



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

Las competencias del profesional sanitario en la doctrina jurídica



José M. Maestre*

Director de Innovación Docente, Hospital Virtual Valdecilla, Santander, Cantabria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de marzo de 2015

Aceptado el 31 de octubre de 2015

On-line el 22 de diciembre de 2015

Palabras clave:

Simulación

Prestación de atención de salud

Legislación como asunto

Continuidad de la atención al

paciente

Responsabilidad legal

R E S U M E N

El análisis de la jurisprudencia en relación con las reclamaciones por las consecuencias de la actuación de los profesionales sanitarios acepta el hecho de que algunos médicos poseen capacidades individuales innatas para el desempeño de su actividad. Asimismo, distingue entre capacidades y aprendizaje. En este artículo se reflexiona sobre las teorías de aprendizaje del adulto y las formas de facilitar el desarrollo profesional. Se analizan las consecuencias que los criterios elegidos pueden tener para planificar el entrenamiento de los sanitarios y la influencia de dichos criterios en las sentencias judiciales relacionadas con la valoración del desempeño profesional. Se revisa el papel de la simulación clínica como nueva herramienta de entrenamiento.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Healthcare professional competencies in legal doctrine

A B S T R A C T

The analysis of medical malpractice claims related to adverse events in Spain reveals that it is commonly accepted as legal criteria that some doctors have innate and special abilities to carry out their activity. They also distinguish between ability and learning. This article reflects on adult learning theories and ways to facilitate professional development. It analyzes the consequences that the chosen criteria may influence the way healthcare providers are trained. It also reflects on the influence these criteria may have in judicial decisions related to the assessment of professional performance. The use of clinical simulation as a new training tool is reviewed.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Simulation

Delivery of health care

Legislation as topic

Continuity of patient care

Legal liability

* Autor para correspondencia. Avda. de Valdecilla s/n 39002 Santander, Cantabria, España.

Correo electrónico: jmmaestre@hvvaldecilla.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2015.10.003>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La exigencia de responsabilidad al profesional sanitario por resultados no deseados del cuidado de pacientes acontece cada vez con mayor frecuencia en las sociedades de nuestro entorno. En este contexto, a veces existe una falta de información sobre los criterios jurídicos con que se valora la pericia o impericia de la actuación. Además, en ocasiones algunas sentencias utilizan diferentes criterios para analizar dicha actuación, distinguiendo, por ejemplo, entre capacidades y aprendizaje¹. Ello puede ocasionar gran incertidumbre en el profesional.

En este artículo se reflexiona sobre el concepto de responsabilidad profesional y los criterios jurídicos que se emplean para valorarla; se revisan los fundamentos de la práctica y el desarrollo de los profesionales; se considera el papel que la simulación clínica puede desempeñar para facilitar dicho desarrollo profesional y, finalmente, se abordan los retos que implica la elección de los criterios para planificar el entrenamiento de los sanitarios.

Concepto de responsabilidad profesional

Responsabilidad profesional, como término general, se define como la obligación de responder del alcance de un acto. Aplicado a la profesión sanitaria, se entiende como la obligación que tienen los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores (involuntarios o voluntarios) cometidos en el ejercicio de su profesión².

La reclamación a los profesionales sanitarios de dicha responsabilidad derivada de un perjuicio para el paciente durante la práctica asistencial, tanto desde el ámbito jurídico civil como penal, es un hecho creciente en América y Europa. Ello es debido a varios factores entre los cuales cabe destacar los siguientes. Por un lado, el cambio en los pacientes que cada vez están más informados, gracias a la disponibilidad de datos en la web. Lo que a menudo se complica con mensajes publicitarios engañosos. A la vez, la sociedad demanda cada vez una mayor calidad de vida, y existe un hedonismo imperante que hace más complejo asumir el sufrimiento y el dolor. También el mercantilismo, que hace que las partes implicadas en la demanda vean una forma de obtener recursos económicos, a veces cuantiosos. Por ello, los pacientes han pasado de ser individuos pasivos y sumisos a ser sujetos autónomos, con voz y voto en su propio manejo clínico³.

