demandar por *malpractice* nace por varias razones: El consumismo que llevó a considerar la salud como un servicio comprable; los ingresos de los médicos; la pérdida de la relación médico-paciente; los seguros de *malpractice*; la proliferación de facultades de medicina; las modificaciones en la organización primero del Sistema Nacional de Salud y luego del Sistema de Seguridad Social en Salud; así como los cambios en la actitud del paciente que pasó de una sumisión silenciosa a una exigencia con presión.

La aparición de las demandas médicas ya ha llevado a ejercer una medicina defensiva (alteración en la forma de práctica médica, inducida por amenaza o posibilidad de demanda, que intenta prevenirse de las quejas de los particulares, dejando bases de defensa en casos de una acción legal), con un mayor deterioro de la relación médico-paciente. Esto ha causado la correspondiente crisis en instituciones de salud, privadas y públicas, debido al riesgo de 'ejercer con las uñas' por unos salarios irrisorios y, muchas veces, sin el respaldo de la parte administrativa.

Entre las causas de demanda médica hemos analizado en recientes artículos las siguientes, que son apenas una muestra de su totalidad:

1. Fricción del médico con algún miembro de la familia.
2. Desacuerdo de algún familiar con el procedimiento y deseo de demostrar que tenía razón y no fue escuchado.
3. Alguna forma de maltrato al paciente por parte del profesional de la salud.
4. Falta de atención o atención defectuosa al paciente.
5. Falta de cortesía.
6. Pago de cuentas hospitalarias altas.

7. Falta de información adecuada.
8. Garantía de un resultado.
9. Médicos que hablan mal de los colegas.
10. Abogados interesados en beneficio económico.
11. Familiares interesados en beneficios secundarios de tipo monetario.

## EVALUACION DEL RIESGO EN CADA CASO PARTICULAR

¿Qué caso debemos aceptar bajo nuestro cuidado? Evidentemente los casos de urgencia no pueden ser rechazados por ningún motivo y esto lo tenemos claro los médicos.

*“... Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:*

- a) Que el caso no corresponda a su especialidad;*
- b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya;*
- c) Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas...”*

### Artículo 7, Ley 23 de 1981

Por otro lado, el argumento económico jamás deberá ser razón para no atender un enfermo.

*“... En caso de urgencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios profesionales...”*

### Artículo 23, Ley 23/81

Sin embargo, cuando de manera electiva o programada se presenta un paciente para ser llevado a una intervención médica o quirúrgica de alto riesgo, se deben tener en cuenta algunos signos de alarma (posibilidad de demanda) para el médico y su equipo de salud.

Si bien es cierto que el Artículo 3 de la Ley 23 de 1981 expresa que, *“El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley”*, no es menos cierto que la ética médica es, esencialmente, similar a la que rige a todos los miembros de la sociedad. Por esto, pretender que el médico sea sujeto de abuso sin capacidad de respuesta es, hoy en día, absurdo.

Además, la misma Ley 23 expresa en su Artículo 6:

*“... El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión...”*

Y una de las razones que interfieren este libre y correcto ejercicio es la amenaza de una demanda o de una queja injusta por parte de los pacientes. Esto puede ser el final de una vida profesional sacrificada y altruista que puede servir a muchos otros enfermos.

Debemos entonces evaluar algunos aspectos esenciales, antes de aceptar un caso.

### 1. Riesgo elevado del procedimiento

Anteriormente, los cirujanos éramos absolutamente felices de poder tomar en nuestras manos los casos difíciles y de alto riesgo. Y lo hacíamos esencialmente por efectos de realización personal, de satisfacción profesional.

Hoy en día debe valorarse si el riesgo de una intervención justifica su resultado. Por ejemplo: La resección de aneurismas aórticos en personas de avanzada edad; la revascularización miocárdica (*bypass*) en personas con fracciones de eyección muy bajas; la pancreatoduodenectomía en el cáncer del páncreas (cirugía de alta mortalidad usual).

¿Realmente justifica someter al paciente a riesgos altos cuando, adicionalmente, la gente exige una medicina todopoderosa que evite la muerte a toda costa? Porque, desafortunadamente, cuando las cosas salen bien se adjudica el triunfo a la intervención de fuerzas superiores; pero cuando las cosas se complican o los pacientes se mueren, de inmediato se culpa a los médicos y al hospital.

### 2. Personalidad problemática del paciente o de su familia

*El adulator.* Detrás de cada persona que espontánea, insiste y servilmente habla de las maravillosas condiciones del médico que tiene al frente, puede existir un ser humano de reacciones totalmente contrarias, que luego se vuelva contra el médico en forma particularmente agresiva.

