

Editorial

La responsabilidad profesional en cardiología

Professional Liability in Cardiology

Josep Arimany-Manso*

Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, Barcelona, España

Historia del artículo:

On-line el 15 de julio de 2012

Actualmente, la seguridad del paciente y el riesgo de reclamaciones por presunta mala praxis son preocupaciones de primer orden en todo el mundo. En 1999, el *Institute of Medicine* de Estados Unidos, en su publicación «*To Err Is Human: Building a Safer Health System*»¹, sostenía que la medicina no era tan segura como debería y recogía cuatro estudios al respecto que establecían tasas de eventos adversos de entre el 2,9 y el 3,4% en los ingresos hospitalarios, de los cuales entre un 53 y un 58% serían prevenibles. La extrapolación de estos datos suponía que entre 44.000 y 98.000 estadounidenses fallecían cada año debido a eventos adversos durante un ingreso hospitalario, y estimaba una magnitud del problema aún mayor teniendo en cuenta que los eventos adversos no son exclusivos de la asistencia sanitaria de tipo hospitalario. Las alarmantes cifras arrojadas por este informe han desencadenado el debate internacional sobre la relevancia de los eventos adversos y los errores médicos y han despertado definitivamente el interés general por la seguridad del paciente en la práctica asistencial.

Siguiendo el concepto del *Institute of Medicine*, la seguridad del paciente se define como la ausencia de errores o complicaciones evitables producidas como consecuencia de la interacción del sistema sanitario y sus profesionales con el paciente en la atención sanitaria recibida.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la resolución WHA55.18 que urgía a los países miembros a prestar la máxima atención posible a la seguridad del paciente y establecer y reforzar medidas basadas en el conocimiento científico para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria². En 2004 nació la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (*WHO World Alliance for Patient Safety*), cuyo objetivo es coordinar, difundir y acelerar las mejoras en seguridad del paciente en todo el mundo sirviendo de vehículo para la colaboración internacional entre los estados miembros, la OMS, los expertos, los consumidores, los profesionales y la industria².

Este aumento de la preocupación y el interés por la seguridad del paciente ha propiciado cambios positivos en la asistencia sanitaria, que persiguen disminuir las tasas de eventos adversos. En nuestro entorno, la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la seguridad del paciente en

el centro de las políticas sanitarias, como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, y así se refleja en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud³. La seguridad de los pacientes, entendida como marcador de la calidad asistencial, busca disminuir y prevenir los riesgos asumidos en la asistencia sanitaria, lo que contribuye a la excelencia del sistema.

Igualmente, desde hace años, diferentes sociedades científicas, como *American Heart Association/American College of Cardiology*, *European Society of Cardiology* o la Sociedad Española de Cardiología, han intensificado el trabajo que realizan en esta área y elaboran instrumentos consensuados de seguridad clínica como las *checklists* (listas de comprobación), los protocolos o las guías de práctica clínica⁴. Avala la gran aceptación de que gozan estas guías de práctica clínica entre los facultativos que se dedican a la cardiología su significativa presencia en la lista de artículos más leídos en la historia de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, con un total de 9 guías de práctica clínica entre los 10 artículos más leídos⁴. Merecen especial mención que la cumplimentación de las guías de práctica clínica haya tenido demostrados efectos positivos en lo que a seguridad del paciente se refiere⁵ y que con frecuencia se les otorgue cierto valor legal^{4,6-10}, pues las sentencias que versan sobre responsabilidad profesional médica (*tabla*) se refieren a ellas.

Paradójicamente, las mejoras realizadas en materia de seguridad del paciente se han acompañado de un incremento en las reclamaciones relacionadas con responsabilidad profesional médica. En el último quinquenio, las reclamaciones contra médicos han aumentado considerablemente en nuestro país, sin llegar a los niveles alcanzados en países como Estados Unidos, inmersos en la «*malpractice crisis*» y con continuas reformas legislativas al respecto^{6,7,11}.

