

¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

²Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. Academia Chilena de Medicina.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 1 de junio de 2021, aceptado el 9 de septiembre de 2021.

Correspondencia a:

Lorenzo Merello
Alvares 1532 Viña del Mar
Hospital Dr. Gustavo Fricke,
Unidad de Cuidados Intensivos
Cardiovascular
lorenzomerello@gmail.com

Reclamos contra la conducta ética en el ejercicio de la medicina. Análisis de las causas ingresadas a un Tribunal de Ética del Colegio Médico de Chile

LORENZO MERELLO¹, FERNANDO NOVOA²

Analysis of the cases admitted to a regional ethics court of the Chilean medical association

Background: The Ethics Committees of medical associations define standards of conduct to avoid improper professional behavior. **Aim:** To identify the areas of professional behavior with most allegations of misconduct. **Material and Methods:** Analysis of all ethical claims received at the Regional Ethics Court of the Chilean Medical Association between 2016 and 2021. **Results:** Of 323 cases analyzed, 17% of complaints argued a failure in achieving a satisfactory standard of medical care, 15% unprofessional behavior, 14% disruptive interaction among physicians, 12% failure to fulfill therapeutic expectations, 6% poor quality of care, 6% fraud, 6% complains against institutions, 6% sexual misconduct, 6% inappropriate billing, 3% diagnostic errors, 3% inappropriate social behaviors, 1% refusal to provide a sick leave and 1% illegal practice. Only 41.5% of complaints were filed against registered physicians, thus limiting the capabilities of the medical ethical board. **Conclusions:** The most common complaints observed were professional misconduct and relationship problems between physicians.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1694-1698)

Key words: Codes of Ethics; Ethics, Professional; Malpractice; Professional Misconduct; Professional-Patient Relations.

En una sociedad cada vez más demandante, el profesional debe asegurar y proteger la calidad de la atención, con el objeto de mantener o incluso recuperar en la población la confianza en el médico y la medicina. Para cumplir con este cometido, una de las herramientas de aseguramiento de la calidad y de la justa protección tanto del paciente como del médico, en una relación cada vez más vulnerable, es que se dispone de los Tribunales de Ética.

El rol principal del Tribunal se orienta a probar si una acción que ha sido cuestionada cae significativamente por debajo de los estándares de conducta aceptables considerando lo establecido en el Código de Ética, entregando mediante el análisis crítico de sus miembros, señales a la población y a

los médicos de los actos que resulten reprochables.

Esta institución, el Tribunal de Ética, se convierte de alguna manera en un instrumento para controlar la conducta de los profesionales y en una ventana hacia la comunidad para demostrar que existe en el cuerpo médico la preocupación por mantener los mejores niveles del ejercicio de la profesión. A través de esta entidad se asume la responsabilidad de acoger toda queja a fin de proteger a los pacientes de actos u omisiones reprobables y a los médicos de acusaciones injustas.

La importancia de estos cuerpos colegiados radica en al menos cuatro razones: primero, autorregulan la profesión al afirmar estándares éticos que deben seguir todos los facultativos; segundo, la presión que ejercen influye en la conducta de los

médicos para que se abstengan de comportarse en forma indebida; tercero, esto repercute en la mejoría de la prestación de servicios a los pacientes; y cuarto, en consecuencia, protegen el prestigio de la profesión.

El propósito de este estudio es identificar de manera más precisa y objetiva las áreas de la actividad profesional en que se denuncian con mayor frecuencia trasgresiones a la ética médica y poder orientar futuras acciones preventivas o correctivas. Con la finalidad de visualizar las áreas de mayor conflicto en la relación médico-paciente y de la relación entre colegas, se analizan los reclamos éticos recibidos en uno de los Tribunales de la Orden.

Método

Revisión de las causas éticas ingresadas en un Tribunal Regional de Ética del Colegio Médico de Chile entre los años 1996 y 2021. Con estos antecedentes se elaboró un fichero electrónico que incluyó, entre otros, datos de reclamante, reclamado, fechas, naturaleza de la conducta o falta reclamada, filiación al Colegio Médico y resolución del Tribunal.

Se agrupan las causas según las características de las faltas éticas tipificadas en el Código de Ética del Colegio Médico de Chile en los siguientes grupos:

- Mal resultado terapéutico.
- Conducta fraudulenta.
- Falla en cumplimiento de estándar de cuidado.
- Mala relación entre colegas.
- Ofensas de connotación sexual.
- Conducta poco profesional.
- Cobro abusivo de honorarios.

Criterios de exclusión

Se excluyen del análisis reclamos vagos, imprecisos y/o con falta de antecedentes que dificulten significativamente identificar al reclamado o la conducta reclamada.