*El que llega hablando mal de otro médico.* En este caso debe tenerse mucho cuidado, pues la combinación de adulación y comentarios acusadores contra otro médico por parte de quien asiste a la consulta, puede manifestar la decisión de apoyarse en el concepto del médico para emprender una queja de cualquier tipo en contra de quien ya ha examinado o tratado al paciente. La sospecha se incrementa cuando el interrogatorio no corresponde con algunos datos del examen físico.

*El 'dueño' del médico.* Este es un espécimen muy frecuente en las empresas de medicina prepagada. Hay que anotar el cambio de actitud del mismo paciente cuando pasa de privado a institucional de prepago, pues logra convencerse que debe obtener un beneficio por el costo del seguro anual y, además, adquiere la íntima convicción de haber 'comprado' al médico, lo cual lo lleva a tomar una actitud arrogante y despectiva que fácilmente puede irritar al profesional, ocasionando reacciones de cualquier tipo, que desembocarán en problemas para ambas partes.

*Los 'expertos' en medicina.* No faltan aquellos que se consideran actualizados en aspectos de la salud a través de periódicos, revistas familiares, conferencias radiales, televisión, etc., y que acuden a la consulta con preguntas capciosas para confirmar la competencia del médico o simplemente para hacerlo sentirse mal.

*Los despectivos de la profesión médica.* Hay personas que muestran un franco resentimiento ante la medicina y sus profesionales, sea encubriendo un complejo de inferioridad por no haber podido estudiarla, bien por franca agresividad debido a un previo contacto desagradable con las instituciones hospitalarias o sus empleados o, inclusive, por tratar de asumir una posición de persona "interesante".

*Los cazafortunas.* En sitios en donde los seguros de responsabilidad civil médica se han instaurado masivamente. Se ha tipificado la imagen de quien demanda por oficio con el objeto claro de obtener ganancias económicas a costa de los médicos y las aseguradoras. Incluso se ha encontrado relación entre el demandante y el mismo médico, quienes pueden conspirar conjuntamente para ganar una demanda.

*Los sociópatas.* Toda clase de personas anormales visitan los consultorios médicos. Por esto es necesaria la presencia de un asistente en el consultorio, no solamente cuando se sospeche una conducta anormal de quien consulta, sino cuando existan antecedentes psiquiátricos claros del enfermo, en particular en algunas especialidades como la ginecología.

### **3. Amenazas tempranas de queja o demanda (antes de comenzar el procedimiento)**

Esta es una clara advertencia de problemas y el médico no tiene por qué aceptar circunstancias adversas antes de comenzar su trabajo. En alguna forma, dentro de normas legales y éticas, debe evitarse intervenir.

### **4. Conocimiento de demandas previas a otros médicos**

Es motivo de discusión si un médico debe arriesgarse con personas que tengan antecedentes de demanda a otros profesio-

sionales de la salud. Y aunque no guarde una relación directa, si tiene alguna proporción el recordar que en sistemas tan estrictos como el financiero, un atraso o incumplimiento con alguna entidad le cierra las puertas al solicitante de crédito con cualquiera otra institución similar.

Ante un paciente que haya demandado injustamente a otro médico: ¿Debemos tomar el caso obligatoriamente? ¿O tenemos la posibilidad de declararnos impedidos por el riesgo de ser demandados?

### **5. Parentesco con profesionales del derecho o de la medicina**

Constituyen un factor de riesgo. La explicación que se brinde a estas personas deberá ser particularmente clara, especificando uno por uno los riesgos y el hecho de tratarse de una obligación de medio y no de resultado.

### **6. Grandes personalidades de la vida nacional**

No es muy difícil imaginar que una celebridad puede llevar al médico, en forma muy rápida "del anonimato al desprestigio". Son casos de muy alto riesgo.

### **7. Enfermedad mental evidente o antecedentes de la misma**

Particularmente en especialidades como la cirugía plástica, se recomienda rechazar los pacientes con antecedentes de enfermedad psiquiátrica, por el obvio riesgo de insatisfacción luego del procedimiento.

### **8. Mala relación médico paciente**

La relación médico paciente, esencia del ejercicio de la medicina, se produce cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento.

Como lo expresa la Ley 23 de 1981 (Título I, Capítulo I, Artículo 4):

*"La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico..."*

De acuerdo con dicha ley, la relación médico paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

2. *Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.*
3. *Por solicitud de terceras personas.*
4. *Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública”*

## **Título II, Capítulo I, Artículo 5.**

### **Ley 23 de 1981.**

A través del acto médico se intenta promover la salud, prevenir o curar la enfermedad y rehabilitar al paciente.

