

# MALA PRAXIS: LOS INDIVIDUOS Y EL SISTEMA

## El problema del mal desempeño crónico

**Dr. Fabián Vítolo**  
Noble Compañía de Seguros

Mucho se ha escrito en los últimos años sobre la mala praxis de los buenos médicos, que son legión. Profesionales competentes, responsables y humanos que en algún momento de sus carreras cometen errores que a ellos mismos les cuesta explicar y que causan muertes o daños graves. La psicología cognitiva y la ingeniería en factores humanos nos han enseñado que la mayoría de estos errores y daños son atribuibles a sistemas y procesos defectuosos.(1)(2) Este conocimiento llevó a la creación de la seguridad del paciente como disciplina, cuyo principal objetivo es el rediseño de estos sistemas para hacerlos más seguros.

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".

El pobre desempeño puede estar originado en estrés temporario y de corto plazo (problemas emocionales, sobrecarga de trabajo) o puede tener causas subyacentes que son menos transitorias y más serias por naturaleza (falta de conocimientos, pobre desarrollo

de las habilidades requeridas, declinación psicomotriz por la edad o enfermedades, adicción a drogas o alcohol, entre las principales). 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 auto-regulada. El silencio impide intervenir tempranamente para mejorar la comunicación y calidad de atención brindada por nuestros colegas. Este silencio no les hace ningún bien a ellos, y mucho menos a los futuros pacientes con los que estos médicos deberán interactuar.

### Mal desempeño. Algunas definiciones

Para facilitar la discusión sobre las deficiencias de desempeño que amenazan la seguridad del paciente, se deben primero definir algunos términos que se utilizan para categorizar la conducta profesional:

#### Competencia profesional

Ha sido 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) El Consejo de Acreditación de Educación Médica de Postgrado de los Estados Unidos y el American Board de Especialidades Médicas (6) han dividido a la competencia en seis

subgrupos definidos de competencias (“Six Core Competencies”) en distintas áreas, incluyendo aquellas que aplican a todos los médicos y otras que son específicas de cada especialidad.(7) Entre las competencias básicas que son comunes a todos destacan:

- La atención humana, apropiada y efectiva de los pacientes
- Los conocimientos médicos actualizados
- El aprendizaje basado en la práctica
- Las habilidades interpersonales y de comunicación
- El profesionalismo. Adherencia a los principios éticos de la profesión
- La practica basada en sistemas. Conciencia y sensibilidad frente al contexto del sistema de salud en el que se desempeñan.

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”.(8)

#### **Impericia**

Falta de los conocimientos o habilidades técnicas esperadas para ese tipo de profesional.

#### **Imprudencia**

El no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada.

#### **Negligencia**

Lo opuesto al sentido del deber

#### **Mala praxis**

Cuando se actúa con impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes.

#### **Problemas mentales y de conducta**

Incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias, desórdenes de la personalidad (ej: conducta antisocial) y conductas disruptivas con colegas, pacientes y subordinados. En el extremo se encuentran aquellos médicos que presentan cuadros psicopatológicos severos, como psicosis o conductas suicidas, si bien estos casos son raros.

#### **Médico disruptivo**

El término ha sido aplicado a aquellos profesionales que exhiben conductas abusivas que interfieren con la atención del paciente o que razonablemente se espera que interfieran con el proceso de brindar una atención de calidad.(9) Algunos ejemplos de conductas disruptivas son los ataques de ira, el romper o lanzar objetos, los comentarios negativos sobre colegas, el ninguneo del personal, los insultos, el lenguaje vulgar, el acoso etc.(10) Las conductas intimidantes o abusivas aumentan la probabilidad de que los colegas, enfermeras y residentes que trabajan con ese médico cometan errores, generalmente porque tratan de evitar todo tipo de contacto con él, ya sea para pedir ayuda, clarificar órdenes o realizar sugerencias(11)(12). Este tipo de conducta también puede desviar la atención de estos médicos del paciente, influyendo sobre su juicio clínico y desempeño. Cuando los pacientes son testigos de esas conductas, disminuye su confianza en los profesionales y la institución donde trabajan, desalentándolos a participar de su propia atención.(13) Por lo tanto, la conducta disruptiva habitual de muchos médicos no sólo amenaza la seguridad de los pacientes sino que tiene un efecto corrosivo sobre la moral del resto del equipo de salud que tiene que trabajar con ese médico.