Este incremento se ha producido en el contexto de una medicina altamente especializada, en constante evolución científica e inevitablemente influida por importantes cambios socio-culturales^{6,7}. La promulgación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, supuso un significativo cambio en la relación médico-paciente, pasando del papel tradicionalmente paternalista del facultativo a un ejercicio en el que prima la información y cobra relevancia la figura del consentimiento informado. Tal como determina la legislación vigente, en su artículo 8.2 el consentimiento, por regla general, será verbal. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notoria y previsible

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.02.021>, Rev Esp Cardiol. 2012;65:801-6.

* Autor para correspondencia: P.^o de la Bonanova 47, 08017 Barcelona, España. Correo electrónico: josep.arimany@comb.cat

Full English text available from: www.revvespcardiol.org

Tabla

Ejemplos de sentencias que citan las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología

Sentencia	Guía de práctica clínica
Sentencia 690/2006 de 20 de noviembre, Sección 11.ª, Audiencia Provincial de Barcelona: «[...] las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología expresan que la ecocardiografía seriada puede ser útil para detectar disfunción sistólica incipiente y establecer la dosis tolerada [...]»	Evangelista Masip et al ⁸
Sentencia 6211/2005, de 23 de noviembre, Sección 4.ª, Audiencia Nacional: «[...] que según las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica, el taponamiento cardíaco moderado o severo... es indicación de Clase I para la realización de pericardiocentesis [...]»	Sagrístá Sauleda et al ⁹
Sentencia 751/2009, de 1 de octubre, Tribunal Superior de Justicia de Cataluña: «[...] basta para ello fijarse en el estudio que realiza del conjunto de las periciales y de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología... la ausencia de síntomas hasta el momento del diagnóstico no es una garantía de inocuidad de la vía accesoria, Guías de Práctica Clínica en arritmias cardíacas [...]»	Almendral Garrote et al ¹⁰

repercusión negativa para la salud del paciente¹². El papel del paciente ha cambiado y sus expectativas se han visto incrementadas, en ocasiones erróneamente, por un mayor acceso a la información médica. En este sentido, en 2007 Gaultier¹³ alertaba de que fallecer tras un infarto agudo de miocardio ya no se asumía como una fatalidad inevitable. Señalaba que las tasas de mortalidad por infarto de miocardio habían disminuido drásticamente, el uso de *stents* había mejorado el tratamiento coronario y los medios informaban con frecuencia de mejoras impresionantes en el área de la cardiología. Las altas expectativas que se derivan de todo lo anterior se contraponen al incremento del riesgo iatrogénico derivado del uso de técnicas cada vez más sofisticadas, por profesionales cuya formación resulta cada vez más compleja. Los profesionales deben transmitir adecuadamente esta complejidad a los pacientes a los que asisten, siguiendo las directrices de la legislación vigente en materia de autonomía del paciente y respetando sus derechos a la vez que disminuyen el riesgo en lo que a responsabilidad profesional se refiere^{6,7,13}.

Por todo el mundo se alerta sobre las consecuencias negativas del aumento de reclamaciones por responsabilidad profesional contra los médicos. Se ha descrito que fomentan la práctica de la «medicina defensiva», aumentan el gasto sanitario, generan insatisfacción en los profesionales y, en subespecialidades de especial riesgo de reclamación, conllevan incluso el abandono del ejercicio^{6,7,11}. El perjuicio que todo ello implica para los pacientes es innegable, y se ha descrito incluso que llegan a suponer limitaciones en el acceso a la asistencia sanitaria en determinadas áreas de la medicina¹¹.

En este nuevo contexto, resulta fundamental que los facultativos conozcan los relevantes aspectos médico-legales que rigen en la asistencia sanitaria y los estudios que analizan reclamaciones o sentencias sobre responsabilidad profesional, como el artículo de Santiago-Sáez et al¹⁴ publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, resultan una estimable fuente de información. Este artículo nos aproxima a la realidad de la responsabilidad médica en nuestro entorno, en el que la literatura al respecto es escasa. Más allá de nuestras fronteras, Oetgen et al¹⁵ subrayan esta necesidad de conocer datos sobre las reclamaciones en la especialidad de cardiología y señalan que la difusión de los hallazgos entre los especialistas podría mejorar la calidad de la atención al paciente y reducir la tasa de eventos adversos y el número de reclamaciones por responsabilidad profesional médica.