El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Cuatro características principales distinguen al acto médico: La **profesionalidad**, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuarlo; la **ejecución típica**, es decir, su ejecución conforme a la denominada *Lex artis ad hoc*, sujeta a las normas de excelencia de ese momento; el tener por objetivo la **curación o rehabilitación** del enfermo; y la **licitud**, o sea, su concordancia con las normas legales.

Cuando el médico actúa como tal, manipula técnicas y conocimientos con miras a un resultado concreto. Este fin buscado por el ejercicio de la medicina tiene implicaciones ante la ley.

Es pues, el acto médico (cualquiera que él sea) una fuente de la que emanan consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto de esta actividad. Todo acto médico desde esta perspectiva, es un acto jurídico o un hecho jurídico; es decir, de todo acto médico se derivan consecuencias en el ámbito del Derecho.

Cuando no hay empatía entre el paciente y su médico tratante, es altamente recomendable abandonar la relación. De lo contrario, cualquier evento desafortunado es causa fija de demanda.

## **9. Previos tratamientos por otros colegas**

Una reoperación, especialmente cuando el paciente se queja del mal resultado, debe considerarse factor de altísimo riesgo, pues puede ocasionarse la demanda del médico que intervino inicialmente, del médico que reopera o de ambos.

Pasos que deben seguirse cuando no se desea atender a un paciente por el Alto Riesgo de Demanda.

- a. Asesorarse de un abogado o médico con conocimiento jurídico.
- b. Practicar una exhaustiva historia clínica.
- c. Contemplar la posibilidad de declararse impedido por falta de experiencia en el campo específico.
- d. Recomendar una terna de especialistas.
- e. Advertir personalmente a cada uno de los especialistas recomendados por qué se rechaza el caso.
- f. Anotar en la historia clínica cualquier fricción que se presente con el paciente.
- g. Describir al paciente y a su familia el alto riesgo del procedimiento.
- h. Insistir en la muerte y las lesiones graves como parte de ese riesgo.
- i. Explicar que nadie puede garantizar resultados específicos.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

Asistimos hoy en día a una de las más sistemáticas manipulaciones de la ética médica. Por un lado, se ha supeditado la ética hipocrática al mandato burocrático y la moral médica se ha supeditado al sistema administrativo que busca obtener las mayores ganancias a expensas del trabajo profesional. Además, se exige calidad por parte de las empresas de salud y, al mismo tiempo, se restringe la petición de exámenes por considerarla onerosa. Adicionalmente, el médico enfrenta los términos de cualquier demanda médica de manera solitaria, pues las instituciones (privadas y públicas) no lo respaldan solidariamente, salvo en contadas excepciones.

¿Puede entonces vivirse bajo la norma de una ética kantiana (el deber por el deber y la buena voluntad como motor esencial de la acción moral) cuando la sociedad juega bajo los términos de una mal entendida ética utilitarista?

El altruismo médico se vende a muy bajo precio. El trabajo médico, que es el que mueve la salud colombiana, se adiciona en los paquetes económicos como parte del beneficio. Por esto, ya no podemos seguir jugando el papel de mártires, sino tomar el comando de nuestro propio destino, buscando la unión y el poder que ella origina, para tener de nuevo una voz en la sociedad colombiana.

En lo que respecta a tomar bajo el cuidado propio casos de altísimo riesgo, debe recordarse que ningún paciente justifica el riesgo de la desgracia de un médico, su familia y su entorno. Es otro ser humano como cualquiera de nosotros y en la escala de valores siempre se encontrará por debajo de

nuestra propia familia. Con los propios hijos debe empezar a aplicarse la norma de EL DEBER POR EL DEBER. Si a pesar de todo lo anterior, el médico desea tomar el caso de riesgo prohibitivo bajo su responsabilidad, se deben anticipar desastres.

Probablemente, el siguiente documento de consentimiento puede servir para dejar en claro el riesgo ante el paciente y su familia.

## ACTA ESPECIAL DE CONSENTIMIENTO

### DEPARTAMENTO QUIRURGICO

SECCION:

FECHA

HORA:

PACIENTE

Este paciente presenta un diagnóstico de

Se discutió en Junta de Decisiones del Servicio de \_\_\_\_\_ optando por la terapéutica quirúrgica como la más adecuada.