Criterios jurídicos para valorar la responsabilidad profesional

Este aumento de las reclamaciones judiciales por las consecuencias de la actuación clínica genera gran incertidumbre en el profesional, quien a menudo desconoce los criterios jurídicos con que se valorará la pericia o impericia de su actuación. Támara et al. realizaron una revisión de 535 informes periciales de responsabilidad profesional provenientes de 402 casos realizados en un período de 5 años en Colombia. En cuanto a la conclusión forense, en 165 se dictaminó que la atención se apartaba de la norma de atención, en 225 informes se dijo que se trataba de una complicación, en 14 de iatrogenia,

en 20 que era la evolución natural de la enfermedad y en 2 que se trataba de un accidente⁴. Estos resultados llevan al profesional a buscar unas normas de actuación que garanticen un mínimo nivel de calidad y proporcionen sensación de seguridad. Así, cada vez es más frecuente que este trate de adecuar su conducta a un protocolo avalado por una sociedad científica o una institución sanitaria.

Ante esta situación, la profesora Vallejo ha publicado en esta revista los parámetros que se utilizan para analizar la existencia de un delito imprudente. Revisa 3 teorías comúnmente empleadas en la doctrina jurídico penal sanitaria española para valorar la existencia o no de una imprudencia médica¹. El artículo describe como la doctrina jurídica revisada acepta el hecho de que algunos médicos poseen capacidades individuales innatas para el desempeño de su actividad. Y, al valorar la existencia de un delito imprudente, distingue que sea atribuible a un sujeto que posee dichas cualidades superiores de otro considerado según un baremo de «hombre medio». Es decir, que acepta la premisa de que determinados profesionales de la salud poseen unas habilidades especiales o superiores a las del médico medio común.

Por otro lado se señala que, según dicha doctrina, para valorar una conducta imprudente no se pueden confundir capacidades individuales, especiales o superiores, con conocimientos especiales. Y define estos últimos como «el aprendizaje que ha ido adquiriendo el galeno a lo largo del desempeño o por estudio de su actividad, obteniendo un especial conocimiento sobre situaciones o casos concretos».

Creo que los conceptos encontrados, que aceptan la existencia de capacidades especiales en algunos profesionales de la salud y distinguen entre capacidades y aprendizaje, pueden afectar al modo en que se entrenan los profesionales y al modo en que se aplica la doctrina jurídica. A continuación, se propone el considerar un enfoque alternativo.

Fundamentos de la práctica profesional

Cada vez se valora con más frecuencia, sobre todo en las causas civiles, la reparación de cualquier lesión que sufra el paciente como consecuencia del acto clínico. En estos casos, la doctrina jurídica solo requiere probar la existencia de daño y la relación de causalidad entre la prestación del servicio y dicho daño. Así, la prueba de ausencia de culpa profesional en la generación de dicho daño incumbirá a la institución prestadora del servicio. La doctrina jurídica penal exige demostrar que el sanitario actuó incorrectamente. Es decir, ambas consideran que el profesional sanitario adquiere con el paciente una obligación de medios, no de resultados.

Por ello, la práctica sanitaria de las últimas décadas en los países de nuestro entorno se ha fundamentado en la aplicación de los métodos de diagnóstico y tratamiento más eficientes basados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento. Ello significa que el profesional debe poner al servicio del paciente los medios más eficientes de los que dispone en su contexto para reestablecer la salud, pero no puede garantizar un resultado exitoso.

En consecuencia, los profesionales de la salud han de adquirir las competencias necesarias para satisfacer estos criterios⁵. Estas competencias generalmente se definen como

los conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos generales y específicos necesarios para el desempeño de una especialidad clínica. Ahora bien, ¿de qué depende que un médico o enfermera u otro profesional de la salud puedan adquirir dichas competencias? ¿Existen personas con capacidades especiales para el cuidado de los pacientes? ¿Qué criterios deben seguirse para valorar el rendimiento profesional?