Santiago-Sáez et al¹⁴ califican la cardiología como una especialidad de «bajo riesgo», coincidiendo con Claudot et al¹⁶, quienes concluían que la cardiología permanece «relativamente protegida de las reclamaciones». Conforme a datos propios del *Servei de Responsabilitat Mèdica* del Colegio de Médicos de Barcelona, que en la actualidad dispone de 7.535 reclamaciones en el periodo 1986-2011, el porcentaje de reclamaciones que se relacionan con la especialidad de cardiología es de un 1,4%, ampliamente superado por especialidades como traumatología y cirugía ortopédica (15,7%) u obstetricia y ginecología (12,5%), en las que se alcanzan indemnizaciones máximas mucho mayores¹⁷.

Sin embargo, la gravedad de las enfermedades que trata la cardiología y la complejidad de determinados abordajes subrayan la importancia de la responsabilidad profesional médica en esta especialidad. Oetgen et al¹⁵ registraban que el error diagnóstico era el motivo de reclamación más frecuente en patología cardiovascular, y la arteriosclerosis coronaria, el diagnóstico más frecuentemente implicado en las reclamaciones, y señalaban la relevancia de afecciones como la disección o el aneurisma aórtico por el porcentaje de casos que resultaban en indemnización y por su cuantía. Veinte años atrás, Kuehm et al¹⁸ ya identificaron el error diagnóstico como la principal causa de responsabilidad profesional en las reclamaciones en cardiología, así como resaltaban la importancia de la falta de documentación o una pobre comunicación médico-paciente. Los hallazgos de Santiago-Sáez et al¹⁴ coinciden con estos estudios previos. Por su parte, Claudot et al¹⁶ subrayaban la importancia de las infecciones nosocomiales.

Con independencia de la responsabilidad deontológica y colegial, a los facultativos médicos se le puede exigir responsabilidad en el ejercicio de su actividad profesional en las esferas penal (derecho público: código penal) y civil (derecho privado: código civil); cuando se exige la responsabilidad a la Administración Sanitaria en que los facultativos ejercen, se trata de la esfera contencioso-administrativa⁷. El procedimiento judicial por supuesta mala praxis médica será distinto según la jurisdicción donde se presenta la reclamación. El procedimiento penal, regulado por la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) se inicia mediante una denuncia o una querrela al ponerse en conocimiento de la autoridad judicial la supuesta mala praxis médica en un juzgado de instrucción. La investigación (instrucción) se realizará en el mismo juzgado, mientras que la fase plenaria u oral se llevará a término en un juzgado penal o en la Audiencia Provincial. El procedimiento civil se encuentra regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). Cualquier ciudadano que se sienta perjudicado podrá reclamar una indemnización por daños y perjuicios presentando una demanda ante el juzgado de primera instancia, donde se celebrará el juicio tras presentación de las pruebas. Corresponderá a la Audiencia Provincial resolver los posibles recursos de las sentencias dictadas por el juzgado de primera instancia. En las demandas contra la Administración, se presentará ante los juzgados de lo contencioso administrativo con sedes en las capitales de provincia.

Se estimará que existe responsabilidad profesional médica en caso de daño o perjuicio a un paciente y la concurrencia de defecto de praxis médica demostrándose el nexo de causalidad entre ambos⁶. Este defecto de praxis médica corresponde al término *mala praxis*, que etimológicamente significa mala práctica, es decir, cuando el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y que la doctrina anglosajona denomina *standard of care*⁶. En este sentido, las guías de práctica clínica *stricto sensu* pueden suponer un garante legal de que el ejercicio clínico se ajusta a la *lex artis* y lo científicamente probado y que realizaría la mayoría de los facultativos en

iguales circunstancias^{6,7} (tabla). La *lex artis ad hoc* constituye el criterio jurídico utilizado para valorar la corrección de un acto médico concreto⁶. Hoy los juristas definen un acto médico como correcto si está médicamente indicado, si se ha realizado según la *lex artis* y si se ha informado correctamente y específicamente al paciente, información que, en determinados casos, se debe formalizar en el documento de consentimiento informado⁶. Especialmente en cardiología, que se enfrenta a enfermedades potencialmente letales, conviene recordar en todo caso que la jurisprudencia del Tribunal Supremo establece, de forma incontestable para la medicina curativa, que la responsabilidad profesional médica deriva de una obligación de medios, no de resultados⁶.