#### **Problemas de desempeño**

Hace referencia y engloba a todos los tipos de deficiencias descritas, independientemente de su causa. Es el término que utilizaremos en el resto de este artículo.

## Extensión del problema

Todos los médicos sabemos que el desempeño inadecuado, ya sea en el terreno de la conducta o en el de la competencia profesional es moneda corriente en algunos profesionales. Sin embargo, resulta muy difícil cuantificar la magnitud del problema y su impacto sobre la seguridad del paciente y la calidad de atención. Las sanciones disciplinarias de los Colegios Médicos o Asociaciones Profesionales, son, como los juicios por mala praxis y las quejas, indicadores muy indirectos. Estos datos son muy difíciles de interpretar, ya que los médicos pueden ser sancionados o demandados por una gran variedad de causas, muchas de ellas no vinculadas con el mal desempeño (ej: actividades fraudulentas con terceros pagadores).

Los problemas de desempeño de los médicos deben ser vistos como síntomas de desórdenes subyacentes. Dentro de éstos, se pueden incluir los problemas mentales y de conducta, el abuso de sustancias, la enfermedad física (incluyendo el deterioro cognitivo producido por la edad) y la imposibilidad de adquirir o mantener los conocimientos o habilidades que se requieren. Existen a su vez numerosos factores de estrés que contribuyen: sobrecarga de trabajo, problemas familiares, ambiente de trabajo disfuncional, excesiva presión de producción y ansiedad. Estos problemas generalmente se superponen. Por ejemplo, la declinación en la competencia de un cirujano puede ser atribuida a una falta de actualización de conocimientos o habilidades y a una dependencia del alcohol. Ambos problemas ser a su vez el reflejo de una depresión severa que requiera tratamiento.

Los profesionales de la salud no son ajenos a los problemas de salud mental que afectan a la población general. La incidencia de desórdenes depresivos mayores en la población general a lo largo de su vida es del 16%.<sup>(14)</sup> Esta tasa sería aún mayor en la población médica. En el año 2004, la revista *American Journal of Psychiatry* divulgó que los médicos varones son de una a cuatro veces más proclives a suicidarse y las médicas, de dos a tres veces más tendientes a hacerlo que el resto de la población.<sup>(15)</sup> Sin embargo, sólo uno de cada cinco médicos buscaría ayuda entre sus colegas en caso de desarrollar una enfermedad mental.<sup>(16)</sup> Hay también estudios que relacionan la depresión de los médicos con errores. Los residentes de medicina que están deprimidos serían dos a seis veces más propensos a

cometer errores en la medicación que los que no lo están, según un estudio publicado en *British Medical Journal* en 2008.<sup>(17)</sup> Estos hallazgos sugieren que la salud mental de los médicos podría desempeñar un papel más significativo en la seguridad de los pacientes de lo que antes se sospechaba. En la Argentina, las condiciones de trabajo (multiempleo, bajos sueldos, sobrecarga de trabajo, violencia contra profesionales) acentuarían el problema. Según una encuesta realizada por Intramed, de la que participaron más de 15.000 pediatras de nuestro país, el 82% siente estrés excesivo y la razón principal resultó ser la elevada carga horaria.<sup>(18)</sup> La Argentina, junto con México y Colombia encabeza el ranking de países con mayor cantidad de médicos que sufren burnout, una de las causas de mal desempeño crónico.<sup>(19)</sup>

El alcoholismo y la adicción a psicofármacos en la comunidad médica son otros temas sensibles de los que se habla muy poco. Se calcula que el porcentaje de médicos y enfermeras alcohólicos en los EE.UU rondaría entre el 8% y el 15%,<sup>(20)</sup> <sup>(21)</sup> siendo este último valor muy similar al de la población general, que es del 13,5%<sup>(22)</sup>. La estimación de droga dependencia, según la Asociación Médica Americana sería del 1% al 2%.<sup>(22)</sup> Las especialidades más afectadas son las que tienen acceso más fácil a este tipo de fármacos: la anestesiología, la emergentología y la psiquiatría.<sup>(23)</sup> El Medical Board de California estimó que el 18% de los médicos de su estado abusaban de alcohol o psicofármacos en algún momento de sus carreras.<sup>(24)</sup>

