

# **Certificación de los médicos, seguros y seguridad de los pacientes**

**Dr. Fabián Vítolo**  
**NOBLE Cía de Seguros**

Me toca a mí en esta mesa traer la visión del sector asegurador de responsabilidad profesional médica sobre la certificación de los médicos. Lejos de mi asumir la representación de una rama del seguro caracterizada por una alta concentración entre pocos aseguradores y que tiene un stock actual cercano a los 12.000 mediaciones y juicios.<sup>(1)</sup> Así que voy a hablar a título personal como médico que ha pasado sus últimos 23 años trabajando en compañías de seguros.

A priori uno podría decir que un médico certificado y que ha demostrado sus competencias ante un organismo evaluador tiene menos posibilidades de tener un juicio por mala praxis. A partir de ahí uno podría pensar que un costo menor del seguro para estos profesionales podría ser un incentivo para certificar. Sin embargo, este postulado no se condice con la realidad de las demandas de todos los días. Si bien la certificación no es una variable que sea estudiada por las compañías de seguros (no se recoge este dato ni al suscribir ni al gestionar los reclamos), vemos que la inmensa mayoría de las demandas se interponen contra buenos médicos, profesionales competentes y dedicados que cometen errores simples en el marco de un sistema de atención complejo y procesos deficientes. En este punto deberíamos reflexionar si nuestro sistema civil y penal cumple con sus objetivos

1. Compensar a víctimas de actos negligentes
2. Actuar como un freno para las prácticas inseguras, identificando y apartando a los malos profesionales, mejorando la calidad de la medicina.

El primer postulado no se cumple porque la mayoría de las víctimas de actos negligentes no demandan (porque los errores son enmascarados con complicaciones, porque no tienen acceso a abogados, o porque han desarrollado una buena relación con sus médicos y no quieren meterlos en problema. Por otra parte, entre el 40 al 50% de los reclamos que llegan a las compañías de seguros no tienen mayor fundamento y podrían encuadrarse dentro de lo que se conoce como “industria del juicio” <sup>(2)</sup>

Por otra parte, la inhabilitación de las “manzanas podridas” es apenas una curita en un problema de enormes proporciones. Como dije, la mayoría de cosas malas, aun terribles, le pasan a buenos profesionales. Tenemos cirujanos certificados por el American College que se equivocaron de lado al operar...

Habiendo hecho referencia al sistema, debemos reconocer que algunos daños, sin embargo, son el resultado de fallas atribuibles exclusivamente al pobre desempeño repetido de algunos individuos, donde tal vez la única falla sistémica sea la de permitir que continúen ejerciendo en condiciones que se transforman en un problema para pacientes, colegas e instituciones donde trabajan.

Es sabido desde hace mucho tiempo que un pequeñísimo grupo de médicos es el que concentra la mayoría de las quejas y de las demandas por mala praxis. A modo de ejemplo, el 3% de los médicos australianos concentrarían casi el 50% de todas las quejas (3) y el 1% de los médicos norteamericanos el 32% de las demandas por mala praxis con necesidad de resarcir a las víctimas.(4) Si bien la satisfacción de los pacientes y los juicios por mala praxis no son los mejores indicadores para medir rendimiento, al menos nos dan una aproximación a las características de los médicos “problema”. Los médicos con problemas repetidos de desempeño son una amenaza seria para la seguridad de los pacientes, la cual a menudo no es lo suficientemente reconocida ni abordada satisfactoriamente por la mayoría de las organizaciones de salud.

La falta de respuestas al problema de los médicos que acumulan errores, quejas y demandas demuestra el insuficiente compromiso de la comunidad médica a ser una profesión más regulada y controlada. El silencio impide intervenir tempranamente para mejorar la comunicación y calidad de atención brindada por nuestros colegas. Este silencio y pasividad no les hace ningún bien a ellos, y mucho menos a los pacientes con los que estos médicos interactúan.

Por otra parte, la mayoría de los daños, como la mayoría de las demandas, no provienen de falta de competencias técnicas sino de competencias blandas..

La competencia puede ser definida como “la utilización habitual y juiciosa de comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria para el beneficio de las personas y de la comunidad a la que se atiende”.(5) Los programas de acreditación de residencias de los Estados Unidos y Canadá han definido las competencias básicas que deben desarrollarse durante la formación profesional: profesionalismos, competencia técnica, habilidades interpersonales y de comunicación, capacidad de trabajar en equipo y colaborar, gestión de recursos, promoción de la salud.

Algunos profesionales tienen bien desarrolladas algunas de estas competencias y carecen absolutamente de otras, Ningún profesional es incompetente en todas las áreas. Por eso, algunos autores han acuñado el término “discompetencia” para estos casos, que son los más frecuentes. La mayoría de los médicos con

problemas a repetición serían entonces “discompetentes. Nadie dudaría en afirmar que un cirujano muy humano y contenedor pero que es torpe operando es un peligro. Pero también es peligroso el cirujano dotado de una técnica exquisita pero que maltrata a la gente, que no se comunica bien o que es incapaz de jugar en equipo también.

