

## Política de Prevención del Riesgo de Mal Praxis

**Dr. Genival Veloso de França**  
**Academia Internacional de Medicina Legal**

Aunque no exista una fórmula mágica e infalible para evitar la mala praxis, se hace necesario aplicar todos los esfuerzos en el sentido de crearse condiciones y mecanismos capaces de contribuir de forma efectiva por lo menos en la disminución de esos malos resultados, ya que no interesan a nadie.

La primer providencia en este sentido es desarmar a las personas de un cierto preconceito de que el médico es responsable por todo resultado atípico e indeseado en el ejercicio de la medicina, cuando algunas veces es también de la víctima. Por eso, se impone centrar nuestra comprensión en el montaje de un perfil epidemiológico del mal resultado, en el sentido de apuntar no apenas su diagnóstico, sino también fomentar la promoción de una política de conductas, medios y mecanismos que sea eficaz en la corrección de estos desvíos

Cualquiera que sea la propuesta en este sentido, mismo aquellas que traen embutidos algunos intereses profesionales en el "gerenciamiento del riesgo" por empresas especializadas, debe ser analizada como forma de contribución a este problema.

La verdad es que la medicina actual nada más es que una sucesión de riesgos. El gran arsenal tecnológico de que dispone, actualmente, la Ciencia Médica trajo, para el hombre, provechos inestimables. Por otro lado, ese nuevo orden no pudo evitar que surgiesen más accidentes en el ejercicio de nuestra profesión. Vivimos la era del riesgo.

El accidente médico es, no pocas veces, inevitable e inesperado, y sus causas son, desde el punto de vista subjetivo difíciles pero con posibilidades de ser determinadas.

Entretanto, es necesario dejar bien claro que este proyecto no se destina apenas a identificar los factores potenciales de riesgo frente a las demandas por responsabilidad civil, penal y ético-administrativa, sino, sobre todo, a mejorar las condiciones de trabajo médico y con perspectivas de vida y de salud de la población.

### Factores de Riesgo

Como se ve en la práctica del ejercicio médico, muchos son los factores de riesgo que llevan al mal resultado. Podemos clasificarlos como factores no asistenciales y factores asistenciales

Entre los factores no asistenciales vamos a destacar:

1. **El sistema de salud** La primer cosa que llama nuestra atención en el ejercicio de la medicina es lo destorcido y desorganizado que es el sistema de salud pública. La llamada socialización de la medicina con la expansión de los servicios de salud y la creación de las instituciones prestadoras de la asistencia médica, colocó entre el médico y el paciente ciertos conflictos, los cuales, casi siempre cuentan con complejas implicaciones de orden ético y legal. Por otro lado, las políticas sociales y de salud no se realizaron como instrumento de redistribución de la renta y de atenuación de las desigualdades sociales. No se atiende al principio de la universalización y de la equidad y pasan lejos de la discusión y de la participación democrática de los sectores organizados de la sociedad. El modelo de desarrollo económico y social impuesto durante las cuatro últimas décadas se mostró excesivamente

concentrador, propiciando niveles de vida y de salud que no corresponden a las necesidades de la población. Esto tubo un reflejo muy negativo en la organización y en la estructuración de los servicios prestadores de asistencia médica. Y es en este ambiente de penuria y de precariedades que el médico ejerce sus actividades.

**2. La falta de compromiso del médico.** Hay motivos políticos y sociales que comienzan a exigir de los médicos posiciones más coherentes con la realidad que se vive. Un modelo capaz de revelar el mejor papel que esa postura desempeñe en el complejo proyecto de derechos y deberes, y que pueda apuntar, con justicia y acierto, el camino ideal en la realización del acto médico y en las exigencias del bien común. Por eso el médico no puede quedar indiferente, pues el ejercicio de la medicina es un acto político en favor de la salud individual y colectiva y, también en la tentativa de busca de la ciudadanía. El propio Código de Ética del médico debe estar dirigido para eso, si no, qué ética es esta que no ve tales necesidades, principalmente cuando ellas alcanzan los más desfavorecidos y los más necesitados, tantas veces desheredados de la suerte? Por lo tanto, es deber del médico luchar organizadamente en favor de las mejores condiciones de atención y no considerar la enfermedad como un resultado de la fatalidad. No basta modificar la relación entre el hombre y la naturaleza, sino, también, mudar las relaciones sociales.

