

## MALAPRACTICA MEDICA

Se entiende por malapráctica toda acción médica errada de acuerdo a la opinión de expertos médicos; esto significa que no se define por la opinión del paciente o sus familiares y que tampoco puede definirse por la opinión del juez cuya misión es definir la culpabilidad de una malapráctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado.

El primer punto es el de la opinión de los expertos. La opinión de los expertos es una forma de evaluación de la acción de un médico querellado. La evaluación se refiere a los conocimientos aplicados, a la oportunidad en tiempo y circunstancias de esa aplicación y el grado de responsabilidad demostrada.

La medicina es una actividad falible que maneja dos racionalidades posibles, una la de la **búsqueda del menor error posible** y la otra la **del mayor beneficio probable**. Estas dos racionalidades están enmarcadas fundamentalmente por una relación con un importante sesgo económico que es el de la relación costo/beneficio de las decisiones y por otra parte por la multiplicidad de factores circunstanciales e irracionales que afectan las decisiones.

Las decisiones tienen aspectos racionales bien establecidos en las teorías de las decisiones basadas en la predictibilidad, una predictibilidad que basa su cálculo de probabilidad en la sensibilidad y especificidad de los elementos que fundamentan una decisión y aspectos menos racionales o totalmente irracionales, como son la intuición en la elección de opciones y criterios emocionales que fundamentan las prioridades en los valores humanos. Es deseable definir qué es una buena práctica, cuánto debe apartarse de esa buena práctica una praxis para ser considerada malapráctica y si una buena práctica es posible.

Comencemos por definir como buena práctica las decisiones que se ajustan a las reglas o normas dictadas por expertos, las actitudes que satisfacen las expectativas de los pacientes, cumplimentar las exigencias de la ley, evitar la dilapidación inútil de recursos, no desviar recursos en detrimento de necesidades

Dr. Alberto Agrest (1)

de mayor prioridad, y educar a los pacientes, a colegas médicos, enfermeros, y a todos aquellos que intervienen en el proceso de salud, técnicos, auxiliares, muca-mas, administrativos e inversores.

Como es de imaginar, no hay reglas para todas las actividades médicas y por otra parte el conocimiento de todas las reglas pareciera pretender que cada médico se convierta en un especialista en todo o que derive cada paciente al superespecialista de cada afección o que la medicina se organice como un equipo multidisciplinario para cada paciente.

Una buena práctica ideal aparece en contraposición con una buena práctica real en la que en la mayoría de los casos el mayor beneficio probable ocurre con un médico medianamente formado sobre todo responsable.

Satisfacer las expectativas de los pacientes es quizás el elemento de mayor peso para determinar si habrá o no querrela independientemente de la opinión de los expertos respecto a si se han seguido o no las normas de atención. La profilaxis del juicio de mala praxis es la buena relación médico-paciente y médico-familiares del paciente. La profilaxis es de la querrela no de la malapráctica.

La ley exige la constancia por escrito de la historia clínica y de las indicaciones médicas. La habitual voráGINE de la atención médica provocada por la escasa remuneración y la penalización en la demora de asistencia hacen que el registro en la historia clínica esté muy lejos de satisfacer eventuales exigencias legales. Nuevamente una práctica ideal cede ante el contexto real.

Evitar la dilapidación de recursos es una obligación médica ya que esto puede convertir la medicina en una actividad económicamente inviable. Toda indicación diagnóstica que no afecte una decisión terapéutica o toda indicación terapéutica que no mejore la calidad de vida o la sobrevida o sea más costosa que otra que consigue el mismo efecto podría constituir un acto de subversión económica.

(1) Miembro de la Comisión Directiva del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Academia Nacional de Medicina

---

El médico puede influir en la distribución de recursos y ante la escasez de estos recursos debe tomar decisiones de significación social, para lo cual no está preparado, con lo cual una buena práctica para los expertos puede estar reñida con una buena práctica social. La buena práctica médica de expertos suele ser una medicina para “ricos” y una buena práctica social es una medicina al “alcance de todos”.

Educar a los pacientes en lo que deben ser sus expectativas de salud, educar a los inversores en lo que deben ser sus expectativas de renta y educar a los trabajadores de la salud en lo que deben ser sus obligaciones debiera ser parte de la buena práctica.

**Todos aprendemos nuestras tareas, el aprendizaje se hace en la práctica, el período de aprendizaje expone a los pacientes a mayores riesgos. No se llega a experto sin pasar por el período de aprendizaje y si la sociedad no acepta este aprendizaje tampoco podrá ser beneficiado por expertos.**

Si todo es buena práctica la buena práctica es imposible, si mala práctica es la no buena práctica todos los médicos hacemos malpráctica. No ser querellados dependerá de nuestro poder de seducción de pacientes y allegados y de la suerte de no enfrentar a pacientes o sus familiares con neurosis querellante y abogados inescrupulosos. Cuando la querrela ha llegado nuestra suerte dependerá de un juez tan falible como los médicos.

¿Qué esperamos que sepan los jueces? Sería deseable que supieran que el médico actúa sumergido en un mar de incertidumbres, la falta de información sobre la sensibilidad y especificidad de síntomas y signos, y la falta de sensibilidades totales y especificidades absolutas de las informaciones auxiliares de laboratorio y de imágenes hacen que las predicciones con menos de 5 % de error parezcan verdades absolutas. El médico perfecto podría ser querrellado por 5 pacientes de cada 100 que viera.

Las decisiones todavía deben tener en cuenta situaciones circunstanciales de contexto, emocional, familiar y social y distinta valoración de la significa-

ción humana de las consecuencias de los errores y los beneficios de los aciertos. En medio de tanta incertidumbre el médico puede agotar los recursos de información o esperar que el tiempo vaya aportando datos de mayor sensibilidad y mayor especificidad y oportunidades más propicias, **delicado equilibrio entre un costo desmesurado de la búsqueda de nuevos datos y un retardo culposo en la toma de una decisión.**

Todo esto pone a prueba al médico cada momento y con cada paciente, ¿pensarían en esto los jueces en el momento de juzgar culpabilidad médica? ¿tendrán en cuenta los jueces que ese delicado equilibrio se aprende?, ¿sabrán los jueces que el temor a sentencias excesivas puede paralizar muchos actos médicos, paralizar el aprendizaje y generar caos económico en la prestación médica?

La medicina “a la defensiva”, la que prioriza evitar juicios de malpráctica, puede terminar con el aprendizaje y con una economía que la haga viable. Personalmente pienso que no es penalizable el error pero sí lo es la irresponsabilidad. La irresponsabilidad puede ser producto de un defecto personal o de una organización médica que no da tiempo a una actitud responsable y aún eventualmente penaliza la “pérdida” de tiempo que representa la reflexión en una actitud responsable. Esto también debería ser tenido en cuenta por los jueces a la hora de dictar sentencia.

La certificación y recertificación de los médicos demostrará la actitud responsable de los mismos al someterse al juicio de sus pares que deberán juzgar sus conocimientos y sus aptitudes ético-morales. La actitud responsable de los antes certificantes y recertificantes se reconocerá por la seriedad con la cual asuman esta misión trascendente.