Resultados

Desde 1996 a marzo de 2021 se registran datos de 323 causas, lo que representa un promedio de poco más de 13 causas anuales.

La principal materia de reclamo involucra la

atención directa del paciente, donde la causal más prevalente se orienta a la falta de cumplimiento en el estándar de cuidado médico, particularmente referida a mala calidad de atención o mal trato, acompañada muchas veces de malos resultados terapéuticos.

Un número importante de causas se genera a partir de la relación entre colegas, ocupando el tercer lugar en frecuencia (Tabla 1).

El destino de las reclamaciones más frecuentes fueron:

- Director de institución de salud.
- Obstetricia y ginecología.
- Psiquiatría.
- Medicina general/medicina interna.
- Cirugía.
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Urología.
- Dermatología.
- Traumatología.
- Enfermedades respiratorias.
- Anestesiología.

Del análisis de la relación de la parte reclamada con el Colegio Médico, resulta muy significativo

Tabla 1. Tipos de reclamo más frecuentes. Distribución porcentual

Tipo de reclamo	%
Falla en cumplimiento de estándar de cuidado médico	17,1
Conducta poco profesional	14,6
Mala relación entre colegas	14,2
Mal resultado terapéutico	11,8
Reclamo contra institución	6,1
Mala calidad de atención	6,1
Conducta fraudulenta del médico	6,1
Ofensa de connotación sexual	5,7
Cobro abusivo de honorarios	5,7
Falla en cumplimiento de estándar de cuidado de institución	4,9
Error diagnóstico	2,8
Conducta socialmente inadecuada	2,8
Rechazo de licencia médica por médico contralor	1,2
Ejercicio ilegal de la profesión	0,8

el relativo menor número de reclamos dirigidos contra médicos colegiados, lo que hace que en la práctica el Colegio Médico pueda realizar un proceso disciplinario en menos de la mitad de los casos (Figura 1).

Se encuentran algunos casos con repetidas denuncias de faltas disciplinarias. Entre 276 reclamos dirigidos contra prestadores individuales, excluidos los reclamos contra instituciones, se encuentran 84 casos que se concentran en 35 profesionales:

- 1 profesional registra 6 reclamos.
- 1 profesional registra 5 reclamos.
- 1 profesional registra 4 reclamos.
- 5 profesionales registran 3 reclamos.
- 27 profesionales registran 2 reclamos.

Las acciones que fueron merecedoras de sanciones (n = 22) se resumen en la Tabla 2, donde se muestra el origen del reclamo que fue sancionado.

De las sanciones analizadas, las principales se dirigieron a causas entre colegas, reclamos por conducta fraudulenta, por ofensas de connotación sexual y falta de cumplimiento en el estándar de cuidado médico.

Discusión

Desde la antigüedad la labor del médico ha sido objeto de especiales medidas de control de su conducta por parte de la sociedad. Este control consiste en vigilar el adecuado cumplimiento de deberes que se consideran como necesarios para el profesional en relación con el cuidado de sus enfermos. Un ejemplo de esta vigilancia en la Edad Antigua lo constituye el Código de Hammurabi (1700 a.C.) en que se especifican sanciones especiales para el médico que ha incumplido con dichos deberes para con los enfermos a su cuidado.

Desde que nació el Colegio Médico de Chile el año 1948, el control sobre la ética y el comportamiento profesional de todos los médicos cirujanos del país fue ejercido por esta institución, siendo además en sus inicios, como ocurre en muchos países, obligatoria la afiliación para el ejercicio de la profesión. Sin embargo, un cambio en la legislación en el año 1981 hizo que el Colegio Médico perdiera la tuición ética y el control disciplinario del ejercicio de la profesión.

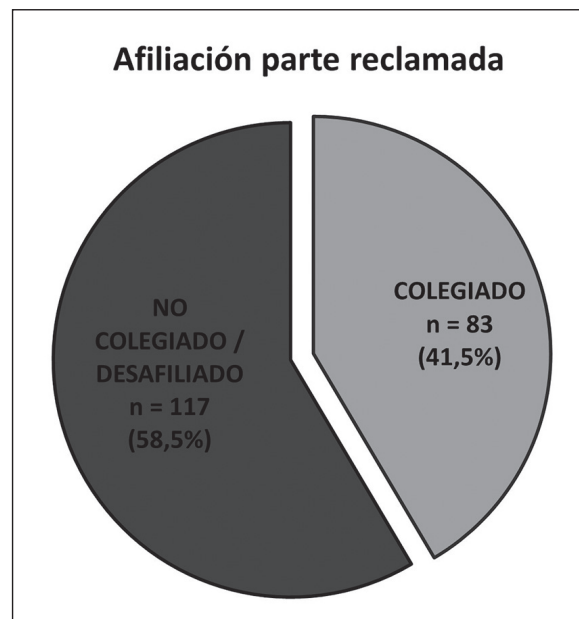


Figura 1. Distribución porcentual de reclamos según afiliación al Colegio Médico de Chile.