**3. La no-participación de la sociedad.** Esta, por su vez, también debe comprender que la cuestión de la mejoría de las condiciones de salud y de los niveles de vida no debe concentrarse apenas en las manos de los médicos. Es preciso que la sociedad se manifieste siempre que sea necesario, haciendo ver su inconformismo y su revuelta contra la disparidad reinante entre las condiciones de salud de la colectividad y las disponibilidades cada vez más crecientes de la ciencia y de la tecnología. Debe entender aún que la lucha contra el mal resultado en la asistencia médica pasa por propuestas y encaminamientos de las políticas sociales públicas y que ese resultado tan indeseado no tiene como causa única la mala praxis de los médicos. Por eso cuando vemos los movimientos de organización y de movilización de los segmentos sociales contra la "mala praxis" no podemos quedar ajenos a eso, desde que tal encaminamiento tenga como propuesta la prevención de resultados indeseables y no el simple deseo de venganza patrocinado por parientes de las víctimas de resultados atípicos. El ideal sería que esos grupos se aliasen a los médicos y a todos aquellos que se interesan por la lucha en favor de la buena asistencia médica, pues ahí se concentra ciertamente la base para una política de prevención de riesgos de malos resultados.

**4. La no-revisión del aparato formador.** Ningún analista de esta cuestión deja de señalar el nivel de la enseñanza médica brasileña como uno de los causadores de la sufrible formación profesional por la mayoría de las escuelas médicas y consecuentemente factor preponderante en la eclosión del mal resultado. Además de las pésimas condiciones de enseñanza y aprendizaje, de los bajos salarios de los profesores, de la falta de una estrategia para un perfil del médico que se necesita y de la falta de recursos para la investigación y la extensión, no existe una revisión sobre esa calidad de enseñanza, sino tan solamente las decisiones precipitadas e irresponsables de creación de nuevas escuelas médicas. Además de esto, las maniobras astutas de empobrecimiento de las escuelas con el propósito de colocarlas en el paquete de las privatizaciones inconsecuentes, lo que por lo menos sugiere complicidad.

**5. La falta de enseñanza continuada.** Entre nosotros no es exagerado afirmar que para ejercer la profesión médica no basta una habilitación legal, representada por un título y su registro en los Consejos de Medicina. Es necesaria la continuada habilitación profesional constituida de un permanente aprendizaje. La verdad es que no existe entre nosotros ninguna norma o ninguna exigencia obligando al médico a actualizarse siempre. Es también rarísima la institución pública o privada que se dedique o que presente con un proyecto dedicado a la enseñanza continuada, dando oportunidad de reciclaje médico o estimulando al profesional en la perspectiva de acompañar razonablemente los pasos de su ciencia.

**6. La precaria fiscalización del ejercicio profesional.** Aunque los Consejos de Medicina tengan como objetivos primeros las tareas pedagógicas y doctrinarias, no se puede omitir como papel significativo la fiscalización del ejercicio de la medicina, como forma de ajustar al profesional a los dictámenes consagrados en su Código de Ética "cabiéndole cuidar y trabajar

por todos los medios a su alcance, por el perfecto desempeño ético de la medicina y por el prestigio y buen concepto de la profesión y de los que la ejerzan legalmente" Los Consejos no pueden quedar apenas en las interminables reuniones donde son discutidos asuntos de menor interés o de destinarse tan solamente a la expedición de libretas. Deben partir para una ofensiva más positiva, al ejemplo de algunas Regionales que están yendo a los establecimientos de salud para verificar la calidad de la asistencia.

**En lo tocante a los factores asistenciales podemos señalar:**

**1. El desgaste de la relación médico-paciente.** No es sólo por el hecho de parar la demanda judicial por mala praxis, pero todos saben que una buena relación entre el médico y su paciente es una forma de mejor entrelazamiento, de mejor percepción de los problemas del asistido y una manera de estimular el interés y la dedicación profesional. Una relación médico-paciente amistosa deja al asistente e al asistido en condiciones de ejercer tranquilamente sus papeles. Infelizmente, por razones de las más variadas, esta relación, aunque no de manera generalizada, viene transformándose en una tragedia, o por lo menos, en un encuentro desconfortable. Lamentablemente, la deterioración de la relación médico-paciente se presenta como el motivo más fuerte del aumento de acciones de responsabilidad profesional. Hay que encontrar un camino para invertir esta situación y hacer con que esta relación vuelva a ser la cualidad que colocó a la medicina en un lugar de respeto y consideración.

**2. La falta de condiciones de trabajo.** Nadie desconoce también que muchos de estos malos resultados tengan como origen las pésimas y precarias condiciones de trabajo, en una atención a la salud cada vez más decadente y anárquica como proyecto, mismo que tengamos un número razonable de médicos con relación a nuestra población. Los servicios públicos, con honrosas excepciones, están desmantelados por una política dirigida por la propia estrategia de poder, como forma deliberada de desmoralizarlos y entregarlos a la iniciativa privada, a ejemplo de lo que se está haciendo precipitadamente como política de privatización. La verdad es que los profesionales de la salud sienten en su día a día, cada vez más, dificultades para ejercer sus actividades, frente a las indigentes condiciones de trabajo. En este escenario perverso, es fácil entender lo que está aconteciendo en los locales de trabajo médico, donde se multiplican los daños a las víctimas, y donde lo más fácil es culpar a los médicos como primeros responsables.

