

Reflexiones sobre el caso Bristol y la atención médica en México: Retos y perspectivas

Jorge Luis Hernández-Arriaga*

Resumen

La medicina es ciencia, arte y técnica. La cantidad de conocimientos científicos está en constante aumento, la parte humanista de la medicina frecuentemente es relegada e incluso olvidada de la práctica clínica cotidiana y la calidad técnica es difícil de garantizar e incluso de evaluar. Se analizan los 13 puntos de discusión y análisis, propuestos por el Dr. Richard Smith a propósito del caso Bristol. Con particular atención en la situación de México, acerca de la confianza que debe existir en la relación médico-paciente y la oferta de atención que brindan los médicos, así como en los cambios que están ocurriendo en la práctica médica actual y el hecho de que frecuentemente se publican casos donde los médicos no actúan de acuerdo con las evidencias y ofrecen un servicio pobre.

Palabras clave: *Relación médico-paciente, calidad, confianza.*

Hace poco más de cuatro años un caso sacudió las conciencias de los médicos británicos, el llamado "Caso Bristol". El 18 de junio de 1998 el Comité de Conducta Profesional del Consejo Médico General (GMC por sus siglas en inglés) del Reino Unido encontró culpables de mala práctica profesional a los doctores James Wisheart, Jonardan Dhasmana y John Roylance, por circunstancias relacionadas con la cirugía cardiotorácica de 53 niños en la ciudad de Bristol, de los cuales 29 murieron y cuatro tuvieron daño cerebral.¹ Posteriormente, Richard Smith, editor del *British Medical Journal* publicó—en relación con este caso— un artículo acerca de la confianza que debe existir en la relación médico-paciente y la oferta de atención que brindan los médicos.

Summary

Medicine is science, art, and technique. The amount of scientific knowledge constantly increases, the humanist dimension of medicine frequently is relegated and even forgotten in daily clinical practice and the technical quality is difficult to guarantee and evaluate. The thirteen discussion points proposed by Dr. Richard Smith on the Bristol Case are analyzed and applied to the situation of Mexico with regard to the trust that should exist in the physician-patient relationship and the offer of care that physicians provide, as well as changes occurring in current medical practice and the fact that frequently cases are published in which physicians are not acting according to evidence and that they continue to offer poor care.

Key words: *Physicians-patient relationship, quality, trust.*

En el mismo, señala 13 puntos de discusión y análisis respecto a los cambios que están ocurriendo en la práctica médica actual y el hecho de que frecuentemente se publican casos donde los médicos no actúan de acuerdo con lo establecido y continúan ofreciendo un servicio pobre.²

Aparentemente este caso ha repercutido poco en nuestro país, pero tal como lo aprecia el Dr. Stewart, la medicina es un trabajo difícil, es tanto ciencia como arte y técnica, y estos casos deben ser aleccionadores para todos.³ Para una práctica médica adecuada, son necesarias actitudes, conocimientos y habilidades; sin embargo, la educación se ha centrado hasta ahora en la adquisición de conocimientos y habilidades, pero poco

* Académico Numerario.

Director del Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato.
Miembro del Comité de Bioética de la Academia Mexicana de Pediatría.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Jorge Luis Hernández-Arriaga, Centro de Investigaciones en Bioética. Universidad de Guanajuato. 20 de enero 929, col. Álvaro Obregón C.P. 37320, León, Guanajuato. E-mail jorgehdz@prodigy.net.mx

se ocupa (al menos intencionadamente) de las actitudes y finalmente son éstas las que determinan una buena o una mala práctica profesional.

Por un momento imaginemos tres médicos, los tres con los mismos conocimientos y las mismas habilidades técnicas, los tres reciben los mismos honorarios, pero la diferencia entre ellos está en la actitud que tienen con su paciente. El primero ve en este último un “cliente”, es decir, una fuente de ingreso económico; el segundo ve en él un caso se trata de un “investigador” nato, y cada paciente engruesa su lista de casos para publicar e incrementar su curriculum y su prestigio; el último ve en el “paciente” un enfermo, esto es, alguien a quien brindarle su ayuda profesional. Los tres resuelven bien el problema de sus pacientes, los tres cobran lo mismo y los tres pueden utilizar los datos para la investigación clínica. Sin embargo, si los pacientes conocieran las intenciones de su médico ¿A quién de los tres les gustaría acudir? Por supuesto que al tercero, porque a las personas nos gusta que nos traten como personas, no como “clientes” o “casos”.