Todavía faltan más datos para estimar la incidencia de conductas disruptivas en los hospitales y centros de salud. Encuestas realizadas a enfermeras indican que la gran mayoría ha sido testigo de episodios de este tipo causados por el 4% al 5% de los médicos de sus instituciones.<sup>(25)</sup> Sin embargo, la validez de estos datos sería discutible por una baja tasa de respuestas. Otras encuestas realizadas a ejecutivos del sector salud indican que el porcentaje de profesionales disruptivos iría del 1% al 5%.<sup>(26)</sup> Hickson y col. encontraron que el 6% de los médicos habían recibido más de 25 quejas de pacientes por este tema durante un período de 6 años.<sup>(13)</sup> Lucian Leape, un estudioso de este tipo de conductas, estima que entre el 3% y el 5% de los médicos tendrían conductas disruptivas.<sup>(8)</sup> Este problema ha llamado la atención de las asociaciones médicas y acreditadores. La Joint Commission, en un alerta publicado en Julio de 2008 advierte: "Las

*conductas hostiles o intimidatorias entre profesionales del equipo de salud van mucho más allá de situaciones incómodas... Son una verdadera amenaza para la seguridad de los pacientes y la calidad de atención. Son conductas no profesionales que no deben ser toleradas.”* (27)

No hay prácticamente estudios acerca de la incidencia de enfermedades físicas entre los médicos y su impacto sobre el desempeño, pero sería razonable estimar que al menos el 10% de los médicos deban restringir su práctica por varios meses o más a consecuencia de alguna enfermedad que los incapacite (como diabetes, enfermedades cardíacas o procedimientos quirúrgicos) (8) Muchos no cumplen con el tiempo de rehabilitación prescrito antes de volver a sus funciones. Esto es peligroso no sólo para ellos, sino también para sus pacientes. Por otra parte, los médicos, como el resto de los mortales, están sujetos al deterioro cognitivo con la edad, pero la extensión de este problema no ha sido cuantificado. (28)

De manera similar, poco se sabe acerca de la extensión de la falta de conocimientos y habilidades requeridas (discompetencias). 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 (8)

Cuando todas estas condiciones (salud mental, dependencia a drogas o alcohol, conductas disruptivas, deterioro físico y discompetencias) son consideradas en conjunto, al menos un tercio de todos los médicos experimentarán, en algún punto de sus carreras, un período durante el cual tendrán alguna condición que los incapacite para ejercer la medicina de manera segura. Para un hospital con un personal de 100 médicos, esto se traslada a un promedio de 1 a 2 médicos por año. (8)

## El código de silencio

Ni los médicos ni las instituciones parecen haber abordado los problemas de desempeño de manera adecuada. Son muy pocas las organizaciones de salud

que monitorean sistemáticamente el desempeño de sus profesionales o que cuentan con programas formales para identificar a médicos con problemas. (29) Los cuerpos colegiados que regulan la matrícula suelen conformarse con que el médico demuestre su asistencia a congresos y actividades educativas, y toman eso como evidencia del mantenimiento de competencia.

Este abordaje “blando” al monitoreo del accionar de los médicos contrasta marcadamente con lo que hacen otras profesiones, en las cuales el mal desempeño de sus matriculados puede afectar el bienestar público. Los pilotos comerciales, por ejemplo, deben someterse a exámenes psicofísicos y de competencia una vez por año.

A pesar de ser conscientes de que un colega tiene déficits en el terreno de la conducta o de las competencias, la mayoría de las veces los médicos prefieren mirar para otro lado en vez de confrontar el problema directamente. La independencia y la autonomía profesional son tan valoradas que los médicos son reacios a confrontar con un colega cuando perciben sus problemas. Expresar estas preocupaciones directamente puede ser muy incómodo, y dañar incluso la reputación de quien saca a luz el tema. A nadie le gusta hacer juicios sobre el desempeño de un colega que además suele ser amigo o socio de práctica. La misma dinámica de poder también complica la situación, ya que a veces el médico con problemas es un superior. (30)

En el caso de las conductas, la duda para actuar puede sobrevenir de la incertidumbre acerca de si puede hacerse algo para remediar la situación, asumiendo que las habilidades interpersonales son un componente fijo e inmodificable de la personalidad del colega que no se puede cambiar. Claramente, la mayoría de la profesión médica no considera que los problemas de comunicación o de relaciones interpersonales sean una amenaza a la seguridad y la calidad. Muchas veces, se tolera a médicos groseros e intimidantes pero con buenas habilidades técnicas: “Ignore sus modales, lo que importa es que es un gran cirujano...” Los jefes de servicio, por otra parte, tampoco están adecuadamente entrenados para manejar a los médicos de pobre desempeño. Incluso a veces se mezclan situaciones financieras, porque ese médico puede ser una importante fuente de ingresos para el hospital.

