Revista Colombiana de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2013 1(1) 25-28
Disponible en http://www.medicinalegal.gov.co

REVISIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS MEDICOFORENSES SOBRE RESPONSABILIDAD MÉDICA EFECTUADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, PARA LOS SECTORES DE JUSTICIA Y SALUD EN COLOMBIA

Review of the importance of forensic medicine expert's analysis on alleged medical malpractice, performed at the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, for the justice and healthcare sectors in Colombia

Liliana Marcela Támara P.[1], Sofía Helena Jaramillo S.[2], Luis Eduardo Muñoz P.[2]

[1]M.D. Especialista en Bioética y Auditoría de Salud. M.Sc. (candidata) Protección Social. Grupo de Clínica Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Bogotá, Colombia.

[2]M.D. Medicina Forense. Grupo de Clínica Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia INMLCF. Bogotá, Colombia

[3]Autor para correspondencia: Liliana M. Támara: ltamara@medicinalegal.gov.co, drltamara@yaho.com

Resumen: Los análisis periciales son elementos fundamentales en los procesos judiciales por presunta mala práctica médica. En Colombia son realizados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En este artículo se hace una revisión de algunos conceptos relacionados con el error médico y la información en los sistemas de seguridad del paciente. Además, se revisa el proceso de análisis de los informes periciales de presunta responsabilidad médica en el área de clínica forense de la Regional Bogotá. Se concluye enfatizando sobre el papel fundamental de la institución en el área pericial de responsabilidad médica y con sugerencias para su continuo mejoramiento.

Palabras clave: responsabilidad médica, mala praxis, medicina legal, seguridad.

Abstract: Expert witness analyses are key elements in judicial proceedings for alleged medical malpractice. In Colombia these are carried out by the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. In this paper, a review of some concepts related with medical error and patient security systems is done. In addition, the analysis process of the expert's reports on alleged medical liability from the clinical forensic area of the Bogota's Regional branch office of the Institute is reviewed. We conclude by emphasizing the essential role of the institution in the area of medical liability expertise and with suggestions for its continuous improvement.

Key words: Medical liability, malpractice, forensic medicine, safety.

Introducción

Las diferentes formas de expresión del pensamiento en cada momento histórico conllevan aproximaciones y acciones diferentes en cada campo de las sociedades humanas. La preocupación de los Estados por los intereses colectivos, de lo público, fue uno de los principios para la creación de los Estados (1). Una de las áreas que se vuelve protagónica en la vida de los individuos y de los colectivos es la medicina, en tanto se preocupa primordialmente por restablecer la salud perdida (2). El conocimiento médico ha variado a lo largo de la historia y requiere que los profesionales de la medicina actúen de acuerdo con el avance científico de esta, para alcanzar el máximo posible en términos de salud para cada individuo.

Adicionalmente, al actuar de acuerdo a las prácticas aceptadas para el ejercicio de la medicina en cada momento histórico, se deben enfrentar los errores que el ejercicio de la práctica médica puede ocasionar en la vida, integridad o salud de los pacientes. El último recurso legal de este enfrentamiento es el sector justicia, donde se juzga el ejercicio médico cuando se presentan desenlaces desafortunados. Sin embargo, debemos ser cautelosos, pues desde la cuna de Occidente se ha dicho: "Al multiplicarse el desorden y las enfermedades en un Estado, ¿acaso no se abren tribunales y clínicas y se ven honrados los enredos de los pleitos y la medicina cuando muchos hombres libres se tomen la inquietud por esas cosas (la variedad que produce licencia/desorden y enfermedad)?". (3).

Por lo tanto, si queremos acelerar el cambio y mejorar la calidad y los resultados de la salud a partir de la seguridad del paciente en una escala más grande, tenemos que hacer las cosas de manera diferente. No siempre es fácil hacer frente a las barreras históricas, estructurales y de comportamiento; ese será uno de los retos (4). Para esto se revisan, inicialmente, algunos aspectos del error relacionado con los análisis por presunta responsabilidad médica. Posteriormente se revisan algunos aspectos del proceso de análisis pericial realizado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) de Colombia. Finalmente, se establecen algunas conclusiones

sobre la importancia institucional del análisis de responsabilidad médica en Colombia.