Por tal razón, cuando en la práctica profesional se presentan situaciones como la de Bristol, la reputación de nuestra profesión queda en entredicho. La medicina requiere un delicado balance de ciencia, técnica, sentido común, compasión, dedicación y confianza. La medicina ha cambiado enormemente en los últimos cien años, ha logrado impresionantes avances, pero también se ha tecnificado, se ha socializado, el médico se ha asalariado, los pacientes se han asegurado, los médicos son demandados, la atención se ha encarecido. Los pacientes han ido tomando una parte cada vez más activa en la toma de decisiones, cada vez están mejor informados y participan en el cuidado de su propia salud, y esto último es algo muy conveniente. El médico comparte ahora las responsabilidades con sus pacientes, pero tiene la obligación de mantenerlos informados, de no tomar decisiones por sí mismo, como parece que ocurrió en el caso Bristol.

A continuación se presentan comentarios a cada uno de los puntos del trabajo del Dr. Smith, respecto a la situación que se estima que ocurre actualmente en México.²

1. Necesidad de comprender claramente las pautas clínicas. Lamentablemente son pocos los médicos que conocen o tienen acceso a las denominadas “Normas Oficiales Mexicanas”, de hecho en las facultades y escuelas de medicina del país, pocas veces se mencionan, por lo que cada escuela, facultad, institución de salud y finalmente cada médico realiza sus procedimientos u ofrece tratamientos de acuerdo con lo que ha aprendido. Es necesario conocer dichas normas, aplicarlas y actualizarlas conforme a modelos basados en la evidencia y en la solución de problemas.

2. Evaluación de la competencia clínica y experiencia técnica. En la actualidad la obligación de una actualización continua y la certificación y recertificación médica, ha ayudado a mejorar el nivel de competencia clínica y experiencia técnica. Pero, no todos los médicos del país están colegiados, no todos están certificados, las instituciones pocas veces exigen estos requisitos para contratar médicos, los pacientes no saben que los médicos colegiados y certificados pueden ofrecer oportunidades de una atención médica de mejor calidad. Sin embargo, finalmente, la colegiación o certificación no garantiza por sí misma que los médicos sean buenos. Es posible distinguir que una mala práctica no sólo es resultado de pobres conocimientos, sino de fallas morales, incluyendo negligencia, poca sensibilidad ética y pobres habilidades analíticas.⁴
3. Responsabilidad en la atención de grupo. Los conflictos de la atención médica pueden verse desde dos perspectivas, la de la atención médico-paciente individual y la de la atención del sector salud-población en general. Quizás es más fácil evaluar la primera, aun cuando su vigilancia sea muy difícil.³ Pero en la atención médica de grupos, en el ámbito privado y sobre todo en el social, la responsabilidad se diluye. Si un paciente ingresa a un hospital del sector social, es visto por médicos del turno de mañana, tarde, noche y jornada acumulada, por residentes y estudiantes, etc. ¿Quién es finalmente el médico tratante? ¿Quién es el responsable? Lo mismo ocurre a nivel privado si bien a menor escala, un paciente es visto por varios especialistas, por interconsultantes, técnicos, etc. En un estudio realizado en nuestro país se informa que 86% de los padres de niños internados en un hospital del sector social y de tercer nivel de atención, no conocían el nombre del pediatra y 78% mencionó que había recibido información insuficiente.⁵ Es deseable que siempre quede aclarado quién es el médico responsable, quién debe dar información, a quién deben acudir en primera instancia los familiares, y este médico debiera ser quien esté en todos sentidos, más cerca del paciente y de sus necesidades.
4. Entrenamiento de los médicos en procedimientos avanzados. Cada día surgen nuevos medicamentos, nuevas técnicas y procedimientos. Muchos se incorporan a la práctica clínica sin que quienes van a hacer uso de ellos tengan entrenamiento específico. Es necesario evaluar cuáles de esos nuevos recursos son urgentes, cuáles indispensables, cuáles necesarios y cuáles no conviene ofrecer, al menos de momento. En caso de que se brinden recursos novedosos, es necesario que lo haga personal calificado y para ello es necesaria una

estrecha vigilancia por parte de las autoridades y colegios. La falta de entrenamiento o experiencia en procedimientos novedosos puede ser mucho más peligrosa que el seguir atendiendo a los pacientes mediante tratamiento convencional.

