

Llamado a la reflexión en tiempos de acusaciones, veredictos y sentencias

Calling to reflection in time of accusations, judgments and verdicts

Manuel Ige-Afuso¹

Es cierto que la ocurrencia de una pérdida o un sufrimiento de cualquier tipo genera dolor y, muchas veces, la respuesta a ese dolor puede ser devastadora. La magnitud de esa respuesta depende del poder y la influencia que se tenga. La pregunta es si basta la ocurrencia de la pérdida o el sufrimiento para ocasionar, como respuesta, pérdidas o castigos injustos a quienes no tienen culpa y, menos aún, la más mínima intención de ocasionarlos.

En el caso de la profesión médica, como en cualquier otra profesión, existen sucesos que no necesariamente resultan como fueron planeados y estos pueden traer consecuencias que van desde las más leves a las sumamente graves. Debíamos entonces preguntarnos si es responsabilidad directa del médico, del personal de salud o del sistema de salud, la ocurrencia de aquellos sucesos.

Muchas personas creen que el médico es una especie de Dios, del que se asume que todas sus acciones deben ser perfectas. No consideran que es un ser humano que sufre, se enferma y se puede equivocar con la misma probabilidad que cualquier otra profesión y que los elementos para minimizar el error son los que provienen de la ciencia y la tecnología con la optimización que puede dar el arte y la experiencia. No son clarividentes ni magos ni mucho menos 'enviados divinos' para la sanación. Por ejemplo, si alguien tiene una pérdida de fuerza del lado izquierdo del cuerpo, el examen clínico puede definir la posible localización de la lesión así como su causa, pero se puede definir de una manera más exacta con una tomografía axial computarizada (TAC). En los lugares que no hubiera tomografía o fuera dificultosa

su realización, se tendría que hablar de probabilidades de éxito en el diagnóstico, tal vez un 50 a 60% con el examen clínico y un 99% con una TAC. Por lo tanto, la pregunta es: ¿el médico es el responsable directo de la inexactitud de su diagnóstico?

Hace mucho tiempo se viene discutiendo sobre la necesidad de un seguro en caso de ocurrencia de eventos adversos como la solución y/o la mitigación de dichos sucesos. Entonces, ¿los seguros eliminarán o disminuirán la probabilidad de ocurrencia de esos eventos adversos?

En estos tiempos modernos, cuando se ha introducido en la medicina el esquema de Taylor y Fayol respecto a la división del trabajo y la mayor parte de las escuelas de gestión nos hablan de eficiencia y productividad, en los que el médico solo es parte de toda la rueda de la atención de salud y se le conmina a atenciones médicas en cada vez menor tiempo, con un incremento de actividades extra atención, como el llenado de formatos de seguros, reuniones de coordinación, comisiones de trabajo, creación de reportes, cuadros, resúmenes, etc. Y, además, está sometido a todo tipo de presiones por parte de sus autoridades para tratar de contener la sobredemanda, con el consiguiente peligro de automatizar la atención de casos complejos y aumentando la probabilidad de riesgos de eventos adversos. ¿Es el médico el responsable de esta situación? ¿Debe el médico paralizar la atención hasta que las condiciones sean tan óptimas como para que el riesgo de eventos adversos sea cero?

Como es de esperar, muchos tratan de hacer ver la causa, la solución y el contexto de los efectos adversos como una situación simple, cuando en realidad es un tema sumamente complejo con demasiadas aristas y muchos actores, la mayoría de ellos contrapuestos entre

1. Médico intensivista. Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

sí, lo que hace que el análisis no sea sencillo y, por lo tanto, las soluciones tampoco.

No se puede pretender hacer creer al público en general que una caricatura es el reflejo exacto de la persona, cuando no llega a ser parecido siquiera a una fotografía. Entonces, no creamos que una solución facilista, como la de las penalidades (llámese enviar a la cárcel a alguien), es la solución a todo, ni siquiera una solución parcial, puesto que podría llevar a resultados perversos tanto para el médico como para la sociedad. Algunos políticos de turno, haciendo caso al llamado de justicia por linchamiento, muy común en todas las épocas, quieren ganarse los votos con esta situación, sin pensar que es como querer echar perfume a una herida gangrenada para no tener que curarla o lavarla.

