

**I ORIGINAL**

## La ética en la práctica. Cuando algo se hace mal: del error médico a la mala praxis

Ethics in Practice. When something is done wrong: from the medical error to the malpraxis

León Sanz P

Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

### Resumen

**Objetivo:** Analizar dos de los aspectos éticos más importantes relacionados con el error médico: la comunicación a los pacientes y sus familias; y la obligación moral de prevenir e intentar disminuir esta realidad.

**Diseño:** Los principios ético-médicos recomendados coinciden con los propios de la medicina en general, y son subrayados por las directrices específicas que han publicado las organizaciones profesionales, como la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS). Se analizan las consecuencias que tiene para el profesional y para el paciente no distinguir entre error médico y mala praxis. Se estudia la repercusión emocional en el profesional y en los pacientes. Así como los aspectos institucionales y la implantación de programas de prevención de errores médicos en los Centros asistenciales, que han de incluir el análisis del error técnico con la cooperación de todos los profesionales y la determinación sobre qué se dice a la familia, quién ha de hacerlo y cómo.

**Conclusiones:** Admitir los errores, pedir disculpas por lo que ha salido mal, mejora la relación médico-paciente, mejora la confianza en el profesional y ayuda a prevenir errores.

**Palabras clave:**

Error médico, mala praxis médica, ética médica, derechos de los pacientes.

### Abstract

**Objective:** To analyse two of the most significant ethical issues related to medical errors: informing patients and relatives; and the moral duty to prevent and try to minimise this situation.

**Design:** The recommended ethical and medical principles are consistent with those of medicine in general and are underpinned by the specific guidelines published by professional organisations, such as the American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). The consequences for the professional and the patient of not distinguishing between medical error and malpractice are analysed. The emotional impact on professionals and patients is studied as are the institutional issues and implementation of programmes for the prevention of medical errors at healthcare centres, that must include the analysis of the technical error with the collaboration of all professionals and determination about what the family should be told, by whom, and how.

**Conclusions:** Admitting errors, apologising for wrongful actions, improving the physician-patient relationship, improving trust in the professionals and help prevent errors.

**Key words:** medical error, medical malpractice, medical ethics, patient rights.

### Introducción

Desde los años 80 del siglo XX se ha incrementado el número de demandas por mala praxis médica en los tribunales de justicia. La mayoría proceden de pacientes atendidos

por especialistas de áreas quirúrgicas, lo cual, en parte es debido al carácter invasivo de sus prácticas y a que éstas se relacionan con cierta exigencia de resultados. En el caso de la cirugía ortopédica, se dice que es un ámbito inmejorable para revisar el error médico, por dos razones: las complicaciones derivadas de la práctica médica en el sistema músculo-esquelético raramente matan, pero dejan secuelas y discapacidades; en segundo lugar porque a través de las radiografías y de las técnicas de imagen, se puede documen-

#### Correspondencia

P. León. Departamento de Humanidades Biomédicas  
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra  
Irunlarrea 2. Pamplona, 31001  
mpleon@unav.es



tar lo sucedido, incluso pasado bastante tiempo después de la intervención.

En este artículo nos proponemos subrayar algunos aspectos ético-deontológicos que conlleva el error médico, cuestión necesaria dado el elevado número de errores médicos y de complicaciones en las intervenciones que se siguen contabilizando, a pesar de los avances del conocimiento y de la técnica. El tratamiento de los errores médicos es un asunto de mucha densidad ética, no sólo judicial. Concretamente nos referiremos a la comunicación a los pacientes y sus familias; y a la seria obligación moral de prevenir e intentar disminuir el número de errores.

Comenzaremos por analizar las consecuencias que tiene para el profesional y para el paciente no distinguir entre error médico y mala praxis. Como veremos, en estos casos los principios ético-médicos recomendados coinciden con los propios de la medicina en general, y son subrayados por las directrices específicas que han publicado las organizaciones profesionales, como la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (AAOS) [1,2].