5. Cómo enfocar la llamada "curva de aprendizaje". Hace 20 o 30 años, si un neonato tenía tetralogía de Fallot tenía muchas probabilidades de morir. En la actualidad las tasas de sobrevivencia son extraordinarias y hay quienes llegan a la vida adulta. Hoy se discute si es correcto atender a neonatos de peso menor a los 700 gramos, pero lo cierto es que hace 40 años los bebés por debajo de los 2,000 gramos tenían un índice de mortalidad muy alto y, si se les hubieran negado los recursos con los que se contaba entonces, quizás los neonatos con tetralogía de Fallot y los que nacen entre los 700 y 2,000 gramos hoy seguirían muriendo igual que entonces.^{6,7} Es difícil medir el tiempo necesario para que un procedimiento quede validado definitivamente, pero es aún más difícil definir el tiempo para que un procedimiento novedoso sea aprendido, qué márgenes de error se tolerarán, cuáles y cuántas complicaciones serán aceptadas dentro de los límites no atribuibles a negligencia o impericia. Es necesario contar con mecanismos reguladores, con sistemas de vigilancia, asesoría y control, quizás a través de los colegios y academias, y propiciar una mayor autorregulación de los propios médicos.
6. La confiabilidad y validez de los datos para vigilar la actuación personal de los médicos. En países desarrollados existen organismos capaces de "autorregular" la práctica profesional del médico, en el Reino Unido, por ejemplo, opera el Consejo Médico General anteriormente citado. Este organismo tiene facultad para suspender el ejercicio profesional de un médico que incurra en mala práctica. Sin embargo, en nuestro país aún no existen los mecanismos que permitan la autorregulación, es decir, son autoridades no médicas las responsables de suspender una licencia de ejercicio profesional; los colegios médicos de nuestro país no poseen estas capacidades. Existe un problema de fondo y consiste en definir qué entendemos por autorregulación, qué parámetros se deben utilizar para establecer los requisitos mínimos para calificar una buena práctica profesional. Cuando se presenta un caso de acusación a un médico, donde otro médico evalúa al primero, es necesario lograr un balance entre la responsabilidad del médico acusado con el paciente y los compromisos del evaluador con el gremio médico en general y su colega en particular, es decir, surge necesariamente un conflicto de interés muchas veces difícil de resolver. ¿Qué papel desempeña en este panorama la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (COESAMED)? ¿Es sólo de vigilancia y aplicación de sanciones? ¿No se trata a fin de cuentas de mejorar la calidad de la práctica médica? ¿O es solamente para "eliminar" a los malos elementos? En todo este acoso al médico, ¿Dónde está la regulación de la automedicación, de la prescripción por cualquier persona que no es profesional de la salud y que está detrás de un mostrador de farmacia, de quienes se dedican a las medicinas alternativas sin ninguna regulación y vigilancia?⁸ ¿Quién protege al médico injustamente acusado, o cómo evita el desprestigio y la cárcel cuando autoridades no competentes para enjuiciar el ejercicio profesional, son los que deciden?
7. El uso de auditorías clínicas y médicas. En la actualidad existe en nuestro país la tendencia a exigir que clínicas y hospitales, públicos o privados, tengan los recursos mínimos necesarios para ofrecer una atención adecuada. Existen incluso normas que exigen que en función de la atención que presta la institución, cuente con el respaldo de especialistas a quienes poder acudir en caso de necesidad.⁹ Sin embargo, hasta el momento a nivel particular, tanto en las grandes ciudades como en las pequeñas, se ofrece atención sin contar con el equipo y las instalaciones necesarias. Por un lado existe poca vigilancia y por otro, los pacientes no pueden o difícilmente logran darse cuenta si la clínica u hospital cuenta con lo necesario para su atención; quizás el costo, el trato y las instalaciones aparenten una buena atención, pero sólo quien conoce el equipo, el material, las normas y procedimientos está en condiciones de darse cuenta de la clase de atención médica que recibe. Puede darse el caso de que se ofrezca atención de un hotel de lujo, pero con dudosa o peligrosa calidad médica.
8. Apreciación de factores de importancia, distintos de los puramente clínicos y que afectan el criterio, actuación y resultado. Promover una práctica médica más efectiva es importante en sí misma, sin embargo, muchas decisiones médicas tienen componentes éticos, sociales, económicos e incluso religiosos, que el médico debe tomar en cuenta para ofrecer una atención integral y humana. Adecuar la atención a las situaciones culturales, sociales y económicas, a la idiosincrasia del lugar, sin perder de vista la base científica sólida de la medicina, mejorará la calidad de la atención. Es necesario, por esto mismo, implementar en los médicos una visión global e integral de su profesión, centrada en el paciente y no en el órgano o función deteriorada por la enfermedad, más preventiva y no exclusivamente