Errar es humano en la medicina

Si bien enfrentar el error es humano, no ejercer medidas para evitar que siga ocurriendo el mismo error se sale del ámbito de lo humano (5). El silencio, la ignorancia, la indiferencia y la complacencia son los mayores enemigos del mejoramiento. Lo enunció el informe "Errar es humano", el cual indica que "cuando en la atención en salud se produce un error, culpar a un individuo hace poco para lograr que el sistema de salud sea más seguro y evitar que otras personas lo sigan cometiendo. La prevención de errores y el mejoramiento de la seguridad de los pacientes requieren de un enfoque de sistemas, con el fin de modificar las condiciones que contribuyen a cometerlos" (6).

A partir de 2004, la OMS incentivó a los países a través de la "Alianza mundial para la seguridad del paciente" a instaurar políticas tendientes a mejorar la seguridad de los pacientes (7). En Colombia, dentro del Sistema obligatorio de la Calidad en Salud, la implementación del sistema único de acreditación permitió que las instituciones muestren avances en la detección, registro e intervención de los eventos adversos. Posteriormente, en 2006, con la Resolución 1446/2006, se definieron los elementos mínimos para el desarrollo de un sistema de vigilancia y gestión de los eventos y su reporte (8). (9) mostraron una incidencia de eventos adversos en tres hospitales colombianos de 4,6%, con de evitabilidad del 61%. A pesar del marco normativo nacional y de las exitosas experiencias internacionales, sigue habiendo barreras para reportar los eventos adversos: miedo al castigo laboral por los empleadores, miedo a acciones jurídicas posteriores si se reconoce la falla, miedo al señalamiento público de haber cometido un error, miedo a quedar marcado como "el que comete los errores" (10). Esto se evidencia en la proporción de vigilancia de eventos adversos en las IPS, reportada en el observatorio de calidad en salud para el segundo semestre de 2006, del 79,8%, con un máximo de 90,8% en el primer semestre del 2010 y un último registro para el segundo semestre de 2011 en 83,5% (11). Dentro de las estrategias identificadas para incrementar el reporte están el trabajo persona a persona, hacer conciencia de que nadie está exento de un evento adverso y el apoyo administrativo para solucionar las deficiencias (12). Adicionalmente, a la fecha no hay seguimiento de los eventos adversos que derivan en demandas, conciliaciones o sentencias en ninguno de los ámbitos jurídicos o ético-disciplinarios.

Aún estamos lejos de equiparar los indicadores de calidad con los de países desarrollados, o de implementar políticas nacionales como la canadiense de revelación de información y disculpas a pacientes, familiares y medios de comunicación (13), o de redireccionar la política de salud hacia la seguridad del paciente y estimular nuevas formas de manejo de las demandas por responsabilidad médica, como lo hicieron las reformas de Estados Unidos, muy recientemente y que está iniciando su implementación (14), o la de Polonia, que ha demostrado disminución de los montos de retribución a los pacientes y menores tiempos en la terminación de los procesos con la introducción de una vía alterna de conciliación (15).

Nuestro horizonte, si bien es un poco más alentador que el de países hermanos como el de Perú, donde el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi), creado en noviembre de 1992, mediante el Decreto Ley N° 25868, cuya función es la promoción del mercado y la protección de los derechos de los consumidores, pero se asumió como una de las instancias para entablar demandas por presunta responsabilidad médica, sin contar con análisis de las denuncias por parte de médicos y menos por especialistas. Actualmente, la institución sanciona a los médicos e instituciones de salud con altas sumas de dinero (16). De otra parte, en Chile la antigüedad del Código Civil de 1857 no contempla los avances de la medicina, la tercerización de la atención ni las particularidades de la atención médica actual; sin embargo, sigue siendo el rector en las demandas por responsabilidad civil; ocasionalmente se acude a jurisprudencia internacional para avanzar en sus fallos (17).