## 1. Mala praxis o error médico

Lo que caracteriza la mala praxis es que haya habido un daño causado por la intervención del médico, que se añade al propio de la enfermedad o del tratamiento aplicado. Este perjuicio, en el caso de una demanda, se ha de poder probar y se ha de establecer una relación causal entre la prestación profesional y el daño ocasionado.

Sin embargo, no se puede equiparar el error médico con la mala praxis porque la realidad muestra que la mayoría de los errores no se han de atribuir a mala praxis o a negligencias individuales. En el caso de la cirugía ortopédica, Bhattacharyya y Yeon [3] consideran que sólo alrededor del 28% de los errores y complicaciones serían debidos a negligencias.

Se ha de tener en cuenta que el número de errores es demasiado alto. El conocido informe, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado por el Institute of Medicine de EEUU, en 1999, atribuía 98.000 muertes/año a errores médicos, definidos en un sentido amplio, es decir, no sólo los ocasionados por los médicos [4].

Para el profesional, la identificación del error médico con la mala praxis o negligencia además de dificultar su reconocimiento, tiene un coste que puede ser muy grande: ser demandado por el paciente o por su familia para obtener una compensación económica o bien para dejar constancia pública de los malos resultados obtenidos por un profesional.

Al desgaste moral que supone la experiencia de un proceso judicial, se suman el tiempo y dinero empleados en la

preparación de la defensa y en la satisfacción del fallo. A lo que se añade la necesidad de suscribir pólizas de seguros de responsabilidad civil, que para los cirujanos son siempre elevadas.

Para el paciente equiparar error médico con mala praxis o negligencia también tiene efectos perniciosos, ya que la precaución excesiva por evitar la reclamación puede llevar a la práctica de una medicina defensiva, más cara y contraria a la ética médica [5,6].

Las investigaciones llevadas a cabo con pacientes y familias afectados por los fallos médicos han mostrado que resultan doblemente afligidos. Pues, además de padecer los efectos del error médico, un alto porcentaje de enfermos y sus familias tienen miedo de aumentar el daño si manifiestan sus sentimientos o revelan los errores del profesional. Es frecuente que el paciente sufra el abandono del profesional, justamente, cuando más atención necesita [7-9]. Por lo que no sólo los médicos se sienten reprobados por una actuación que ha sido errónea, también el paciente y su familia experimentan la sensación de culpabilidad.

## 2. El profesional ante la comunicación de los hechos adversos

A pesar de la preocupación por una posible demanda, la doctrina ético-deontológica es clara: cuando las complicaciones que sufre un paciente son debidas a errores del médico se ha de informar al paciente de lo sucedido.

### *Informar no es sólo un deber para el profesional*

Conocer el error interesa al paciente. Un paciente tiene derecho a recibir la información médica que le afecta puesto que es el primer responsable de su propia salud y a él le corresponde la toma de decisiones. Y saber que ha habido un error afecta a las disposiciones que vaya a tomar respecto a sus tratamientos y a las compensaciones derivadas del error. El profesional habrá de ponderar el modo de decirlo para evitar el posible daño que la comunicación pueda ocasionar al enfermo.

Sin embargo, la realidad muestra que las presiones sociales y profesionales hacen difícil que los médicos u otros profesionales implicados revelen sus errores. Al parecer, sólo en un tercio de los casos, los pacientes habían sido informados y habían recibido información por parte de los profesionales causantes de los daños [10].

Los mismos estudios señalan que la mayoría de los pacientes querrían que sus médicos les comunicaran la verdad. Y hasta el 98% de los pacientes desearían que el médico les comunicara hasta el mínimo error [11].



### *La confianza del paciente*

La AAOS reconoce que el error médico es algo inevitable en la práctica médica y que comunicar los errores con rapidez y honestidad ayuda a mantener una relación de confianza con los pacientes y sus familias. Y es evidente que la pérdida de confianza en el médico y en el hospital es mucho mayor en el caso contrario [1].

