

Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente

Ignacio Maglio

Resumo

Erro e medicina defensiva: ética médica e a segurança do paciente

Baseando-se no imperativo ético da medicina, *primum non nocere*, este artigo apresenta considerações sobre o erro médico e a prática da medicina defensiva, cujo propósito principal parece, muitas vezes, estar vinculado à proteção do profissional, em detrimento dos interesses do paciente. A partir de estudos realizados nos Estados Unidos se desenvolve uma reflexão sobre tal vinculação aos chamados “pactos de silêncio”, que acabam gerando na sociedade, em geral, incerteza e desconfiança no que se refere à relação médico-paciente. Conforme os resultados da citada pesquisa, este artigo conclui considerando que ocultar o erro não resolve esta complexa problemática e pode trazer consequências nefastas à prática da medicina, relacionadas ao crescimento dos pedidos de exames, que produzem aumento nos custos da saúde, assim como dificultam o acesso aos serviços. Considera, ademais, que o Estado não pode estar ausente nesta discussão fundamental.

Palabras-clave: Ética. Erros médicos. Medicina baseada em evidências. Medicina defensiva.



Ignacio Maglio

Advogado, chefe da Seção de Risco Médico-Legal do Hospital de Doenças Infecciosas Francisco Javier Muñiz, coordenador da Área de Promoção de Direitos da Fundação Huésped, Buenos Aires, Argentina, integra o Conselho Diretor da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco (Redbioética)

La medicina no es una práctica infalible, muy a pesar del paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE); los daños a pacientes asociados a errores médicos son elevados y conllevan una alta carga de sufrimiento. En Estados Unidos (EE.UU) las muertes asociadas a errores médicos superan a aquellas producidas por accidentes de tránsito, por cánceres de mama y por sida ¹.

La bioética hasta hoy no ha considerado en su real dimensión al error en medicina como un problema que afecta la integridad y vida y de los pacientes; en donde se pone en juego un valor fundamental de la ética médica: *El principio de no maleficencia*. El deber de no dañar es un principio rector universal, tanto para la Bioética, como para el Derecho, así sucede con los preceptos jurídicos *naeminem laedere* o *alterum non laedere*, como con los imperativos éticos, *primum non nocere* o *do no harm*. En este artículo se discurre acerca de estas cuestiones presentando los resultados de nuevas investigaciones, llevadas a cabo en estudios estado-

unidenses, considerando la pertinencia de incorporar estas prácticas también en nuestro medio profesional.

La crítica bioética en bases históricas

La primera mención de la obligación genérica de no dañar se encuentra en uno de los textos hipocráticos más antiguos², del mismo modo en la etapa del *Ius Gentium* del Derecho Romano (723 a 988 de Roma o 201 a.C. y 235 d.C.). En ellos el compilador Ulpiano describió los tres preceptos fundamentales del derecho: *honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere*, o sea, vivir honestamente, no dañar y dar a cada uno lo suyo³.

En la transición del paradigma jurídico tradicional de la responsabilidad civil a la nueva teoría del Derecho de Daños, el “*nocere*”, el daño, pasa a ser el presupuesto de responsabilidad más importante y alrededor del cual gravitan los demás: la antijuridicidad, la relación de causalidad y los factores de atribución⁴, tal como advierten Alberto Bueres, en citación a Vázquez Ferreyra. El sistema medieval de responsabilidad descansaba estáticamente sobre la idea de culpa, entendida como culpa-castigo, no cabía la posibilidad de pensar en responsabilidad sin culpa, “*pas de responsabilité sans faute*” repetían los liberales franceses del siglo pasado⁵.

Las nuevas teorías vinculadas a la responsabilidad por daños se fundamentan en la necesidad de reparar un perjuicio injusto, en donde el reproche no se encuentra necesariamente dirigido a la conducta productora del daño,

que podría dispensarse por causales de justificación⁶. Los presupuestos de responsabilidad tradicionales giraban alrededor de la antijuridicidad y la culpabilidad, en estos días se sostiene que *a partir de un daño injusto, decimos que es antijurídico no repararlo*⁶. En la práctica médico-asistencial se cometen frecuentemente “errores sin culpa”; inclusive en supuestos en donde el evento dañoso, a pesar de prevenirse, resulta inevitable; el caso típico se enmarca, por ejemplo, en algunos supuestos de infecciones nosocomiales.