Como se puede intuir, el problema es complejo porque no solo tiene que ver con los errores y eventos adversos, sino con toda la atención de salud. La cadena de eventos que llevan a un resultado no deseado puede deberse a la mínima desviación de toda una serie de procesos adecuadamente realizados que, en algún momento, se puede salir de su curso habitual; y, si uno no tiene todo el sistema bien implementado los resultados no deseados serán mayores.

Por lo tanto, como principio, se debe tener un sistema de salud perfecto para minimizar dichos eventos adversos. Entonces, hablar de este tema merece la atención necesaria acorde con su complejidad y debe partir de la decisión política para construir un sistema nacional de salud coherente con la realidad nacional y no leyes parciales que parecen emular a las acciones de los césares romanos, quienes para calmar a su pueblo, entre otras cosas, enviaban a los cristianos a la jaula de los leones. La misma decisión política para el incremento del presupuesto del sector para mejorar las condiciones de trabajo, sea en infraestructura, equipamiento, insumos, situación del personal y mejora de procesos, así como la

consideración que, como profesión manual intelectual, en lo que respecta al intelecto, requiere un mínimo del doble del tiempo de la acción manual; para conceptualizar su actuar y no abrumarlo con elementos de productividad. La decisión política también debe tomarse, entre otras más, para educar a la población en acciones de prevención y cuidado de su salud, así como para la mejora de su estado nutricional.

Se requiere implementar la acreditación de las universidades, para que cada vez egresen profesionales de mayor calidad y no al revés. Establecer sistemas de control a las compañías de seguros y a las empresas proveedoras de salud para que no restrinjan las condiciones de trabajo ni aumenten la carga de trabajo de manera innecesaria. Al presionar directa o indirectamente al médico por más atenciones, al parecer creen que la atención al paciente sigue los mismos procesos que la reparación de una máquina, sin tomar en cuenta el tiempo que requiere un paciente en su atención como persona humana, y luego responsabilizan de la falta de relación médico-paciente al médico y al personal de salud.

No hacer que se invierta la carga de la prueba; es decir, presentar pruebas de que uno no es culpable. En realidad, cualquiera debería ser considerado inocente hasta que se demuestre lo contrario y no culpable hasta que demuestre su inocencia.

Todo esto que estamos presentando no es más que la punta del iceberg de lo que significa la problemática en salud. Así, se pretende que se puede solucionar todo el problema con solo el aseguramiento y la judicialización. Bueno, voy a repetir algo que alguien me dijo alguna vez: “cada quien ve solo lo que su inteligencia le permite ver”.

Correspondencia a: Dr. Manuel Ige Afuso
correo electrónico: mige@speedy.com.pe

Fecha de recepción: 19-04-10.
Fecha de aceptación: 29-04-10.

Los artículos enviados a la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna deben tratar temas relacionados al área biomédico social (clínicos, ciencias básicas y salud pública) en el campo de la Medicina Interna y sus especialidades afines.

Los trabajos deben ser originales e inéditos.

DE LA PRESENTACIÓN

El artículo debe ser presentado mediante una carta dirigida al Editor de la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, solicitando la evaluación para ser considerada su publicación. La carta debe incluir el título del trabajo, el nombre completo de los autores, tipo de trabajo y certificar que el artículo no ha sido presentado para evaluación para su publicación ni ha sido publicado en otra revista. La carta deberá ser firmada por uno de los autores.

Se debe adjuntar una declaración jurada firmada por todos los autores (según formato establecido), en la que declaran que el artículo presentado es propiedad intelectual de los autores y que no ha sido publicado, ni presentado para evaluación en otra revista. Además deberán ceder los derechos de autor a la Revista de la SPMI una vez que el artículo sea aceptado para su publicación.

Junto con la carta de presentación deberán entregarse impresos un original y una copia, además la versión electrónica del artículo en disquete o disco compacto.

DEL ARTÍCULO

El artículo deberá pertenecer a una de las siguientes categorías:

- Investigación original.
- Comunicación corta.
- Carta al editor.

El artículo debe estar redactado en idioma español o inglés, impreso en papel bond blanco de medida ISO A4 (210 x 297 mm), en una sola cara, tipo de letra Times New Roman, tamaño de fuente 12 picas, a doble espacio y con márgenes de 25 mm. Las fracciones decimales se deben separar de los números enteros con coma decimal, en vez de punto y los miles y millones deben ser separados por un espacio simple, en vez de comas. Cada parte del artículo deberá empezar en página aparte, numeradas en forma consecutiva. En el caso de citas textuales, el párrafo correspondiente dentro del texto se destacará colocándolo entre comillas y escribiéndolo con letra itálica. Las tablas, gráficos y figuras deben colocarse al final del texto en página aparte con el título correspondiente; no deben ser insertados dentro del texto.