Como resultado de todo esto, el manejo de estas situaciones es inconsistente, aleatorio y molesto para todas las partes involucradas. El ofrecimiento de ayuda suele ser rechazado. Si el desempeño inseguro amerita una sanción disciplinaria, quien lo hace se arriesga a contra cargos e incluso juicios por difamación, aún cuando la evidencia sea clara y se haya seguido el debido proceso. El estudio de los eventos adversos más graves originados en incompetencias y faltas de conducta revela que las instituciones ignoraron por meses o años los signos que advertían que algo así podía ocurrir.(31)

Los hospitales a su vez reciben muy poca ayuda de los reguladores y de quienes controlan la matrícula. Si bien estos organismos tienen procesos de acreditación y de disciplina formales, los detalles de la implementación de estos procesos son dejados en manos de los hospitales. Los tribunales de ética profesional generalmente actúan cuando reciben denuncias, y no definen a la prevención de daños como parte de sus responsabilidades.

El desafío, según Leape, es claro: *“Necesitamos identificar a los médicos “problema” antes y abordar estos problemas de manera oportuna. Para hacerlo, requerimos de indicadores que permitan identificar mejor a aquellos médicos que necesitan ayuda y mejores programas para brindársela. Si bien los problemas de desempeño se dan en todos los ámbitos de atención, sugerimos que el mejor lugar para comenzar son los hospitales, donde ya existe un proceso de acreditación en marcha.”* (8)

## Identificación de médicos cuyo desempeño pone en peligro a los pacientes

Lucian Leape y John Fromson, de la escuela de Salud Pública de Harvard, proponen que el actual abordaje al problema del mal desempeño de los médicos (ad hoc, informal, reactivo), sea reemplazado por un sistema de monitoreo formal, proactivo y de rutina que utilice indicadores validados que se focalicen estrictamente en el desempeño clínico y la conducta. El objetivo sería la identificación temprana de los médicos con problemas antes de que pongan en peligro la seguridad de los pacientes. Este sistema debería tener 3 características esenciales: (8)

En primer lugar, debería ser **objetivo**. Una de las críticas que se le hacen a los métodos actuales es que se basan en juicios subjetivos de la personalidad, de la motivación o del carácter en vez de hacerlo sobre mediciones del desempeño. La solución consistiría en basar las evaluaciones en datos, como por ejemplo la evidencia de cumplimiento de estándares de desempeño (ej: buenas prácticas, normas y procedimientos, etc.)

Segundo, el sistema debería ser **justo**. Para evitar que sea visto como estigmatizante o punitivo, todos los médicos deberían ser evaluados anualmente con los mismos indicadores. El proceso de evaluación debería ser claro, abierto, sin sesgos y cumplir con las regulaciones impuestas por el derecho laboral.

Tercero, el sistema **debería dar respuestas**. Cuando se identifica a médicos con problemas, los mismos deben ser abordados de manera rápida. Para algunos médicos, el feedback y el consejo interno pueden ser suficientes. Otros necesitarán una evaluación más exhaustiva y ser referidos a distintos programas para ayudarlos a corregir sus deficiencias y permitirles continuar ejerciendo la medicina, de ser posible.

## ¿Qué hacer? Soluciones sistémicas a problemas individuales

Rara vez existen soluciones simples a problemas complejos. Como vimos, el mal desempeño médico es multifactorial y su abordaje implica numerosos desafíos y preguntas. ¿Qué debe hacer el médico que es testigo frecuente del mal desempeño de un colega? ¿Se debe actuar a nivel local o la solución debe venir de los reguladores? ¿Se puede medir objetivamente el desempeño?. Estos temas continúan siendo debatidos intensamente y generan polémicas. Sin embargo, parece haber bastante coincidencia en la necesidad de finalizar el silencio, en el desarrollo de una mejor métrica para evaluar el desempeño, en la necesidad de actuar localmente y en el abordaje integral y sistémico del problema.