**3. El abuso de poder.** Es necesario, también, saber si el profesional actuó con la cautela debida y, por lo tanto, descaracterizada de precipitación, de importunismo o de insensatez. Una de las formas más comunes de desvío de poder es la práctica médica realizada por profesionales que no están capacitados para realizar determinada especialidad médica. Otra forma condenable y por eso agravante en una evaluación por supuesta mala praxis es el procedimiento desnecesario.

**4. La falsa garantía de resultado.** Mismo que el médico deba ser optimista cuando participa junto al paciente, él no debe garantizar ciertos resultados, principalmente si este procedimiento es complejo y de riesgo, como en la cirugía estrictamente estética. Lo que se recomienda es el uso adecuado de los medios y conductas que favorezcan al paciente y una palabra de estímulo que no signifique promesa, pues en determinados instantes esta garantía de resultado siempre favorable significa una violación al deber de informar debida y correctamente.

**5. La falta del consentimiento esclarecido.** Con el avance cada día más elocuente de los derechos humanos, el acto médico, como regla, sólo alcanza su verdadera dimensión y su incontrastable destino cuando se tiene el consentimiento del paciente o de sus responsables legales. Así, grosso modo, todo procedimiento profesional necesita de una autorización previa. Además, se exige no sólo el consentimiento puro y simple, sino el o consentimiento informado. Se entiende como tal, el consentimiento obtenido de un individuo civilmente capaz y apto para entender y considerar razonablemente una propuesta o una conducta, exenta de coacción, influencia o inducción. No puede ser obtenido a través de una simple firma o de una lectura apurada en textos minúsculos de formularios a camino de la sala de operaciones. Al contrario, por medio de lenguaje accesible a su nivel de convencimiento y comprensión (principio de la información adecuada). Mismo que el consentimiento informado sea un instrumento de defensa

ante una alegación de mala praxis, el mismo tiene como sentido mayor la dignificación de la persona. El consentimiento no es un acto irrevocable y permanente (principios de la revocabilidad y de la temporalidad). Por otro lado, debe quedar bien claro que el hecho de tener un consentimiento informado, esto, por sí sólo, no exenta al médico cuando existen otras faltas en el cumplimiento de los deberes de conducta.

**6. El llenado inadecuado de las historias.** Uno de los elementos más valorizados cuando se hace la evaluación de un caso de mala praxis, es la historia del paciente. En este documento deben estar de forma legible no apenas la anamnesia, sino todo el conjunto de documentos padronzados, ordenados y concisos, referentes al registro de los cuidados médicos prestados y a los documentos juntados. Consta del examen clínico, sus fichas de evolución y de prescripción terapéutica, los informes de enfermería, los informes de la anestesia y de la cirugía, la ficha de registro de resultados de exámenes complementarios y, mismo hasta copias de certificados y solicitudes de exámenes. Constituye la historia un verdadero dossier que tanto sirve para análisis de la evolución de la enfermedad, como para fines estadísticos que alimentan la memoria del servicio y como defensa del profesional, caso sea responsabilizado por algún resultado atípico e indeseado. Por lo que vimos, su inexistencia o su llenado incompleto puede transformarse en un factor negativo en los procedimientos de prueba. Creemos que la historia es la mejor arma cuando se realiza una evaluación judicial.

**7. La precaria documentación de los procedimientos.** Todo proyecto de gerenciamiento o administración del riesgo de mala praxis debe contar con orientación adecuada de la documentación de los procedimientos realizados. No es demás decir que en nuestro sistema de proceso es siempre muy importante la prueba documental. Como las acciones judiciales son muy morosas, y como los demandantes tienen un plazo hasta cierto punto largo, para pleitear la acción, es importante que todos los documentos referentes a la asistencia discutida sean guardados, por lo menos por diez años para las exigencias del Consejo Federal de Medicina y de veinte años para la prescripción de la obligación contractual.

**8. El abandono del paciente.** La regla es que el médico no puede abandonar su paciente, a no ser en situaciones muy especiales, anotadas en el artículo 61 del Código de Ética Médica, donde puede hasta renunciar al tratamiento, desde que eso sea llevado al conocimiento de su asistido o de sus familiares, y que no haya perjuicio con esa separación. Por otro lado, es muy natural que en una relación profesional, no existiendo más la confianza del paciente, o cuando él no atiende las recomendaciones y las prescripciones médicas, lleguen a un acuerdo, a través del cual el médico sea dispensado de su asistencia.

(\*) Resumen de la conferencia pronunciada en las "Jornadas de Gestión Riesgos Médico Legales para Clínicas y Hospitales" realizadas en Santiago de Chile, de 22 a 23 de marzo de 2002.

Fuente

Medicina Legal <http://www.medicinalegal.com.br/artigos.asp?Crit=27>