### *En contra de la revelación del error*

Las encuestas señalan que tanto para los profesionales como para las instituciones, la primera razón que se interpone en la revelación de un error es el miedo a una demanda. Con frecuencia el hospital y la compañía aseguradora aconsejan que no se admita la posibilidad de que haya habido un error y es frecuente que los expertos legales recomienden evitar el uso de palabras como «error», «falta», «negligencia» o «equivocación» [12,13]. Por lo que el profesional, al revelar lo ocurrido, añade a una posible demanda el miedo a que el seguro no cubra la reclamación.

Sin embargo, no hay evidencia empírica que indique que decir la verdad perjudique al médico, ya que obrar así previene la posibilidad de un proceso por mala praxis [14]. Por el contrario, los estudios de campo indican que hay más pacientes que reclaman si no se reconoce el error que si se admite, porque el resentimiento aumenta el riesgo de promover una acción legal agresiva.

### *La carga emocional*

Estar relacionado con un error médico supone un desgaste emocional. Tras un error se experimenta la sensación de culpabilidad, una experiencia de vergüenza, una falta de seguridad. También está descrita la sensación de pérdida de prestigio. Equivocarse o cometer un error supone una humillación que es mayor si el descubrimiento ha sido hecho por un colega. Los estudios indican que cuando el profesional ignora esta reacción de desaliento tiene más problemas y puede incurrir en más errores [15].

Sin embargo, hasta ahora, en las Facultades de Medicina o en los Programas de la especialidad, como el de Cirugía Ortopédica y Traumatología, no se enseña la necesidad de admitir y discutir los errores [16]. Además, existen circunstancias o factores que llevan a auto-disculparse o a justificar el error: puede ser achacado a las malas condiciones de trabajo, a la sobrecarga de tareas, a una supervisión inadecuada, a la falta de comunicación entre colegas e incluso a las peculiares condiciones o modos de ser del paciente.

De ahí que la Declaración de la AAOS titulada *La comunicación de los resultados adversos* insista en que el cirujano ortopédico ha de anteponer el interés del paciente y

«comunicarle directamente, con honestidad y de forma compasiva, tan pronto como sea posible, lo ocurrido» [1,14]. También este es el mandato explícito del Código ético de la especialidad Cirugía Ortopédica [1]: la responsabilidad ética de ser veraz se antepone a la preocupación por la acción legal.

Pero corresponde a la prudencia de cada profesional la aplicación de las normas de la ética médica teniendo en cuenta las circunstancias (del profesional, del equipo, de la institución o del paciente) que concurren en cada momento. No parece necesario revelar los errores triviales, no comunicar un error sustantivo exigiría tener razones y pruebas que justifiquen esa actitud.

### *Cuando el paciente plantea en la consulta un error de un colega*

Situación especialmente delicada es la consulta de un paciente acerca de la actuación profesional de otro colega. En estos casos se ha de ser especialmente prudente en la evaluación del caso y cuestionarse si se conocen todos los hechos relevantes. Puede haber datos o circunstancias acacias durante una intervención quirúrgica que los pacientes desconozcan y que puede justificar las decisiones tomadas por el cirujano. Además, es habitual y lógico que los médicos disientan sobre la conducta a seguir ante determinadas situaciones clínicas. Son situaciones en que hay que mantener la lealtad con el paciente y con el colega porque no se puede dañar la reputación de un colega injustificadamente. Esa conducta sería aún más grave si las críticas o descalificaciones se hicieran ante otros pacientes o ante personas ajenas a la profesión y si conllevaran repercusiones profesionales o económicas (CEDM, Art. 31).

### **3. La prevención de los errores**

Evitar los errores es una cuestión de justicia. Sería injusto tolerar que pueda repetirse un incidente que perjudique al paciente, al profesional o al hospital. La ética médica demanda la disminución y la prevención del error para lo cual apuesta por una gestión transparente de estos sucesos que permita mejorar la calidad asistencial. Ningún error debería ser archivado sin más: necesita un protocolo específico sobre cómo se ha producido y cómo se puede evitar en el futuro.