Los errores más frecuentes en algunas especialidades médicas pueden agruparse del siguiente modo: en Cirugía, complicaciones laparoscópicas, infecciones, oblitos, errores de sitio; en Obstetricia, distocias de hombro, *sepsis* puerperales y en los servicios de guardia, errores diagnósticos en fracturas, en infartos agudos de miocardio, abdomen agudo, entre otros. El modo de abordar el error desde la medicina, hasta estos días y en la mayoría de los casos consiste en el ocultamiento, en el desinterés, en la falta de información a pacientes y a veces en el castigo del presunto responsable.

La ausencia de una visión crítica hacia el interior mismo de la medicina sobre la frecuencia de daños por errores impide realizar adecuadas tareas de prevención y manejo del error. El apego acrítico a modelos de medicina basados en evidencias (MBE) obnubilan el juicio clínico, subestiman la experiencia y deshumanizan la relación médico-paciente; la falacia inductivista de la MBE desatiende los contextos antropológicos y sociales de la población atendida.

La ausencia de reflexión sobre la vinculación entre errores médicos y los pactos de silencio que se tejen alrededor de esa relación, generan incertidumbre y alimentan la desconfianza. La veracidad, regla ética tradicional, modela la responsabilidad profesional y solidifica las relaciones clínicas; cada médico debe develar la verdad a cada paciente; el incumplimiento del deber genera malestar, desconfianza y es la primera causa de demanda judicial.

En un estudio en donde se analizaron las respuestas de 127 madres cuyos hijos recién nacidos habían sufrido daños por errores obstétricos y que habían iniciado acciones legales, se estableció que el malestar frente al perjuicio sufrido se acrecentaba por la falta de advertencia de complicaciones, el engaño al que fueron sometidas por los médicos y a la falta de diálogo y de respuestas frente a sus preguntas⁷. En otro trabajo que estudiaba el vínculo entre la relación médico-paciente y las demandas por mala práctica médica, se establecieron las siguientes causas como disparadoras del reclamo judicial: limitada disponibilidad del médico tratante, ausencia de información y falta de consideración hacia los valores y perspectivas de los pacientes y familias⁸.

La limitada capacidad de escuchar a los pacientes se vincula estrechamente con la ocurrencia de errores y daños; se olvida la alta capacidad balsámica y terapéutica del hábito de la escucha; nada de esto es nuevo, basta recordar aquel aforismo hipocrático que sentenciaba: *Muchos pacientes se curan solamente con la satisfacción que les produce un médico que los escucha*⁹. Es por ello preciso impulsar una

medicina basada en la narrativa en donde los síntomas no son sólo objetividades medibles, sino subjetividades dolientes¹⁰. Una práctica en donde el respeto por la veracidad debe permitir además del reconocimiento del error y su reparación integral, la expresión sincera del perdón.

Experiencias recientes han demostrado que cuando los médicos aceptan los errores, los comunican a los pacientes, les piden perdón y ofrecen compensaciones adecuadas, no sólo disminuye la litigiosidad, sino que, fundamentalmente se comienza a aprender del error para generar estrategias de seguridad en la atención de los pacientes^{11,12}. Existe evidencia en que en la relación clínica humanizada, basada en la confianza y el respeto recíproco, aún existiendo error, no hay demanda judicial. Los médicos que no tuvieron reclamos orientaron mejor a sus pacientes, demostraron buen humor, facilitaron la participación del paciente, estimularon la formulación de preguntas y dispusieron de más tiempo en la consulta¹³.

El ocultamiento del error se relaciona también con la cada vez más frecuente práctica de la medicina a la defensiva en donde el propósito principal consiste en la protección de la propia responsabilidad desplazando los mejores intereses del paciente. Un ejemplo elocuente de la medicina a la defensiva es la sobreindicación de medidas diagnósticas de alta complejidad. En ese sentido una publicación informa que en los EE. UU. las solicitudes de tomografías computarizadas crecen a una tasa anual del 10%, y que en la

actualidad se realizan 75 millones de dichos estudios por año¹⁴.