El plan es \_\_\_\_\_

Se explican al paciente y a los familiares por él mismo designados, en forma clara, detallada y exhaustiva, en lenguaje sencillo que declaran entender a cabalidad, acerca de los riesgos y posibles complicaciones del procedimiento, los cuales incluyen \_\_\_\_\_

Se cumple así con la Ley 23 de 1981 en lo referente a RIESGO PREVISTO e INFORMACION AL PACIENTE.

Se deja constancia que, de común acuerdo y luego de haber explicado los términos y el alcance de este documento, se ha encontrado este acto médico como OBLIGACION DE MEDIO Y NO DE RESULTADO. Esto quiere decir que NO se garantiza ningún resultado específico.

Se adelantará el procedimiento dentro de las normas de cuidado, prudencia, diligencia y seguimiento de normas de excelencia, siguiendo las directrices de la institución para tales efectos y con la tecnología y aparatos que en el momento se encuentran disponibles en el hospital.

Además, debido a la posición de intransigencia respecto al riesgo quirúrgico, expresado por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ quien es \_\_\_\_\_ (parentesco) del paciente, se procede a explicar de nuevo el riesgo operatorio y sus complicaciones, dejando constancia de lo desagradable de la situación, tanto para los médicos como para la familia.

Estos riesgos incluyen, entre otros: (ejemplos)

- Problemas cerebrales: Daño cerebral extenso e irreversible; daño variable a cualquier nivel del sistema nervioso central y periférico.
- Problemas cardiovasculares: Infarto agudo perioperatorio, insuficiencia cardíaca, síndrome de bajo gasto.
- Problemas vasculares periféricos: Oclusión arterial aguda a cualquier nivel, trombosis venosa profunda.
- Problemas ventilatorios: Síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, neumonías, embolismo pulmonar letal, infección del espacio pleural.
- Infecciones: Infección del esternón, infección urinaria, infección de los sitios de punción, septicemia de cualquier origen.

## BIBLIOGRAFIA

1. Guzmán F, Franco E, Morales MC, Mendoza J: El consentimiento del enfermo en el acto médico. Rev Col CIRUGIA 1993; 8: 272-9
2. Guzmán F: ¿Cambiará el Ejercicio de la Profesión Médica? Prensa Médico-Quirúrgica 1994; 1: 3-8
3. Guzmán F, Franco E, Morales MC, Mendoza J: El Acto Médico. Implicaciones éticas y legales. Acta Méd. Col 1994; 19: 139-49
4. Guzmán F: La Responsabilidad Civil del Médico. Rev Col CIRUGIA 1994; 9: 207-14
5. Guzmán F: La medicina actual: Un simple juego entre oferta y demanda. Prensa Médico Quirúrgica 1995; 4: 5
6. Guzmán F, Franco E, De Barrios MC, Mendoza J: El concepto de daño en medicina. Rev Col Gastroenterol 1994; 9: 198-202
7. Guzmán F: El ejercicio de la medicina. Rev Col CIRUGIA 1995; 10: 119-26
8. Guzmán F, Franco E, Cadena M: ¿Por qué se demanda a los médicos? Trib Médica 1996; 93 (3): 99-107
9. Guzmán F, Franco E, Morales AR: Negligencia en Medicina. Acta Méd Col 1996; 21: 86-92
10. Guzmán F, Franco E, Arrázola F: El Deber de Cuidado en Medicina. Rev Col CIRUGIA 1996; 11: 194-202
11. Guzmán F, Rosselli D: Honorarios médicos y atención al paciente: Deterioro Progresivo. Lecturas Dominicales. pp. 6-7, julio 21/96
12. Guzmán F, Franco E, Daza L: La imprudencia como causal de inculpação en medicina. FEPASDE 1996; 2: 27-33
13. Guzmán F: ¿Es la Medicina una Actividad Peligrosa? El Colombiano (Dominical), Sep 22/96. pp. 10-1
14. Guzmán F: El Diagnóstico como Hipótesis de Trabajo. Rev Col Neumol 1996; 8 (3): 146-150
15. Guzmán F, Franco E, Morales MC: El Riesgo en Medicina. Rev Col Mayor de Ntra Sra del Rosario 1996; 89 (571-572): 79-87
16. Guzmán F: La Lex Artis en Medicina. El Colombiano (Medellín) 1996; Dic 15, pp. 13-15
17. Guzmán F, Franco E, Cadena M: ¿Por qué se demanda a los médicos? Rev FEPASDE 1996; 2: 42-8

*Correspondencia:*

*Fernando Guzmán Mora, MD. Av. 9 No. 117-20 Consultorio 513. Santafé de Bogotá, D.C.*