Página del Título

La página del título, deberá contener:

Título del artículo en el idioma original y en inglés, nombre completo del autor o autores, institución donde se realizó el estudio y dirección de la correspondencia.

El nombre del autor o autores debe seguir el siguiente orden: Apellido paterno en mayúsculas, apellido materno en mayúsculas y nombres. Los autores se deben separar por una coma. A continuación del nombre del autor se debe colocar el Título o Grado Académico mayor obtenido y el llamado a la afiliación institución utilizando números arábigos en superíndice.

El nombre de la institución o instituciones a la que tiene afiliación el autor, se debe colocar en párrafo aparte, precedido por el número correspondiente, en superíndice.

En correspondencia, se debe colocar el nombre del autor encargado, dirección, código postal y correo electrónico. Pueden colocar, adicionalmente, el número de teléfono.

Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto de Intereses

En esta página se debe colocar el origen del financiamiento y la declaración de conflicto de intereses de los autores.

En financiamiento, se debe colocar el origen del apoyo económico recibido en forma de subvención, donación de equipos o aporte de medicamentos u otro tipo de apoyo.

En la declaración de conflicto de intereses, se debe señalar los posibles conflictos de interés del autor o autores, sean estos de orden económico, institucional, laboral o personal.

ESQUEMAS DE PRESENTACIÓN

Trabajos o investigaciones originales

Deben ser redactados manteniendo el siguiente orden:

- Página del Título

- Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto de Intereses
- Abstract
- Resumen
- Introducción
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Referencias bibliográficas

La extensión total del artículo, incluyendo las referencias bibliográficas no debe ser mayor de 14 páginas en una sola cara.

El Resumen y el Abstract se presentarán cada uno en hoja aparte, teniendo una extensión máxima de 250 palabras. Deben incluir los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. Al final se deben agregar 3 a 6 palabras clave o keywords, que ayuden a clasificar el artículo.

Las palabras clave deben ser descriptores en Ciencias de la Salud (DECS), las que pueden ser consultadas en <http://decs.bvs.br/E/decswebe.htm>

El objetivo del estudio debe ser colocado al final de la introducción, en forma clara y concisa.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en estricto orden de aparición.

Se acepta entre tablas y figuras un total de diez.

Comunicaciones cortas

Deben ser redactados manteniendo el siguiente orden:

- Página del título
- Página de Declaración de Financiamiento y de Conflicto de Intereses
- Abstract
- Resumen
- Introducción
- Contenido (Caso o casos clínicos)
- Discusión
- Referencias bibliográficas

La extensión total del artículo, incluyendo las referencias bibliográficas no debe ser mayor de seis páginas en una sola cara.

El Resumen y el Abstract se presentarán cada uno en hoja aparte, teniendo una extensión máxima de 150 palabras. Al final se deben agregar 3 palabras clave o keywords que ayuden a clasificar el artículo.

Las Palabras clave deben ser DECS.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en orden de aparición. El número máximo de referencias bibliográficas permitidas es de 20.

Se acepta entre tablas y figuras un total de cuatro.

Cartas al editor

Deben ser redactados de acuerdo al siguiente esquema:

- Carta
- Referencias bibliográficas

La extensión total del documento tendrá una extensión máxima de dos páginas y se aceptará como máximo dos tablas, gráficos o figuras, en total.

Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar entre paréntesis y en orden de aparición. El número máximo de referencias bibliográficas permitidas es de 10.

DE LAS TABLAS Y FIGURAS

Las Tablas deben tener un título breve y claro y serán numeradas según el orden que se indica en el texto, por ejemplo Tabla 1. En el cuerpo de las Tablas no se debe utilizar líneas verticales, solo se colocarán tres líneas horizontales: una debajo del título, otra debajo de los encabezamientos de las columnas y la tercera al final de la Tabla.

Las Figuras (gráficos y fotos) deben ser presentados en formato JPG, TIF o EPS. Si se utiliza escáner, las fotos deben tener una resolución mínima de impresión de 300 dpi a un tamaño de 10 cm en su dimensión menor, de lo contrario se debe adjuntar las fotos o figuras originales.