Desarrollo profesional y teorías de aprendizaje del adulto

Benjamin Bloom de la Universidad de Chicago publicó en 1985 el libro *Desarrollando talento en la gente joven* donde revisó repetidos estudios en personas que han alcanzado un rendimiento de éxito en campos como el deporte, las ciencias o la música. En ninguno de ellos identificó ningún indicador superior o especial que predijera el éxito virtuoso en dichos individuos. Por el contrario, los únicos factores comunes identificados en todos ellos fueron una gran motivación y una práctica intensa⁶.

En estudios posteriores Ericsson identificó las características comunes de lo que definió como «práctica deliberada» y que permitió a los individuos alcanzar la maestría en sus profesiones. Estas incluyen la existencia de objetivos específicos desde jóvenes, el apoyo de un mentor/profesor dedicado y el soporte de las familias⁷.

Al mismo tiempo, Kolb destacó que, si bien la experiencia es la base para el aprendizaje del adulto, este no puede acontecer sin una «reflexión rigurosa». Es decir, el practicar una actividad repetidamente (que en términos médicos a menudo se menciona como «tener experiencia») no conlleva necesariamente convertirse en un experto. En su teoría entiende por «reflexión rigurosa» el proceso que ayuda a revelar y resolver los dilemas técnicos y de comportamiento, y las áreas de confusión que surgen después de enfrentarse a una determinada situación, un caso clínico en el caso de la salud⁸. Así, el aprendizaje es un proceso que se inicia cuando el individuo se enfrenta a una situación que no es capaz de resolver plenamente con los recursos que utiliza comúnmente. Ello genera una sensación de incertidumbre e incomodidad, y le motiva a examinar la naturaleza del problema, su interpretación, sus recursos e intenciones, así como la diferencia entre los resultados deseados y los realmente obtenidos. Ello estimula y motiva al profesional a buscar nuevas respuestas y absorber estrategias más efectivas que, una vez conceptualizadas, podrá experimentar en futuras situaciones parecidas. La mayor parte de las personas tienen estilos de aprendizaje diferentes. Algunas ponen más énfasis en los conceptos abstractos frente a la experiencia concreta, mientras otras valoran más la observación reflexiva frente a la experimentación activa. La teoría de Kolb incluye estos estilos dominantes de aprendizaje, así como otros que resultan de una combinación variable de ellos. Lo interesante es que, independientemente del estilo dominante de cada individuo, para que el aprendizaje tenga lugar, es necesario pasar por todas las fases, es decir, experiencia, reflexión, conceptualización y experimentación⁹.

En este contexto, donde la responsabilidad que se exige al médico o enfermera debe responder a una obligación de medios y no de resultados, se debe aspirar a que todo sanitario

alcance un rendimiento profesional conforme a unos criterios competenciales definidos de modo claro y transparente para su especialidad, basados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento. Todo ello con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo, y garantizar el bienestar y seguridad de los pacientes.

Métodos de entrenamiento en salud: la simulación clínica

Así pues, el desarrollo del profesional sanitario debe fundamentarse en métodos de entrenamiento que utilicen los principios de la práctica deliberada y aprendizaje experiencial descritos, que no encuentran diferencias individuales predeterminadas para alcanzar el éxito. Al mismo tiempo, con los sistemas de formación tradicional, el entrenamiento se realiza practicando directamente sobre los pacientes, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. Este enfoque tiene como consecuencia que los contenidos docentes dependan de las características de las distintas instituciones, del tiempo disponible para las prácticas y de la casualidad de encontrar determinadas enfermedades durante ellos. Además, los enfermos son cada vez más ancianos, con mayor enfermedad asociada y un grado de reserva funcional muy limitado. Ello hace que el riesgo de complicaciones sea elevado en estos pacientes, por lo que a menudo son cuidados por los profesionales más expertos, limitando la posibilidad de practicar de aquellos que se encuentran en fase de entrenamiento. Otros factores que se añaden en la actual ecuación son la variabilidad de los clínicos con los que se trabaja, lo que puede dificultar la estandarización de contenidos docentes, y la escasez de oportunidades de aprendizaje en casos poco frecuentes¹⁰.