Tabla 2. Distribución de las sanciones según el tipo de falta reclamada

Tipo de ofensa	n	%
Mala relación entre colegas	6	27
Conducta fraudulenta	4	18
Ofensas de connotación sexual	4	18
Falla en el estándar de cuidado médico	3	14
Cobro abusivo de honorarios	2	9
Mal resultado terapéutico	2	9
Conducta poco profesional	1	5

En nuestro país, en la Asamblea General extraordinaria del Colegio Médico de Chile, celebrada el 24 de abril de 2004, se decidió la creación de Tribunales Regionales y de un Tribunal Nacional de Ética, competentes para conocer de las infracciones a la ética profesional y aplicar las sanciones correspondientes. Hasta entonces, las denuncias eran acogidas por los Departamentos de Ética en cada región, por lo que en esta revisión se incluye reclamos recibidos en ambas instancias.

Al igual que en publicaciones internacionales,

las principales causas identificadas en esta revisión involucran la atención directa del paciente¹. Si bien un número importante de reclamos se han originado frente a un resultado terapéutico adverso, un gran número se asocia a conducta poco profesional o mala calidad de la atención, demostrando que las habilidades “blandas” como la calidad del trato y la comunicación son fuente frecuente de conflicto.

Una de las áreas que aparece repetidamente en la literatura es de reclamos por ofensas de connotación sexual. En esta área parece necesario hacer una modificación al Código de Ética nacional incorporando explícitamente una regulación. Esta omisión dificulta a los jueces sancionar a aquellos que incurren en este tipo de faltas. A pesar de que no aparecen como una causa frecuente en las denuncias recibidas (4,4%), constituyen un tipo de denuncia de difícil manejo, reflejado en la baja tasa de sanciones. Esto contrasta con un estudio en Estados Unidos, en que este tipo de ofensas representó también el 4,4% de los reclamos, pero de ellos más del 90% recibió una sanción disciplinaria, generalmente severa^{2,3}.

No se describen en las denuncias tramitadas casos relacionados con aspectos de salud mental como abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o cognitivas del facultativo, que representan entre el 1% y 5% de los casos publicados^{4,5}.

En relación con la formación profesional, un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* encuentra una asociación entre conductas inapropiadas en la escuela de medicina y el futuro desempeño conductual⁶. Se identificó como conductas de riesgo en el período de formación especialmente la irresponsabilidad, la baja capacidad de mejoría, bajas calificaciones en el proceso de admisión y bajas calificaciones en los primeros dos años de estudios.

En la mayoría de los países donde la vigilancia del cumplimiento de los estándares de comportamiento profesional de todo médico recae en el Tribunal de la Orden, las sanciones consideran: amonestación formal, multa, restricción de licencia, suspensión temporal de licencia, revocación permanente de licencia, indicación de educación, capacitación, realización de cursos y evaluaciones, indicación de consejería psicológica con o sin programa de rehabilitación e incluso reembolso de costos. En nuestro Código, las sanciones que se pueden aplicar incluyen: a) amonestación, b)

censura, c) multa, d) suspensión de la calidad de asociado entre 1 mes y 2 años, continuando el pago de las cuotas sociales, e) inhabilitación para desempeñar cargos gremiales y f) expulsión del Colegio Médico de Chile.

Un estudio realizado en el tribunal disciplinario de Dinamarca describe sanción disciplinaria en el 27% de los casos recibidos contra médicos generales, y participación de abogados sólo en el 5% de los casos tramitados⁷.

En una revisión en Canadá se reporta que la mayoría de las sanciones disciplinarias se observaron en médicos independientes (99%) y de género masculino (92%). Las especialidades más sancionadas fueron medicina familiar (62%), psiquiatría (14%) y cirugía (9%). En el 19% de los casos se trató de ofensas repetidas. El promedio de tiempo de ejercicio de la medicina fue de 28,9 años (SD \pm 11,3). Las faltas más frecuentes fueron las relacionadas con ofensas de connotación sexual (20%), falla en estándar de cuidado (19%) y conducta poco profesional (16%). Las sanciones más frecuentes fueron multas (27%), suspensiones (19%), con un promedio de 4 meses y amonestaciones formales (18%)⁴.

Comentarios

Los resultados del presente estudio muestran que la cantidad de médicos que se hacen acreedores de una sanción representan un número muy menor en relación con la cantidad de médicos colegiados de la región estudiada. Al mismo tiempo, un promedio de 13 denuncias al mes para la cantidad de prestaciones médicas que se realiza cotidianamente en la populosa región respalda la idea de que la generalidad de los médicos son personas íntegras y honestas y que se esmeran por el cuidado de sus pacientes. No obstante lo anterior, esta minoría que comete faltas significan un grave daño para algunos pacientes y para el prestigio de la profesión.