Desde hace años, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations insiste en que promover la cultura del reconocimiento de los errores es la manera más segura de disminuirlos. Y ha advertido sobre el carácter institucional de muchos errores. Este cambio afecta a los profesionales: los Estándares de la AAOS para las relacio-



nes interprofesionales (2005) recomiendan que los especialistas en COT trabajen junto a otros profesionales con el fin de reducir los errores médicos, aumentar la seguridad de los pacientes y optimizar los resultados [1]. Además, tradicionalmente, han sido los especialistas de áreas quirúrgicas los que han liderado el establecimiento de medidas de seguridad en los quirófanos y otras instalaciones de los centros asistenciales.

#### *La institución y los errores*

Esta nueva actitud frente a los errores implica a las instituciones, que habrán de adoptar políticas que faciliten la comunicación (no la denuncia) de los fallos sucedidos o inminentes. La prevención de los errores facilita la buena praxis médica, cuestión que afecta al presupuesto de gestión económica y a la gestión ética.

Los centros habrán de asumir las consecuencias de los errores, sustituyendo la ética de culpabilización y castigo por una ética de análisis de error y prevención de riesgos. Se trata de la única manera de facilitar la detección y posterior análisis de estos hechos. Además, como se ha comprobado, toda persona que se ha visto envuelto en un error necesita una estructura y un soporte también afectivo. Es un caso paradigmático para expresar que el hospital es un organismo ético [7].

Se pueden observar diversos planteamientos en la implantación de un programa de prevención de errores médicos. Una postura podría ser la del centro que establece y aprueba un documento marco sobre esta cuestión. Ese texto definiría la política del hospital y haría más conscientes a quienes trabajan en esa institución de lo que implica ese punto y de cómo va a ser considerado el error médico por parte del equipo de dirección o gestión. Sería una estrategia de carácter programático.

Otro planteamiento, que supone un paso más, podría ser establecer el procedimiento de comunicar los errores, el procedimiento de estudiarlos con indicación de las instancias y personas que deberán en cada caso hacerlo, el procedimiento para acordar los remedios que hayan de aplicarse y el modo de poner esas medidas en práctica y, finalmente, el procedimiento para seguir la eficacia de las soluciones propuestas.

Es evidente que la primera postura es más fácil de llevar a cabo y de que sea aceptada, pero corre el riesgo de convertirse en un papel más que se archiva y apenas se recuerda.

Para establecer la segunda estrategia tendrían que intervenir necesariamente las diversas instancias del hospital, los encargados del manejo de riesgos, la dirección del centro, el servicio de atención a los pacientes, la comisión de mortali-

dad y morbilidad, la asesoría jurídica, la comisión de calidad y la comisión de ética asistencial.

Implantar un programa de prevención de errores médicos puede suponer largos y fructíferos debates. También reflejará las dificultades de aceptación, por parte de todos, de los medios y de la normativa a implantar.

#### *El modo de gestionar los errores*

Un programa de prevención de errores médicos que busque alcanzar cierta eficacia ha de incluir, al menos:

1. El análisis del error técnico, es decir, el estudio de las causas que lo han producido que en algunos casos implicará la reconstrucción del episodio y la adopción de medidas para evitar que se pueda repetir, como por ejemplo, la monitorización o control de los sistemas, la revisión de los sistemas de información o la relación entre los servicios clínicos y los servicios básicos, etc.
2. Las cuestiones de interrelación profesional, puesto que parece necesaria la cooperación de todos, incluidos los «protagonistas» del accidente para poder analizar y evitar nuevos errores.
3. La determinación sobre qué se dice a la familia, quién ha de hacerlo y cómo. Es necesario crear puentes que faciliten la intermediación con los pacientes y buscar soluciones para cada caso. Lo cual pasa por interesarse por los pacientes que han sido objeto de un error.

En definitiva, un programa de prevención de errores médicos supone aprender de ellos, para lo cual hay que identificarlos, admitirlos, analizarlos y corregir las situaciones o circunstancias en las que se pueden repetir.