curativa, más social y no sólo personal. Esto debe iniciarse desde la misma preparación de los estudiantes de medicina. En Estados Unidos y en Europa, la mayoría de las escuelas de medicina tienen programas de humanidades médicas,^{4,10,11} en cambio, en nuestro país en 1990, de las 57 escuelas y facultades de medicina, sólo 32 tenían incluido un curso humanístico (ética, deontología u otro), 9 no incluían ninguno y 8 no informaron.¹²

7. Responsabilidad de un consultante para tomar acciones apropiadas en respuesta a preocupaciones acerca de su práctica. Conviene analizar y definir las capacidades y límites de un interconsultante. Hasta ahora es poco lo dicho en cuanto a la relación médico-médico o médico-personal de salud en general. Sin embargo, es importante aclararlo ya que, como se señalaba anteriormente, en la actualidad el paciente no ve a un solo médico, sino a un equipo de salud, el médico no ve sólo a un enfermo, sino a grupos de pacientes o poblaciones con determinado padecimiento. La práctica médica es grupal, por tanto, es conveniente que cada cual sepa el papel que juega, sus responsabilidades y limitaciones, aclarar quién es el responsable, quién dará la información al paciente y a su familia, quién, cómo y cuánto cobra, etc. Es bien sabido que en muchas ocasiones los conflictos entre médicos y pacientes, son debidos a poca o mala información de parte del primero. Por tanto, hablar claro siempre, evitará muchos de estos problemas.
8. Factores que parecen desanimar una práctica abierta y franca. Afortunadamente hasta el momento en nuestro medio la "cultura de las demandas" no ha proliferado, aunque parece estar en franco crecimiento. El desarrollo del concepto del consentimiento informado ha sido enormemente benéfico para la práctica médica, pero como todo recurso, si se hace mal uso de él resulta peligroso y perjudicial. Los altos costos de la medicina en los Estados Unidos se deben en gran medida a los altos costos de los seguros de mala práctica (los cuales ya se ofrecen en nuestro país). Llevar al extremo el principio de autonomía, ha ocasionado una medicina enfrentada con el paciente. El médico ya no busca cómo ayudarlo, le atenderá sólo si no le significa una demanda en contra, hará sólo lo que su compañía de seguros autorice a fin de evitar problemas legales. Es bueno dar información, pero ¿hasta dónde? Es bueno compartir responsabilidades, pero ¿hasta dónde? Sólo una actitud propositiva de todas partes logrará una práctica abierta y franca.
9. Cómo explican los doctores los riesgos al paciente. No existe nada en medicina que no conlleve riesgos. Todos los medicamentos tienen efectos secunda-

rios, existe idiosincrasia en los pacientes, la anestesia y la cirugía conllevan molestias y peligros propios. Sin embargo, la pregunta nuevamente es ¿Hasta dónde es conveniente informar al paciente? Pongamos por ejemplo la vacuna contra el sarampión. Sabemos de su eficacia y de las conveniencias de su aplicación, pero también conocemos sus riesgos. ¿Es correcto informarle al paciente de todos y cada uno de ellos, de que existe una posibilidad ciertamente muy baja, pero posibilidad al fin, de desarrollar sarampión, de tener complicaciones e incluso de morir? Si así lo hacemos, seguramente desanimaremos a más de uno. No estoy queriendo decir que se oculte información, nunca estaré de acuerdo con ello y mucho menos con mentirle al paciente, pero es necesario poner en la balanza qué información es indispensable, cuál es conveniente y cuál podría ser inadecuada.