De otra parte, el reporte RAND en California (Estados Unidos) demostró que la disminución de eventos adversos, gracias a las políticas de seguridad a los pacientes, disminuye las demandas por responsabilidad médica. En promedio, un condado que muestra una disminución de 10 eventos adversos en un año también muestra una disminución de 3,7 demandas por negligencia médica (18). Estos resultados pueden orientar las políticas nacionales en el tema de la responsabilidad médica. Actualmente, en Colombia la mayoría de las demandas por presunta responsabilidad médica se dan en el ámbito penal (59%), en contra de los (as) médicos (as) y del Estado (80%), sin que exista un reporte periódico de retroalimentación entre el sector de justicia y el sector de salud tendiente a disminuir los "errores" (19).

El INMLCF como institución frente a los informes periciales sobre responsabilidad médica

Se ha demostrado que las instituciones influyen en las posibilidades de desarrollo de los países; la calidad de las instituciones está condicionada por la

fragmentación social sobre la que esas instituciones se erigen. En entornos de elevada fragmentación social, las instituciones son de peor calidad, en gran medida porque es posible que subsista una red fragmentada de instituciones informales.

La calidad de las instituciones depende de su eficiencia y de su credibilidad. Ambas dimensiones pueden ser afectadas por los niveles de desigualdad vigentes: la eficiencia, porque el juego estratégico conduzca a resultados que no sean compatibles con el marco de incentivos, y la credibilidad, porque el desigual reparto de los frutos de la acción colectiva limite la disposición cooperativa de los agentes sociales perjudicados (20).

El fortalecimiento constitucional en 1991 de las ciencias forenses y de la medicina legal, unido al apoyo internacional para el INMLCF, permitió que se hiciera una ampliación de cobertura y modernización de los servicios, sin embargo, el área de los análisis de responsabilidad médica no se ha fortalecido. Existen gran cantidad de factores sociales e históricos que impiden a una sociedad fragmentada como la colombiana, que ha debido sortear diversos factores generadores como el narcotráfico, la violencia, la sustitución de valores sociales, el enfoque de sus esfuerzos en el análisis y retroalimentación de la atención en salud cuando debe enfrentar la muerte o las lesiones por violencia en la magnitud que durante las últimas décadas lo hemos hecho.

El análisis en el INMLCF de casos de presunta responsabilidad médica se realiza en las áreas de clínica forense cuando el paciente continúa vivo o no se cuenta con necropsia institucional, o en las áreas de patología forense cuando el paciente falleció y se realizó la necropsia en el Instituto. Teniendo en cuenta que el proceso en el área de patología implica el seguimiento de la guía para la práctica de necropsias medicolegales y el ulterior análisis de responsabilidad médica, revisamos el proceso que se realiza en las áreas clínicas, especialmente en Bogotá. El proceso implica recibir la orden de una autoridad competente (penal, civil, administrativa, ética, militar, laboral, entre otras) y asignarlo a un perito cuando está completa la documentación. El perito comienza la revisión de las historias clínicas y de los demás documentos, desagrega los actos clínicos y se revisa cada uno mediante su contrastación con bibliografía proveniente de medicina basada en la evidencia. En la mayoría de los casos examina a los pacientes en una valoración clínica forense. Realiza interconsulta a especialistas de las universidades con las cuales se tiene convenio y con sus opiniones se genera un concepto que se envía a la autoridad.