OTROS DOCUMENTOS

El Comité Editorial se reserva el derecho de publicar otros documentos con el formato de notas históricas, in memoriam, contribuciones especiales, guías, informes, fotografías, etc. siempre que cumplan con los requisitos formales mencionados en esta página.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las citas de las referencias bibliográficas se deben hacer en orden de aparición consecutiva en el texto e incluirla en la lista correspondiente con información bibliográfica completa al final del documento. Las referencias bibliográficas serán redactadas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

Inmediatamente después de citar, parafrasear o utilizar en cualquier forma material ajeno, es preciso referirse a la fuente que aparece en las referencias bibliográficas mediante un número arábigo entre paréntesis en tamaño igual que el texto; ejemplo: (1) o (2,5), sin colocar hiperenlaces hacia las referencias bibliográficas. Las llamadas de cita precedidas de un espacio se colocan antes del punto, coma u otro signo de puntuación.

En la lista de referencias bibliográficas solo se deben incluir las referencias citadas en el texto del artículo. No está permitido la mención de comunicaciones personales, documentos inéditos ni en prensa.

Entre las referencias bibliográficas se deben incluir necesariamente artículos de investigación realizados en el país o en América Latina, salvo que no existan estudios relacionados al tema.

Para ver ejemplos de como redactar las referencias bibliográficas pueden ingresar a: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Ejemplos:

Artículos publicados en revistas

Apellido del autor y/o coautores seguido de las iniciales de los nombres, éstas sin separación entre sí ni puntos. Título del artículo. Nombre o abreviatura de la revista, año, punto y coma, volumen, entre paréntesis el número, dos puntos, número de las páginas.

Garmendia F, Torres J, Tamayo R, Urdanivia E. Aportes al conocimiento de la glicemia de altura. Arch Inst Biol Andina 1972;5(1):51-6.

Opcionalmente en las revistas con paginación consecutiva, se admite la omisión del número de volumen.

Torres J, Castillo O, Woolcott O, Itunizagaz E, Florentini L, Damas I. Insulin sensitivity in high altitude and sea level. Diabetes Res Clin Pract 2000;50:185.

Libros

Autor y/o coautores en igual forma que para los artículos, punto, título del libro, punto, número de edición, punto, ciudad donde se editó, dos puntos, nombre de la Editorial, punto y coma, año de publicación, punto, letra p, punto, y a continuación el número de las páginas consultadas.

Garret H. Estadística en Psicología y Educación. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1983. p. 405-406.

Capítulos de libros, folletos o similares

Autor y/o coautores en igual forma que para los artículos. Pueden citarse hasta seis autores, separados por comas; si son más de seis se anotan los tres primeros y se agregará 'et al.'; los autores deben estar separados entre sí por una coma y se debe colocar un punto al final de la inicial del nombre del último autor y a continuación se citará el título del artículo en el idioma de origen terminando en punto seguido y luego la preposición 'En' seguida de dos puntos y el título del libro (ambos en el idioma de origen), punto seguido, ciudad donde se editó, nombre de la Editorial, año de publicación, punto p punto, y a continuación el número de las páginas consultadas.

Charles G, Guilleminault C. Sleep and neuromuscular diseases. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC. (Editores). Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 833.

Tesis

Autor en igual forma que para los artículos. Título del trabajo, punto seguido, especificar el grado optado, punto seguido. Ciudad y país donde se sustentó, separados por una coma, dos puntos y el nombre completo de la Universidad de procedencia, una coma, el año, punto seguido, luego el número de páginas, seguido de la abreviatura pp.

Velasquez S. Prevalencia de los trastornos electrolíticos y acidobásicos en pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis de Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1995. 34 pp.

Páginas electrónicas

Las páginas electrónicas nombradas en las referencias bibliográficas deben estar acompañadas de la fecha en la cual se tuvo acceso a la misma. Salvador L. Soporte ventilatorio en los pacientes con ELA. En: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuromuscular-2.html>. (Fecha de acceso: Abril del 2006).

Los artículos pueden entregarse en la oficina de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, sito en Av. José Pardo 138, Of. 401, Lima 18; Apartado 18-0818, Lima, Perú. Telefax: 445-5396, Teléfono: 444-5158. E-mail: spmi@terra.com.pe