Destaca el alto número de reclamos contra médicos no colegiados, quienes no aceptan la tuición del Colegio Médico.

En el 91% de los casos revisados, el análisis del Tribunal permitió concluir que el reclamo era injustificado, y el proceso ético se convirtió en una defensa para el médico, más que un castigo.

En muchos países el tribunal ético-disciplina-

rio del Colegio Médico ejerce un fuerte rol regulador. La realidad en nuestro país obliga a reforzar con especial énfasis la formación profesional respecto al desempeño integral del facultativo, en su relación con los pacientes, sus colegas y la sociedad en general. Por otro lado, para alejar la posibilidad de percepción del público de que el Colegio Médico defiende al médico ante cualquier falta, es importante mantener la máxima autonomía de los Tribunales de Ética y también de la Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico (FALMED).

Considerando los resultados presentados y el significativo número de casos en que el Tribunal está impedido de investigar y eventualmente sancionar, se hace patente la necesidad de recuperar la tuición ética del Colegio Médico frente a todo médico en ejercicio. Se plantea también la conveniencia de actualizar el Código de Ética, mejorando las definiciones frente a temas como propaganda y publicidad, a vínculos afectivos impropios o netamente de connotación sexual y otros. Por último, hay espacio para avanzar en algún reglamento que precise de mejor forma las pautas de procedimiento y guías de enfrentamiento de casos complejos por parte del Tribunal Ético.

Por último, de la dificultad encontrada en este estudio para rastrear la información en los expedientes, se hace evidente la necesidad de avanzar en la incorporación de tecnologías de la información para el manejo de las causas. Esto permitirá entre otros beneficios, obtener un mejor acceso a la información y poder identificar adecuadamente las áreas del ejercicio de la medicina que requieran especial atención.

Conclusiones

De lo expuesto se puede deducir la enorme complejidad e importancia que tiene la labor del Tribunal de Ética médica, que es el trabajo que ejerce un grupo reducido de médicos a lo largo del país y que se aparta de la que es propiamente el trabajo médico.

En este aspecto, cabe mencionar que las resoluciones del Tribunal, como toda obra humana y también como son las decisiones que se hacen en medicina, son verdades relativas y nunca absolutas. En el Tribunal los errores posibles existen en ambos brazos, declarar culpable a un inocente y declarar inocente a un culpable. Se debe procurar

disminuir estos errores a un mínimo posible sobre la base de una estricta metodología y en particular respetando el derecho a defensa del denunciado y a la presunción de inocencia, teniendo presente que es preferible que un culpable quede sin condena a que un inocente sea condenado cuando los hechos denunciados son dudosos. En una denuncia, la carga de la prueba debe ser la demostración de culpabilidad por parte del denunciante y no de la inocencia por parte del denunciado.

Finalmente, esta información sobre el Tribunal de Ética debe ser analizada para considerarla tanto en el perfeccionamiento de la metodología de los procedimientos del Tribunal como también en los programas de educación continua de los profesionales en ejercicio y además en los programas de formación de futuros médicos con fines de prevención. De ahí que la formación médica debe tener dos vertientes fundamentales: una, la científico-técnica y, la segunda, tan importante como la anterior, la técnico-humanista, basada en un sistema de valores que enseña todo lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.

Referencias

1. Khaliq AA, Dimassi H, Huang C, Narine L, Smego R. Disciplinary action against physicians: Who is likely to get disciplined? *The American Journal of Medicine* 2005; 118: 773-7.
2. Dehlendorf C, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offences. *JAMA* 1998; 279 (23): 1883-8.
3. Clay SW, Conatser RR. Characteristics of physicians disciplined by the State Medical Board of Ohio. *JAOA* 2003; 103 (2): 81-8.
4. Alam A, Klemensberg J, Griesman J, Bell CM. The characteristics of physicians disciplined by professional colleges in Canada. *Open Medicine* 2011; 5 (4): e166-72.
5. Spittal MJ, Studdert DM, Paterson R, Bismark MM. Outcomes of notifications to health practitioner boards: a retrospective cohort study. *BMC Medicine* 2016; 14: 198. DOI 10.1186/s12916-016-0748-6.
6. Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knetter TR, Rattner SL, Stern DT, et al. Disciplinary Action by Medical Boards and Prior Behavior in Medical School. *N Engl J Med*. 2005; 353: 2673-82.
7. Birkeland S, Christensen R, Damsbo N, Kragstrup J. Process-related factors associated with disciplinary board decisions. *BMC Health Services Research*. 2013; 13: 9.