### Fin del silencio

La necesidad de dejar de hacer la vista gorda y enfrentar el problema es tal vez el desafío mayor. Existe entre los médicos un “espíritu de cuerpo” mal entendido que

determina que muchos profesionales no levanten la voz cuando son testigos de incompetencias o de conductas irresponsables y poco profesionales por parte de colegas. Demasiado a menudo los médicos callan ante estas malas prácticas por la tradición que considera que criticar a los colegas no se condice con las reglas de la profesión, y por temor a ser acusados de “buchones”. Esta conducta no es ética y resulta inaceptable. La medicina es una profesión basada en el consenso de toda la sociedad de que siempre se colocarán primero los intereses del paciente por sobre cualquier otra consideración. En una cultura ética y de seguridad no hay lugar para proteger a los colegas a expensas de los pacientes. El ignorar estas situaciones perjudica además a ambos. Los esfuerzos para apoyar a nuestros colegas con problemas evidentes no implican una obligación individual de controlar o supervisar lo que ellos hacen o dejan de hacer. Más bien se trata de de una responsabilidad del equipo de trabajo, más allá de la forma que este equipo pueda tener (unidad, servicio, grupo de práctica). Los equipos altamente efectivos tienen conciencia de la situación que atraviesa cada uno de sus miembros y se apoyan mutuamente. Una parte central de este apoyo es el feedback, el deseo de brindar, buscar y recibir información relacionada con el rendimiento de los miembros del equipo. Cuando la seguridad del paciente se ve comprometida, los equipos deben apelar siempre por el paciente. Es ésa la mejor forma de proteger al colega, no encubriéndolo. (30)

### **Desarrollo de parámetros objetivos para medir el desempeño**

La competencia profesional del médico es una construcción compleja, y para adquirirla o mantenerla se requiere la aplicación en la práctica diaria de conocimientos, habilidades, juicio clínico, emociones y valores en beneficio de los individuos y de la comunidad a la que se sirve.(5) Los médicos necesitan tanto de las competencias clínicas (conocimientos y habilidades actualizadas), como de competencias conductuales (adecuadas relaciones interpersonales, capacidad para comunicarse efectivamente, empatía, juicio, autoevaluación, etc.). El desempeño profesional dependerá del adecuado balance de estas competencias. Su aplicación práctica es también muy compleja y está claramente influenciada por los equipos, el sistema y el ambiente de trabajo.

La evaluación del desempeño de los individuos es necesaria en cualquier proceso de gerenciamiento de servicios o sistemas de salud. El problema radica en encontrar los mejores indicadores para evaluar las competencias profesionales de manera justa y objetiva.

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. Los hospitales se encuentran relativamente bien equipados para medir cuantitativamente el desempeño clínico de los médicos basándose en los resultados de sus procedimientos y en las tasas de adherencia a procesos de atención basados en la evidencia durante su práctica diaria. Para medir el conocimiento existen exámenes y para medir habilidades se utilizan indicadores tales como el número de procedimientos realizados, la tasa de complicaciones o de reinternación. Sin embargo, no existe un consenso generalizado acerca de cuál es la mejor manera de medir el desempeño clínico. Algunos autores de peso, como B.Landon, de Harvard, sostienen que es imposible.(32) En su visión, existen todavía numerosas barreras técnicas que conspiran contra una evaluación justa y objetiva de las competencias clínicas individuales. Entre ellas, la falta de medidas basadas en la evidencia en la mayoría de las especialidades, la dificultad para definir el umbral de una atención aceptable, el tamaño de las muestras y el sesgo de la gravedad de los pacientes que se atienden. Según Landon, todavía se requiere de mucha investigación y desarrollo para tener indicadores validados.

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. Algunos autores proponen la combinación de distintos indicadores para identificar tempranamente a los médicos que necesitan ayuda. Hickson y col, por ejemplo, encontraron que el análisis de las quejas de los pacientes permitiría identificar a los médicos con problemas interpersonales y predecir la probabilidad de juicios por mala praxis. Encontraron que los médicos con 4 o más quejas, seguidos en un período de 6 años, tenían 16 veces más posibilidades de tener dos o más reclamos que los médicos sin quejas.(13)

En los últimos años, va ganando consenso la denominada “Evaluación 360º del desempeño médico.”, también conocida como “multi-source feedback –MSF–” (retroalimentación de múltiples fuentes).(33) Su propósito consiste en brindar feedback al médico sobre conductas observables y desempeño desde múltiples perspectivas dentro de su marco de referencia. Su instrumentación consiste en el llenado de cuestionarios confidenciales por parte pacientes, colegas y compañeros de trabajo no médicos.