El cardiólogo, como cualquier facultativo, está sujeto en su ejercicio profesional a la normativa legal y ética y resulta imprescindible su formación en los aspectos médico-legales de la asistencia. Las reclamaciones contra los médicos son una realidad y en la mayoría de las ocasiones son consecuencia de un mal resultado o de una complicación imprevisible y/o inevitable de la enfermedad, el procedimiento diagnóstico utilizado o el tratamiento, más que de una negligencia médica. El ejercicio de la medicina incide en uno de los bienes más preciados de la persona, la salud y la vida; por lo tanto, es comprensible que los pacientes o sus familiares presenten reclamaciones judiciales o extrajudiciales cuando se producen hechos que afecten negativamente a su salud, la responsabilidad de los cuales se atribuye, con razón o sin ella, al médico, por lo que consideramos imprescindible analizar las causas de reclamaciones por especialidad y analizar cuáles son los procedimientos que más reclamaciones sufren. Artículos como el que presentamos contribuyen a esta formación y redundan en beneficio de profesionales y pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (PI 10/00598) del Ministerio de Sanidad su apoyo a la investigación en Seguridad del Paciente y Responsabilidad Profesional Médica.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 1999.
2. World Health Organization. Patient safety: report by the secretariat. En: Fifty-ninth World Health Assembly, 4 May 2006 [citado 6 Abr 2012]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/about/a59_22-en.pdf
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud [citado 6 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
4. Anguita M, Fernández-Ortiz A, Worner F, Alonso A, Cequier A, Comín J, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la SEC: hacia una nueva orientación. Rev Esp Cardiol. 2011;64:795-6.
5. Coma-Canella I. Relación entre mortalidad por infarto agudo de miocardio y cumplimiento de las guías de práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2006;59:189-92.
6. Medallo J, Pujol A, Arimany-Manso J. Aspectos medicolegales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc). 2006;126:152-6.
7. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barbería E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. Rev Clin Esp. 2012;212:198-205.
8. Evangelista Masip A, Alonso Gómez AM, Martín Durán R, Moreno Yagüela M, Oliver Ruiz JM, Rodríguez Padial L, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía. Rev Esp Cardiol. 2000;53:663-83.
9. Sagristá Sauleda J, Almenar Bonet L, Ferrer JA, Bardají Ruiz A, Bosch Genover X, Guindo Soldevila J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53:394-412.
10. Almendral Garrote J, Marín Huerta E, Medina Moreno O, Peinado Peinado R, Pérez Álvarez L, Ruiz Granell R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol. 2001;54:307-67.
11. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. N Engl J Med. 2003;348:2281-4.
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, p. 40126-32.
13. Gaultier C. Responsabilité médicale et pathologie coronaire. Ann Cardiol Angeiol. 2007;56:16-20.
14. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo González E, Anadón Baselga MJ, Almendral Garrote J. Análisis de las sentencias judiciales en la práctica de la cardiología resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. Rev Esp Cardiol. 2012;65:801-6.
15. Oetgen WJ, Parikh PD, Cacchione JG, Casale PN, Dove JT, Harold JG, et al. Characteristics of medical professional liability claims in patients with cardiovascular diseases. Am J Cardiol. 2010;105:745-52.
16. Claudot F, Alla F, Villemot JP, Aliot E, Coudane H, Juilliere Y. Analysis of patients claims related to care in a university cardiology department over the period 2003-2007. Arch Cardiovasc Dis. 2010;103:595-602.
17. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubía-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. Gac Sanit. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.03.006>.
18. Kuehm SL, Abraham E. Medical malpractice claims in cardiology. N Engl J Med. 1990;323:393-8.