Los resultados de una investigación realizada entre médicos en Massachussets lo indican: *el 28% de las derivaciones a estudios por imágenes sólo representan prácticas de defensa y precaución de los médicos*; refiriendo también a la inadecuada educación médica como causa del incremento injustificado de esos estudios¹⁵. A pesar de que en Argentina las estadísticas disponibles todavía sean escasas hay indicaciones de que el gasto generado por la “medicina a la defensiva” significó una erogación de casi 900 millones de dólares para la última década del siglo pasado¹⁶. También se sospecha que un considerable porcentaje de los informes radiológicos de estudios de alta complejidad no han evidenciado alteración o patología alguna, cuestión que podría estar relacionada de algún modo a la ausencia de criterio médico sólidamente sustentado.

La gran preocupación que esto empieza a generar es que la radiación que producen las Tomografías Computarizadas de Emisión (TAC) es entre 100 y 500 veces superior a una placa radiográfica tradicional. En algunos países ya se registran demandas por los daños asociados a la irradiación desmedida e injustificada. La práctica de la medicina a la defensiva, en este caso patentizada en la entronización del estudio de alta complejidad, invierte el fin propio de la medicina: en donde el interés del médico desplaza y está por encima del interés del paciente; y en donde la adoración de la imagen computarizada subalternar la experiencia clínica y la confianza.

La confianza es un principio elemental de la convivencia y la paz social; sin ella uno no podría ni siquiera levantarse de la cama por las mañanas; sin ella el médico ve en cada paciente un potencial enemigo judicial; del mismo modo en cada paciente desconfiado reside la falta de adherencia y el peor pronóstico de su propia enfermedad. Tanto cuando falta, como cuando abunda la posibilidad de requerir estudios de alta complejidad, es preciso volver a creer en la experiencia intransferible de la relación médico-paciente basada en la necesidad mutua de confianza.

Para ello el paciente debe comprender que la medicina no es una ciencia exacta, que no es el “arte de curar siempre” y que el error es inseparable hasta de las mejores prácticas. También es preciso que recuerde que la salud *no es un bien o servicio que se produce, presta y comercializa conforme las reglas del mercado*; se trata de un derecho fundamental, en donde el paciente, aunque pague por su salud, no es un usuario, ni mucho menos aún un consumidor.

No obstante, el médico debe revitalizar las mejores prácticas clínicas que tiene más a mano y que son justamente sus manos, su presencia y su palabra; volver a creer en la clínica como experiencia del conocimiento apprehendido a través del mirar, del tocar, y sobre todo del “escuchar”. También debe comprender que un proceso de consentimiento informado para el paciente no consiste en la rúbrica de un formulario inentendible con pretendido afán exculpatorio. Es preciso también dar nuevo significado al valor terapéutico de la palabra para desplazar el ideario fantástico de

creer que mejor se cura donde más aparatos existan.

Consideraciones finales

El Estado no puede estar ausente frente a las consecuencias nefastas de la práctica de la medicina a la defensiva y del error; los costes de salud se reproducen en forma inequitativa y se resiente la accesibilidad y el verdadero sentido de la salud. Para modificar ese escenario es imperativo que el médico pueda trabajar tranquilo, pensando solamente en no dañar y en beneficiar a cada paciente. Para ello deben implementarse activas políticas públicas que

mejoren las condiciones laborales y que dignifiquen la tarea desplegada por los trabajadores de la salud.

En los tiempos que corren, se debería luchar por una integración entre la medicina basada en la evidencia, con aquella basada en la narrativa; como así también por la transmutación de la medicina a la defensiva en un modelo de práctica de la medicina a la defensa de las mejores condiciones del trabajo médico y de la promoción del derecho a la mejor salud disponible para todos; cuestiones sustanciales que no son antagónicas, sino dos caras de la misma moneda.