Este feedback es comparado con la autoevaluación que el médico hace de sí mismo y con la media de los médicos con una actividad parecida. Puede ser entonces utilizado para modificar la propia conducta, mejorando en consecuencia el desempeño. Este sistema se encuentra bastante desarrollado en Canadá (34) y en algunas jurisdicciones del National Health Service (NHS) británico. (35)

Si bien puede servir a diferentes propósitos, la evaluación y el feedback 360º generalmente se utiliza en medicina con objetivos formativos y de autosuperación personal, y no tanto como un instrumento de recertificación o de disciplina. (36) Varios estudios parecen confirmar la confiabilidad y validez de los instrumentos que se utilizan en la evaluación 360º del desempeño profesional, tanto para médicos generales como para especialistas, aunque todavía se discuten las condiciones que se requieren para que este sistema de evaluación funcione eficientemente. (37) (38)

Especial consideración debe tenerse con el estudio acerca si corresponde la implementación de exámenes psicofísicos anuales y el testeo al azar del consumo de drogas entre el plantel profesional. Más controversial aún sería la factibilidad de realizar evaluaciones cognitivas de rutina para los médicos de avanzada edad.

En conclusión, todavía estamos a mitad de camino en el desarrollo de una métrica para medir el desempeño que tenga aceptación universal, requiriéndose mucha más investigación en este campo.

#### **La necesidad de actuar a nivel local**

La responsabilidad última por garantizar la competencia y la conducta de los médicos recae en las instituciones donde éstos trabajan. Los colegas del servicio, sus jefes

y directores se encuentran mejor posicionados que cualquier regulador externo para detectar a los médicos con problemas y brindarles su apoyo para que mejoren. Sin embargo, pese a estar en mejor posición, los hospitales carecen de los recursos necesarios para desarrollar los sistemas e indicadores que se requieren para la tarea de evaluación. Por eso, algunos autores consideran indispensable la participación de las autoridades que actualmente regulan la matrícula, la acreditación de especialidades y la recertificación.(8) Serían entonces estos organismos los responsables de desarrollar los estándares e indicadores que permitan una evaluación periódica del desempeño de los médicos. La evaluación local de la competencia y habilidades interpersonales de nuestros colegas tiene varios inconvenientes potenciales. Puede ser difícil la objetividad con compañeros que conocemos bien. Además, a los médicos les falta entrenamiento acerca de cómo brindar feed-back sobre algo tan subjetivo como las relaciones interpersonales. Sin embargo, las ventajas de una intervención temprana superan con mucho estos inconvenientes.

#### **Hacia un abordaje integral**

El modelo que proponen Leape y Fromson para empezar a abordar el problema consta de cuatro etapas: establecer estándares, requerir su cumplimiento, monitorear el desempeño y responder a las deficiencias. (8)

Como primera medida, las instituciones deberían adoptar estándares explícitos de conducta y de competencia. Idealmente, estos estándares deberían ser desarrollados a nivel nacional por las autoridades que regulan la matrícula, con la participación de asociaciones profesionales y los colegios médicos. Los organismos encargados de la acreditación de profesionales e instituciones deberían participar en la coordinación de estos grupos. En el interín, los hospitales, pueden desarrollar sus propios estándares (muchos ya los tienen). Los estándares deberían abordar todos los aspectos de la conducta profesional. Por ejemplo, en el área de la conducta, un estándar sería: “Todos los pacientes y el personal serán tratados con respeto.”

Segundo, todos los médicos deberían declarar que: a) Han leído y comprendido los estándares; b) Se hacen responsables de cumplir con los mismos; c) Se notifican

que la adherencia a estos estándares será monitoreada y d) Comprenden que el incumplimiento repetido llevará a sanciones, pudiendo incluso ser despedidos.

Tercero, la adherencia a los estándares debería ser se monitoreada anualmente mediante evaluaciones formales de todos los miembros del staff, utilizando indicadores validados y aceptados de competencia y conducta. Las mismas deberían incluir evaluaciones confidenciales de colegas y compañeros de trabajo y el análisis de las quejas de pacientes o de otros.