#### *Pedir perdón como política profesional e institucional*

En cerca de 30 estados de los EEUU, en respuesta a la dificultad para el reconocimiento de los errores derivada del incremento de las demandas por mala praxis médica, se han establecido las llamadas *I'm sorry laws*. Estas leyes promueven la declaración de los errores médicos sin que esta revelación sea prueba de culpabilidad. Disminuye así el riesgo y por lo tanto el miedo a una demanda legal para las instituciones y los profesionales que se acojan a ellas [11]. Estas regulaciones, que varían de un Estado a otro, suponen la reacción de la sociedad ante situaciones que han acabado siendo perniciosas para todos: para los profesionales, para las instituciones y, por supuesto, para los pacientes. Esta reforma ha subrayado los principios que la ética ha defendido siempre respecto al error médico, ya que la honestidad y la buena comunicación son los mejores antídotos.

Todavía es pronto para conocer los resultados de la implantación de estas leyes, pero los datos recogidos en el Es-



tado de Colorado, entre enero de 2000 y octubre de 2006, son optimistas: en un total de 3.200 casos, sólo el 25% de los pacientes recibieron una compensación económica (5.400 \$ por caso). En siete de ellos, a pesar de la indemnización, los pacientes interpusieron una demanda que condenó a los profesionales en dos ocasiones. Y de los 2.400 errores que no fueron indemnizados, 16 acudieron a los tribunales y seis de ellos obtuvieron así una recompensa monetaria [14].

### Conclusion: el valor de una disculpa

En resumen, todo médico es humano y comete errores. Admitir los errores, pedir disculpas por lo que ha salido mal, mejora la relación médico-paciente, mejora la confianza en el profesional y ayuda a prevenir errores. Parece que también disminuye el coste legal y las reclamaciones.

El análisis ético de los errores médicos insiste en la comunicación de los errores como algo esencial para mejorar la calidad de la atención médica. De ahí se han derivado nuevos modos de resolver los conflictos entre los pacientes y los médicos o los centros asistenciales, así como la implantación de fórmulas para compensar económicamente el daño causado, sin que sea necesaria la sentencia de la culpa legal, ya sea civil o penal [15].

Al profesional y al hospital les va mucho en ello. Es algo más que un índice de calidad. Ambos se juegan la alternativa de ser un hospital vivo o una institución «quemada» [7,16]. No en vano, el famoso cirujano parisino de la Ilustración, Jacques Tenon (1724-1816), decía que «el estado del hospital mide la naturaleza de una civilización» [17]. ■

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guide to the Ethical Practice of Orthopaedic Surgery. 7 ed.; 2007.
2. León Sanz P. Cuestiones éticas en la Cirugía ortopédica y traumatología. Manual Secot de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Editorial médica Panamericana (en prensa).
3. Bhattacharyya T, Yeon H. «Doctor, Was This Surgery Done Wrong?» Ethical Issues in Providing Second Opinions. *J Bone Joint Surg (Am)* 2005; 87-A:223-5.
4. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.
5. Herranz Rodríguez G. Comentarios al código de ética y deontología médica. Pamplona, EUNSA; 1992.

6. Organización Médica Colegial (OMC). Código de ética y deontología médicas (Art. 18.2). Madrid; 1999.
7. Herranz Rodríguez G. Algunos aspectos del no dañar en el hospital de hoy. *Rev Med Univ Navarra* 2006; 50:38-40.
8. Delbanco T, Bell SK. Guilty, afraid, and alone--struggling with medical error. *N Engl J Med* 2007; 357:1682-3.
9. Betsy M, Capozzi JD, Rhodes R. The Human Form. Accepting the Prioritization of Patient Values. *J Bone Joint Surg (Am)* 2005; 87-A:1653-5.
10. Blendon R, DesRoches C, Brodie M, Benson J, Rosen A, Schneider E, et al. View of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002; 347:1933-40.
11. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? *Arch Intern Med* 1996; 156:2565-9.
12. Fagadau Bender. «I'm Sorry» Laws and Medical Liability. *Virtual Mentor* 2007; 9:300-4.
13. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006; 354:2024-33.
14. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med* 2007; 356:2713-9.
15. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Int Med* 1992; 7:424-31.
16. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007; 16:256-9.
17. Tenon J. Mémoires sur les hôpitaux de Paris. Paris: University Microfilms International; 1979,1788.

### Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.