10. De qué manera la gente está preocupada de la seguridad de los pacientes. Hablar de estas preocupaciones. En nuestro medio existe una cultura de la autoprescripción, la medicina alternativa ha convivido con la científica e incluso fue anterior a ella. Existen padecimientos que casi son exclusivos de nuestra cultura como el famoso "empacho".¹³ ¿Cómo entiende nuestra población la enfermedad, la salud, el dolor? Una de las principales causas de intoxicación en niños es el abuso de antipiréticos,¹⁴ ya que en general se supone que la fiebre es "peligrosa" y que hay que combatirla siempre. Explicar a una madre que se debe ser tolerante con la fiebre, que conviene usar medios físicos y evitar lo más que se pueda el uso de antitérmicos ocasiona muchas veces un choque entre el conocimiento del médico y la cultura de nuestra población. En ocasiones suponen que el médico tiene que garantizar su trabajo como lo haría un ingeniero o un arquitecto y lo cierto es que, lo más que los médicos podemos ofrecer es nuestra poca o mucha ciencia, nuestras habilidades y toda nuestra entrega, lo demás no depende de nosotros, y esto debiera quedarles muy claro a nuestros pacientes.
11. Necesidad de que los doctores tomen acciones prontas en etapas tempranas cuando sus colegas están en dificultad, a fin evitar daños a los pacientes y al colega y hacer las cosas correctamente. Casos como el de Bristol deben movernos a actuar a favor de una medicina más consciente de sí misma, más humanizada, más cercana al paciente, pero al mismo tiempo, debiera significar la mejor unión entre los médicos, no para protegernos de demandas o esconder delitos, sino para ofrecer mejores servicios. Parafraseando el dicho, *Galeno, galenus lupus*, el médico es el lobo del médico. Muchas de las demandas, justas o injustas son motivadas por lo

dicho por otro médico, en un intento por hacerse de pacientes o de dinero, a costa de desprestigiar al colega. Pocas cosas existen peores que la deslealtad entre médicos.

En conclusión, es urgente estudiar más estos temas, ventilarlos en congresos y asociaciones, crear instancias en las que podamos ayudarnos unos a otros, insisto, no a esconder errores o delitos, sino para ofrecerles a nuestros pacientes, hoy por hoy, la mejor atención posible.

Referencias

1. **Ramsay S.** UK "Bristol case" doctors found guilty of misconduct. *Lancet* 1998;351:1935
2. **Smith R.** All changed, changed utterly. British medicine will be transformed by the Bristol case. *BMJ* 1998;316:1917-1918.
3. **Stewart JAD.** Time for reflection after the Bristol Case. *Lancet* 1998;352:231.
4. **Savulescu J, Crisp R, Fulford KWM, Hope T.** Evaluating ethics competence in medical education, *J Med Ethics* 1999;25:367-374.
5. **Hernández-Arriaga JL, Montoya-Acevedo U.** Frecuencia de satisfacción con la atención médica en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53:100-101.
6. **Meadow W, Reimshiel T, Lantos J.** Birth weight-specific mortality for extremely low birth weight infants vanishes by four days of life: Epidemiology and ethics in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1996;97:636-643.
7. Committee of Bioethics. Ethics and the care of critically ill infants and children. *Pediatrics* 1996;98:149-152.
8. **Studdert DM, Eisenberg DM, Miller FH, Curto DA, Kaptchuk TJ, Brennan TA.** Medical malpractice implications of alternative medicine. *JAMA* 1998;280:1610-1615.
9. Diario Oficial de la Federación. Consejo de Salubridad General. Criterio para la certificación de hospitales. 25 de junio de 1999:87-95.
10. **Pellegrino ED, Hart RJ, Henderson SH, Loeb SE.** Relevance and utility of courses in medical ethics. *JAMA* 1985;253:49-53.
11. **Culver MD, Clouser D, Gert B y col.** Basic curricular goals in medical ethics. *New Engl J Med* 1985;312:253-256.
12. **López-Cabello JB, Alcaraz-Ortiz R.** La enseñanza de la ética médica en las facultades y escuelas de medicina de México. *Rev Mex Educ Med* 1991;2:219-221.
13. **Cortés-Gallo G, Hernández GMA, Ayala GMA.** La cura de empacho: una práctica común y peligrosa. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:44-47.
14. Academia Nacional de Medicina. Intoxicación por acetaminofén en el niño. *Boletín de Información Clínica-Terapéutica* 1999;9:1-3.