Cuarto, los resultados de la evaluación deberían ser brindados y discutidos con cada individuo (protegiendo la identidad de los colegas y trabajadores que opinaron). Si se identifican deficiencias significativas, el Jefe de Departamento debería ser el responsable de dar una respuesta pronta y apropiada al problema. Esta respuesta podría involucrar la supervisión y evaluación continua, el counseling o la derivación para una evaluación más profunda y eventual tratamiento. En aquellos casos en los que se percibe una amenaza inmediata para la seguridad de los pacientes, los jefes deben actuar inmediatamente limitando la práctica del profesional durante la evaluación y la rehabilitación

Un elemento esencial del sistema propuesto es que todos y cada uno comprendan claramente cuál es su rol y su responsabilidad cuando se ha identificado un médico con problemas de desempeño. Desde el inicio, todas las partes involucradas saben quién es responsable de recolectar los datos, quienes recibirán los reportes y qué acciones son requeridas por cada uno en cada nivel. Un sistema así generaría responsabilidades cruzadas entre todos los niveles: de los médicos con los jefes de servicio; de los jefes de servicio con el resto del personal, del personal médico con las autoridades institucionales y de las autoridades institucionales con las autoridades sanitarias.

Finalmente, se debe disponer de programas especiales de evaluación y tratamiento de las causas subyacentes de mal desempeño: abuso de sustancias, problemas psiquiátricos o de conducta y discompetencias. Estos programas deberían ser personalizados para permitir que los individuos utilicen sus fortalezas y conocimientos de manera productiva, permitiéndoles continuar su práctica si es posible. Si un médico se niega a aceptar la capacitación, el tratamiento, la supervisión o las necesarias restricciones de práctica, el caso debería

ser derivado a las autoridades colegiadas y sanitarias correspondientes.

Leape y Fromson concluyen que un sistema efectivo de manejo de médicos con problemas de desempeño debe construirse sobre la base de que: 1) el desempeño sub-estándar pueda ser definido objetivamente; 2) se pueda monitorear rutinariamente a todos los médicos para detectar problemas de manera justa y temprana; 3) las respuestas a las deficiencias sean rápidas, constructivas y sostenidas en el tiempo. El objetivo de largo plazo no es deshacerse de esos médicos sino permitirles continuar ejerciendo su práctica de manera efectiva y segura. Si el sistema funciona bien, es decir si los médicos con problemas de desempeño son detectados antes de que produzcan un daño serio, se podría esperar que las acciones punitivas disciplinarias de las autoridades disminuyeran.

#### **La respuesta ante el médico con problemas de desempeño**

El desafío final consiste en utilizar los resultados de la evaluación para construir programas de recuperación exitosos para aquellos médicos con deficiencias en los planos del conocimiento, de las habilidades o de las conductas. Los obstáculos para avanzar en esta área son mayores. El primero de ellos es la falta de experiencia para supervisar estos programas. En los Estados Unidos, por ejemplo, existen pocos programas estatales o nacionales, y los programas hospitalarios están en general mal organizados. Una segunda barrera es el inadecuado financiamiento. Si los médicos a quienes se invita a recapitarse, (que ya estarán perdiendo ingresos por no trabajar), tienen que hacerse cargo de los costos de los cursos, lo más probable es que no participen. Otro problema es la reticencia de los hospitales y de los colegas a guiar y supervisar voluntariamente las actividades de capacitación. Los jefes de servicio tampoco tienen a nivel individual la experiencia que se necesita para lidiar efectivamente con médicos que tienen problemas de desempeño. Sus respuestas habitualmente se limitan a hacer sumarios y pedir los descargos correspondientes, estableciendo eventualmente sanciones, pero haciendo muy poco por la rehabilitación del profesional.

Las facultades de Medicina y los Hospitales Universitarios deberían asumir un rol de liderazgo en el desarrollo de programas clínicos supervisados para los

médicos con déficits recuperables de conocimientos o habilidades. Si se desarrollaran y coordinaran como una “mini-residencia” estos programas de reentrenamiento podrían contribuir a la solución de muchos de los problemas planteados.

## Palabras finales

Los desafíos del ejercicio de la medicina en nuestros días son tantos que los médicos, cada vez más presionados, pueden verse tentados a bajar sus cabezas y concentrarse sólo en su práctica, desentendiéndose de lo que hacen otros médicos de su servicio. Los distintos trabajos analizados destacan la gran oportunidad que tenemos para intervenir cuando un profesional acumula sistemáticamente quejas de pacientes y compañeros de trabajo. Estas quejas son verdaderos signos de alarma que requieren acciones por parte de los colegas y de las instituciones para que no se traduzcan en daño a los pacientes. Los problemas de desempeño de uno u otro tipo no son tan infrecuentes, y son una verdadera amenaza para la seguridad de la atención. Son todavía pocas las instituciones que gestionan estas situaciones rápidamente y bien. Es hora de que la comunidad médica desarrolle mejores métodos para evaluar el desempeño y mejores programas para ayudar a los médicos deficientes.