Resumen

Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente

Basándose en el imperativo ético de la medicina, *primun non nocere*, este artículo presenta consideraciones de ética médica, enfocando el error médico y la práctica de la medicina defensiva, cuyo propósito principal parece muchas veces estar vinculado a la protección del profesional, en detrimento de los intereses del paciente. A partir de estudios realizados en los Estados Unidos se desarrolla una reflexión sobre tal vinculación y los llamados "pactos de silencio", que acaban generando incerteza y desconfianza en lo referente a la relación médico-paciente, en la sociedad en general. Conforme a los resultados de la citada pesquisa, concluye considerando que ocultar el error no resuelve esta compleja problemática y puede traer consecuencias nefastas a la práctica de la medicina relacionadas al crecimiento de los pedidos de exámenes, que producen aumento en los costes de la salud así como dificultan el acceso a los servicios. Considera, además, que el Estado no puede estar ausente en esta discusión fundamental.

Palabras-clave: Ética. Errores médicos. Medicina basada en evidencia. Medicina defensiva.

Abstract

Error and defensive medicine: medical ethics in patient's safety

Based on the ethical imperative of Medicine's, *primun non nocere*, this article presents consideration of medical ethics focusing on error and the practice of defensive medicine, whose main purpose seems often to be linked to the protection of professional to the detriment of the patient's interest. It is developed, from studies undertaken in the United States, a reflection on such linkage and the so-called "pacts of silence", which end by generating uncertainties and mistrust regarding physician-patient relationship in society at large. In consonance to the above mentioned research, I concluded by considering that hiding a medical error does not solve this complex problematic, and it may have mean consequences to medical practices related to increasing exams requests that produce increase in health costs as well as hampers access to services. It considers, additionally, that the State cannot be absent in this crucial discussion.

Key words: Ethics. Medical errors. Evidence-based medicine. Defensive medicine.

Referências

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med [Internet]. 1991 [cited Nov 2010] Feb 7;324(6):370-6. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>.
2. Gracia Guillén D. *Primun non nocere: el principio de no-maleficencia como fundamento de la etica médica*. Madrid: Anzos/Fuenlabrada; 1990.
3. Petit E. *Tratado elemental de derecho romano*. Buenos Aires: Albatros; 1954. p.26-8.
4. Vázquez Ferreyra R. *Responsabilidad por daños*. Buenos Aires: Desalma; 1993. p.55, 111.
5. Bueres AJ. *El acto ilícito*. Buenos Aires: Hammurabi S.R.L; 1986.
6. Zavala de Gonzalez M. *El derecho de daños: los valores comprometidos*. Buenos Aires: La Ley ; 1996 Nov 22.
7. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. JAMA. 1992;267(10):1359-63.
8. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994;154(12):1365-70.
9. Bordelois I. *A la escucha del cuerpo: puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2009.
10. Maglio F. *La dignidad del otro*. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2008.
11. Russell LA. Patient compensation without litigation: a promising development [editorial].

- Ann Intern Med [internet]. 2010 [cited 20 Nov 2010] Aug 17;153(4):266-7. Available: <http://www.annals.org/content/153/4.toc>.
12. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, MAM Rogers. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med*. 2010 Aug 17;153(4):213-21.
 13. Wendy LW, Debra L, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA [Internet]*. 1997 [cited 20 Nov 2010];277(7):553-9. Available: <http://jama.ama-assn.org/content/277/7/553.abstract>.
 14. Smith-Bindman R. Is computed tomography safe? *N Engl J Med [Internet]*. 2010 [cited 21 Nov 2010] June 23;363(1):1-4. Available: <http://kittywampus.files.wordpress.com/2010/07/ct-safety-nejm.pdf>.
 15. Hillman BJ, Goldsmith JC. The uncritical use of high-tech medical imaging. *N Engl J Med*. 2010 [cited 20 Nov 2010] June 23;363(1):4-6.
 16. Maglio I. Medicina a la defensa del derecho a la salud [editorial]. *Rev Argent Reumatol*. 2010;21(3):7-8.

Recibido 23.5.11

Aprovado 20.6.11

Aprovação final 19.6.11

Contato

Ignacio Maglio - ignaciomaglio@maglioyasociados.com.ar

Estudio Maglio y Asociados - Chile 851, Piso 1º "16" CP.1098AAP. Ciudad Autónoma de Buenos Aires/Capital Federal, Argentina.