Sin embargo, es importante aclarar que el lado duro de la ciencia y la tecnología no es el que a menudo ocasiona los problemas de análisis, es el lado blando, el humano, donde el ego de médicos y pacientes, los modelos de conducta, la integridad, el trabajo en equipo, la actitud, el compromiso, la disposición al cambio y una serie de otras variables entran en juego para crear una situación de difícil análisis. Las instituciones del sistema de salud son patrones de energía: una red de relaciones, conversaciones y decisiones entre las personas. Estos son los aspectos más difíciles de identificar a través de los documentos y del cuerpo de los pacientes. Identificar una acción apartada de la norma de atención implica encontrar errores en la interacción entre los recursos tanto tecnológicos como humanos.

Anualmente, el grupo de clínica de la Regional Bogotá analiza cerca de 100 casos por presunta responsabilidad médica (21), de los cuales el 13% son de autoridades de fuera de Bogotá. Esto apunta hacia la necesidad de consolidar equipos de trabajo especializados en el tema para el abordaje de este tipo de informes periciales a nivel descentralizado, pero también a realizar interacción pericial entre los peritos encargados de los análisis entre las regionales. Los informes son extensos y requieren cerca de 20 horas para su elaboración; la extensión de los informes periciales, medida en número de folios, varió en un rango de 1 a 39, con un promedio de 6 por informe. En la tercera parte de los informes, las autoridades envían cuestionarios específicos entre 2 y 74 preguntas por cuestionario. Esta modalidad de solicitudes mediante cuestionario orienta el análisis hacia las inquietudes propias de la demanda; sin embargo, no está difundida la asesoría profesional médica para hacer las preguntas como una constante y los cuestionarios en muchos casos reiteran las quejas que los pacientes aducen de la atención, sin que apunten hacia la determinación de fallas en la atención, de nexo de causalidad entre esta y el daño o la cuantificación del daño.

El rango de tiempo en días entre la ocurrencia de los hechos motivo de la demanda y la emisión del informe pericial está entre 1 y 5.611 días (15,3 años), con un promedio de 1.408 días (3,8 años), y su rango de tiempo entre la radicación del oficio y su emisión esta entre 1 y 2.974 días (8,1 años), con un promedio de 599 días (1,63 años) y una mediana de 470 días. Estos tiempos indican lo prolongados que pueden llegar a ser los procesos judiciales en esta área, con las subsecuentes dificultades para la sociedad por una justicia tan tardía. Un mecanismo para agilizar los procesos ha sido incluir personal entrenado con dedicación exclusiva a esta labor dependiendo del número de casos en la Regional Bogotá.

De otra parte, los informes son realizados por peritos con diferentes grados de formación, desde médicos generales hasta especialistas en medicina forense, ginecobstetricia, cirugía plástica, fisiatría y ortopedia. La capacidad de concluir se relacionó con la experiencia y afinidad por el análisis; el rango de

conclusión en los informes realizados varía entre el 35% y el 95%. Este hecho respalda las dificultades que enfrenta el Estado colombiano en una institución como el INMLCF para contar con recurso humano comprometido, calificado, imparcial y debidamente remunerado en aras de la transparencia al no contar con conflictos de intereses. De la calidad del recurso humano encargado de realizar esta tarea dependen los resultados tanto para el sector de justicia como para el reporte hacia el sector salud de la información que permita un seguimiento de los casos para el sistema obligatorio de gestión de la calidad en salud.

Consideraciones finales

El rol de las instituciones formales dentro de los Estados es fundamental para el desarrollo de estos. Colombia requiere fortalecer el área de análisis de los casos de responsabilidad profesional y establecer mecanismos intra- e intersectoriales para retroalimentar el sistema de salud, de justicia y el forense en el INMLCF, la Defensoría del Pueblo, la Fiscalía General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de la Protección Social, entre otras instituciones, a fin de disponer de la información no reservada, para mejorar las condiciones de salud de los colombianos y colombianas.

Actualmente, el INMLCF cuenta con recurso humano con formación y experiencia para realizar los análisis de los casos de responsabilidad médica, además de convenios con universidades estatales y privadas que de manera imparcial pueden dar sus conceptos y orientar el análisis. Sin embargo, requiere fortalecer grupos de trabajo en cada regional para las áreas de clínica y patología que puedan tener articulación interregional, además de contar con acceso a bases de información que permitan profundizar y actualizar las búsquedas para cada caso y mecanismos de divulgación de la información.