## Bibliografía

1. Reason J. Human Error: models and management. *BMJ* 2000 Mar 18.; 320 (7237)
2. Droner D. The logic of failure: Recognizing and avoiding errors in complex situations. Metropolitan Books ed., 1996
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. American Board of Medical Specialties. Board Certification. <http://www.abms.org/board-certification/a-trusted-credential/based-on-core-competencies/>. Accedido 19 feb 2016
7. 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
8. Leape LL, Fromson JA. Problem doctors: Is there a system-level solution? *Ann Intern Med* 2006; 144:107-115
9. Federation of State Medical Boards of the United States, Inc. Report of the Special Committee on Professional Conduct and Ethics. Dallas, TX: Federation of State Medical Boards; 2000.
10. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Ontario Hospital Association. Guidebook for Managing Disruptive Physician Behavior. Toronto, Ontario, Canada: College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2008
11. Benzer DG, Miller MM. The disruptive-abusive physician: a new look at an old problem. *Wis Med J*. 1995;94:455-60.
12. Diaz AL, McMillin JD. A definition and description of nurse abuse. *West J Nurs Res*. 1991;13:97-109.
13. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA*. 2002;287:2951-7
14. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.
15. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295-302.
16. Hassan, T.M., Ahmed, S.O., White, A.C., & Galbraith, N. (2009). A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill. *Clinical Medicine*, 9(4), 327-332
17. Fahrenkopf AM, Sectish TC. Et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008 Mar 1;336(7642):488-91.
18. Sociedad Argentina de Pediatría-Unicef. Encuesta sobre el ejercicio profesional. *Intramed online*, 23 de abril 2012. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=75572>
19. Intramed. Síndrome de burnout en médicos. Estudio en Hispano América- *Online* 30 de octubre de 2014. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=85610>
20. Blondell RD. Impaired physicians. *Prim Care*. 1993;20:209-19.
21. McAuliffe WE, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *Am J Public Health*. 1991;81:177-82.
22. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, et al. Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*. 1992;267:2333-9.
23. Rose JS, Campbell M, Skipper G. Prognosis for emergency physician with substance abuse recovery; 5-year outcome study. *West J Emerg Med* 2014 Feb(1) 20-25
24. Medical Board of California. The Medical Board's diversion program: mission statement. <https://www.google.com.ar/#q=24.%09Medical+Board+of+California.+The+Medical+Board%E2%80%99s+diversion+program:+mission+statement>

25. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs*. 2005;105:54-64; quiz 64-5.
26. Linney BJ. Confronting the disruptive physician. *Physician Exec*. 1997;23: 55-8
27. Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety [Sentinel Event Alert online]. 2008, July 9 [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)
28. Barnard A. Doctor's behavior gets new scrutiny. *Boston Globe*. 18 August,2002
29. Neff KE. Understanding and managing physicians with disruptive behavior. In: Ransom SB, Pinsky WW, Tropman JE, eds. *Enhancing Physician Performance: Advanced Principles of Medical Management*. Tampa, FL: American College of Physician Executives; 2000:45-72.
30. Gallaheer TH; Levinson W. Physicians with multiple patient complaints: ending our silence. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 521-524
31. Papadakis MA, Hodgson CS, et al. Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Acad Med*. 2004;79:244-9.
32. Landon BE, Normand ST et al. Physician clinical performance assessment. Prospects and barriers. *JAMA* September 3, 2003 – Vol 290 N°9 p 1183-1189
33. Dubinsky I, Jennings K. et al. 360-degree physician performance assessment. *Healthcare Quarterly*. Vol 13 N° 2 2010
34. College of Physicians and Surgeons of Alberta. *Physician Achievement Review (2004)*. Acceso Internet 22 Febrero 2016 <http://www.cpsa.ca/par-program/>
35. National Health Service, *Improving patient experience through people, processes and performance*. Acceso Internet 22 de febrero 2016: <http://www.healthservice360.co.uk/>
36. Violato C et al. Assessment of psychiatrists in practice through multisource feedback. *Canadian Journal of Psychiatry* 2008 58 (8): 525-33
37. Hal W, Violato C. et al. Assessment of physicians performance in Alberta: The physician assessment review. *Canadian Medical Association Journal* 1999 61: 52-57
38. Lelliott P, Williams A. et al. Questionnaires for 360-degree assessment of consultant psychiatrists: development and psychometric properties. *British Journal of Psychiatry* 2008 193: 156-60