Poco se sabe acerca de la extensión de la falta de conocimientos y habilidades requeridas. Un indicador podría ser el resultado de los exámenes de recertificación. En los Estados Unidos, el porcentaje de médicos que no aprueban el examen va del 1% (Pediatras) al 14% (Medicina Interna). El 3,8% de los cirujanos y el 11% de los médicos de familia reprobarían sus exámenes de recertificación. Leape estima que al menos el 10% de los médicos demostrarán deficiencias significativas en conocimiento o habilidades en algún punto de sus carreras<sup>(6)</sup>

La evaluación del desempeño de los médicos se ha focalizado tradicionalmente en la acreditación de competencias clínicas y no tanto en el análisis de las competencias de conducta. Y de acuerdo a la base de eventos centinela de los Estados Unidos, los problemas de comunicación generan más lesionados y muertos que la incompetencia técnica. Las competencias de conducta, como la capacidad para relacionarse con pacientes y compañeros de trabajo, la comunicación y el juicio son más difíciles de medir cuantitativamente, si bien como médicos solemos ser muy conscientes de aquellos colegas de nuestro servicio u hospital con serios problemas de relación

Entonces, mi defensa de la certificación profesional viene desde el lado de la seguridad de los pacientes y no tanto desde el punto de vista médico-legal o asegurador. Desde hace casi 20 años, sabemos que los márgenes de seguridad con que trabajamos los médicos dejan mucho que desear. Se estima que la atención médica insegura es hoy la 14ta causa de morbilidad a nivel global, equivalente a la esclerosis múltiple en países desarrollados y a la malaria o tuberculosis en los países subdesarrollados, donde la inseguridad afecta más. El 15% del gasto de los hospitales se destinaría a tratar complicaciones que podrían ser prevenidas con medidas sencillas y de bajo costo.<sup>(7)</sup>

Si queremos mejorar la seguridad de los pacientes, los médicos deberemos resignar algo de autonomía, una bandera muy difícil de arriar con la actual currícula de grado y posgrado. De hecho, el concepto de autonomía parece contraponerse con el principio de disciplina propio de las organizaciones altamente confiables. Disciplina para cumplir los procesos y para trabajar con los demás.

Cualquier sistema que permite que sus integrantes trabajen en forma ilimitada tomando decisiones autónomas sin mayor regulación ni imposición de límites es

altamente inseguro. Hoy la acreditación y certificación médica no es lo rigurosa que debiera y se observan falta de límites y control. Hoy con el título de especialista el límite lo determina el propio profesional. Un cirujano puede estar operando todo el tiempo que él considere necesario, un médico puede salir de 24 hs de guardia e ir a operar a otro hospital, etc. El sistema no contempla muchas veces un freno a estas actitudes, dependiendo del criterio individual. En ámbitos complejos, como lo es de la atención de la salud, los mayores riesgos suelen correrlos no quienes saben menos sino quienes desafían los límites de su propio desempeño.

Los sistemas de seguridad desarrollados en otras industrias niegan aún a los más experimentados la absoluta discrecionalidad. El profesional medio generalmente se siente incómodo cuando se le imponen límites, regulaciones o evaluaciones de desempeño. Sin embargo, si se quiere avanzar, los profesionales deberán ceder algo de autonomía en pos de la seguridad del sistema.

Así como ocurre con la seguridad aeronáutica, en medicina no deberíamos confiar en que el médico se auto-regule.

Nunca me subiría a un avión si no me sintiera muy seguro de que el piloto es totalmente competente. Para volar un avión comercial, el piloto debe someterse a una formación y pruebas rigurosas y continuas. No me alcanza que el piloto me diga que se mantiene actualizado en su campo y que confía en sus habilidades. Me alegra saber que los reguladores y las aerolíneas tienen programas extremadamente exigentes para asegurar la competencia de los pilotos.

Aún cuando confiáramos en que el 99% de los pilotos mantienen su competencia por sí mismos, cuando se trata de volar "99%" no es suficiente. Necesitamos saber, dentro de los límites de lo razonable, que todos los pilotos son competentes.

Lo que hacemos los médicos es demasiado importante como para dejarnos decidir individualmente si somos competentes o cómo debemos demostrar su competencia. El hecho de que la gran mayoría de los pilotos y médicos sean competentes no significa que debemos relajar nuestros estándares.

## **Referencias**

1. Estimación propia en base a las mediaciones y juicios reportados por los principales operadores a la Superintendencia de Seguros de la Nación, 2018
2. Datos propios de NOBLE Cía de Seguros a partir del informe de peritos expertos.

3. Bismarck MM et al. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. *BMJ Quality & Safety* online, April 10, 2013
4. Studdert DM, Bismarck MM et al. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med* 374:4, January 28, 2016
5. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287:226-35
6. Mery CM, Greenberg JA, Patel A, Jaik NP. Teaching and assessing the ACGME competencies in surgical residency. *Bulletin of the American College of Surgeons*. Vol 93 N°7. July 2008
7. *"The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level"*. Authors: Luke Slawomirski, Ane Auraaen, Niek Klazinga. OECD 2017