Se debe continuar el debate sobre la judicialización de la salud en Colombia y establecer posturas claras, depuradas y robustas que permitan mejorar el acervo conceptual del sector forense colombiano en el área de responsabilidad médica.

Bibliografía

(1) Giraldo C. Rescate de lo público. En: Giraldo C., compilador. Poder financiero y derechos sociales. Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo, Academia Colombiana de Ciencias Económicas. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2003:3-21.

(2) Gadamer HG. El estado oculto de la salud. España: Ed. Gedisa; 2001.

(3) Platón. La República. Libro III. Capítulo XIII. Disponible en: http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Platon/LaRepublica_03.html

(4) MacLeod H. Story Telling The Voice-Quality and Patient Safety. International forum on patient safety an accreditation IQG/Accreditation Canadá: Maceió, Brazil; 10 de agosto de 2012.

(5) Séneca LA. Errare humanum est, Perseverare diabolicum - Errar es humano, caer en el mismo error diabólico. 1-65 d. C. Disponible en: http://latin.dechile.net/?Seneca

(6) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human. Building a safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (312 pantallas). Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728

(7) Rodríguez CE. Estudio Latinoamericano de seguridad de paciente y acreditación en salud. Icontec. Disponible en: http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Estudio_IBEAS.pdf

(8) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%201446%20DE%202006.pdf

(9) Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero V, Santofimio D, Altahona H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. 2006. Rev. salud pública (Internet). 2008 May. (cited 2012 Nov. 22); 10(2): 215-226. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200002&lng=en.

(10) Franco AL. Fundamentos de la seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Universidad del Valle. 2006: 48.

(11) Gaitán H, Gómez PI, Eslava J. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. Rev. Salud Pública (Internet). 2009. Sep. (cited 2012 Nov. 22); 11(5): 745-753. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000500007&lng=en.

(12) República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Observatorio de calidad de la atención en Salud. Cuadro de mando IPS Nacional Indicador I 3.3.0. (Consultado el 21 de agosto de 2012). Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/mando_ips.aspx?tipo=&anyoInicial=2008

(13) Canadian Patient Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients and families. 2011. http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf

(14) Battles JB. Innovations in addressing malpractice claims. Part I. American Health Lawyers Association, healthcare liability and litigation practice group. 2012. Disponible en: http://www.healthlawyers.org/Events/Webinars/RoundtableDiscussions/2012/Documents/roundtable_discussion_slides_120504.pdf

(15) Lojko N. New route for claiming compensation for medical malpractice in Poland. 19th Congress on medical Law. Brazil: Maceió. Aug. 2012: 7-10.

(16) Meza RT. Protección y deberes de los pacientes en Perú. Simposio de la Asociación latinoamericana de Derecho Médico. Brazil: Maceió. 9 de agosto de 2012.

(17) Tapia M. Responsabilidad civil médica: Riesgo Terapéutico, Perjuicio de nacer y otros problemas actuales. Rev. derecho (Valdivia) (Internet). 2003, vol. 15 (citado 2012 Aug. 22):75-111. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502003000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-0950. doi: 10.4067/S0718-09502003000200004.

(18) Greenberg MD, et al. Is Better Patient Safety Associated with Less Malpractice Activity? Evidence from California. RAND Corporation. Disponible en: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR824.pdf

(19) Támara L, et al. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. Rev. Colomb. Anestesiol (noviembre 2011-enero 2012). 39(4):489-505.

(20) Alonso JA. Desigualdad, instituciones y progreso: un debate entre la historia y el presente. Revista de la Cepal. 2007; (93):63-84. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/31951/Alonso.pdf

(21) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estadísticas Internas Grupo de Clínica Forense de la Regional Bogotá. 2006-2012.