En este entorno, la simulación clínica surge como una herramienta de entrenamiento para los profesionales sanitarios que se complementa con los métodos tradicionales y ayuda a dar solución a algunos de los retos planteados. Ello ha originado que se esté produciendo un cambio de paradigma y este método docente haya aumentado exponencialmente durante la última década. En este tiempo numerosos estudios han mostrado que es eficaz para promover la integración de conocimientos y habilidades clínicas complejas, con alto grado de retención de lo aprendido. Además, las nuevas habilidades adquiridas en el entorno docente son transferidas al entorno de trabajo. Cada vez más grupos de trabajo están encontrando que esta mejora en el rendimiento asistencial se traduce en mejores resultados clínicos¹¹. Todo ello sin poner en riesgo a los pacientes, ni a los profesionales, durante el entrenamiento¹².

Retos futuros

Así las cosas, en mi opinión los criterios jurídicos penales para determinar una conducta imprudente deben considerar estos conceptos basados en las competencias adquiridas y aplicadas para resolver una situación clínica dada, y no la existencia de capacidades especiales individuales. En mi opinión, parte de la doctrina empleada hasta ahora puede transmitir un mensaje opuesto al concepto de que el experto no nace, sino que

se hace. Creo que es una responsabilidad de las instituciones académicas, profesionales y gubernamentales promover las instauración de métodos de formación basados en la práctica y la reflexión, que se adapten al modo de aprendizaje del adulto y que les permita alcanzar la maestría, preservando la seguridad de los pacientes.

Financiamiento

El autor no recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Desempeño mi actividad profesional en el Hospital virtual Valdecilla en Santander (España) que está afiliado al *Center for Medical Simulation* en Boston (EE. UU.). Ambas son instituciones docentes sin ánimo de lucro con la misión de mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente a través del entrenamiento de profesionales sanitarios mediante simulación clínica. Ambas instituciones ofrecen cursos con matrícula para la formación sanitaria y de instructores de simulación.

REFERENCIAS

1. Vallejo Jiménez GA. Las capacidades especiales del profesional de la salud. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2015;43:147-50.
2. Medallo-Muñoz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin*. 2006;126:152-6.
3. Tamara LM. Responsabilidad profesional e informes periciales. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012;40:88.
4. Tamara LM, Jaramillo SH, Muñoz LE. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2011;39:489-505.
5. Ospina JM, Manrique-Abril FG, Martinez-Martin AF. La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012;40:124-6.
6. Bloom BS. *Developing talent in young people*. New York: Ballantine Books; 1985.
7. Ericsson KA, Prietula MJ, Cokely ET. The making of an expert. *Harv Bus Rev*. 2007;85:114-21.
8. Armstrong E, Parsa-Parsi R. How can physicians' learning styles drive educational planning? *Acad Med*. 2005;80:680-4.
9. Maestre JM, Szyld D, Del Moral I, Ortiz G, Rudolph JW. The making of expert clinicians: Reflective practice. *Rev Clin Esp*. 2014;214:216-20.
10. Maestre JM, Manuel-Palazuelos JC, del Moral I, Simon R. La simulación clínica como herramienta para facilitar el cambio de cultura en las organizaciones de salud: aplicación práctica de la teoría avanzada del aprendizaje. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2014;42:124-8.
11. Cook DA, Brydges R, Hamstra SJ, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Comparative effectiveness of technology-enhanced simulation versus other instructional methods. A systematic review and meta-analysis. *Sim Healthcare*. 2012;7:308-20.
12. Del Moral I, Maestre JM. A view on the practical application of simulation in professional education. *Crit Care*. 2013;3:146-51.