



CÓMO PREVENIR PRESUNTAS DEMANDAS DE MALA PRAXIS MÉDICA

Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el número de reclamaciones por presunta **Mala praxis** contra los médicos ha aumentado notablemente en nuestro país y en el mundo, y muchas de ellas no tienen fundamento. El término Mala praxis se comenzó a usar en los Estados Unidos en los años 60, haciendo referencia a una serie de acontecimientos en las que el médico es acusado de no atender eficazmente al paciente. A este hecho se define como la omisión por parte del Médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste; o también cuando el médico a través de un acto propio de su actividad, y en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo. Según Alberto Agrest (2000), la mala praxis es “Toda acción médica errada de acuerdo con la opinión de expertos médicos, no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado”.

Más que a una **negligencia médica**, un tipo de mala praxis en la que existe incumplimiento de los principios de la profesión -“lo que se debe hacer no se hace o sabiendo lo que no se debe hacer lo hace”-, la mayor parte de las reclamaciones son debidas a un mal resultado o a una complicación imprevisible y/o inevitable de la enfermedad, del procedimiento

diagnóstico utilizado o del tratamiento. Esto no es de extrañar, porque la medicina no es una ciencia exacta y su práctica comporta un riesgo para los enfermos. Por otra parte, el ejercicio de la medicina incide sobre los bienes más apreciados de la persona, la salud y la vida. Por tanto, es comprensible que los ciudadanos presenten reclamaciones cuando se producen situaciones que afectan negativamente a su salud y que, con o sin razón, atribuyan culpabilidad al médico.

Generalmente, las reclamaciones judiciales acontecen cuando se han producido unos efectos negativos para la salud del paciente como consecuencia de un acto médico (Ej., complicación quirúrgica o de una exploración, error en una prescripción farmacológica) o de una omisión (Ej. no haber hecho el diagnóstico a tiempo) de los que se culpa al profesional. En algunos casos, más que por daños físicos, se interpone la reclamación, por lo que se consideran daños morales o por pérdidas económicas relacionadas con la actuación del médico (lucro cesante). Por ello es necesario tomar conciencia del valor de desarrollar acciones concretas en materia de administración de riesgos, adoptando una actitud anticipativa y proactiva para prevenir demandas.

El ejercicio de la medicina implica riesgos, lo cual hace que los incidentes y eventos adversos inexorablemente se produzcan, y ni el profesional más encumbrado o la institución más prestigiosa puedan sentirse ajenos

* Profesor Emérito de Pre y Posgrado de la Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Andrés. Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Email: oscar4762@yahoo.es

a esa realidad. La principal dificultad que se presenta a partir de los efectos del ejercicio de esta profesión deriva en que se encuentran en juego los valores humanos más preciados por la sociedad, a saber, la vida y la integridad física y emocional del ser humano. Ello conduce necesariamente que la afectación que se genere a partir de una mala práctica médica significará para una persona un daño considerable. Por lo que, para prevenir las reclamaciones judiciales los profesionales médicos deberían conocer las causas o razones por las que son reclamados por sus pacientes y adoptar las medidas preventivas adecuadas.

Factores de riesgo (Inés M. Ávila)

En el análisis de las tareas preventivas, se debe tener en cuenta los factores que inciden en el incremento del riesgo, ellos son:

- El elevado número de consultas y/o prácticas
- Los conflictos en la Relación Médico-Paciente-Familia
- La documentación médica incompleta o adulterada.
- Un resultado negativo con secuela de lesión y/o muerte.
- La falta de ética profesional, con comentarios adversos hacia otro colega

Para lo cual se debe trabajar con medidas activas de prevención *DISMINUCION DEL RIESGO*, a través de:

- Capacitación Profesional
- Normatización de los Servicios médicos
- Comité médico legal preventivo

Recomendaciones

Las recomendaciones para evitar los riesgos pueden estar orientadas en tres niveles:

- General.
- Institucional.
- Servicios médicos.

- Individual.

Recomendaciones generales

- Documental Médica adecuada: con Historia clínica completa, incluyendo el Consentimiento Informado.
- Relación médico-paciente-familia adecuada para que existan comunicación clara y mayor confianza.
- Guías de atención médica.
- Educación universitaria y Educación médica continua: deben introducir contenidos de Derechos Humanos, Bioética y Derecho Médico, y debe instaurarse el Comité de Ética Hospitalaria.
- Cursos de perfeccionamiento.

Recomendaciones institucionales

- Control de ingreso y egreso de pacientes.
- Adecuado funcionamiento de estadística y archivo.
- Entrega de cadáveres.
- Asesoramiento médico-legal.
- Creación de comités éticos hospitalarios

Recomendaciones en servicios médicos

- Capacitación profesional.
- Integración de departamentos diagnósticos y terapéuticos.
- Guías de atención médica.
- Visitas médicas o Pases de sala, ateneos o reuniones para análisis de casos clínico-quirúrgicos, docencia, etc.
- Como evitar demoras en la atención médica.
- Mejora del confort de los pacientes.
- Centralización de la información.

Recomendaciones a los profesionales médicos:

- Documental Médica adecuada: Historia clínica, Ficha de consultorio externo completas y con confección

correcta.

- Consentimiento Informado.
- Capacitación permanente.
- Buenas condiciones laborales.
- Trato cordial y respetuoso hacia los pacientes y colegas.
- Trato cordial y buena comunicación con el equipo de salud.

Recomendaciones en las derivaciones o referencias y contrareferencias

- Motivo de la derivación o referencia.
- Resumen de Historia clínica.
- Consentimiento informado de derivación o referencia
- Aceptación del centro asistencial.
- Estado actual del paciente de la derivación o referencia
- Seguimiento posterior de la evolución clínica.

La prevención es el pilar fundamental para disminuir las demandas o reclamos por responsabilidad profesional. La principal medida es mantener una buena relación médico paciente, muchas veces una complicación grave puede resolverse sin necesidad de reclamo judicial.

La correcta confección de la Historia clínica y del Consentimiento Informado, son los elementos probatorios más importantes para enfrentar un juicio. Pero hay que recordar que la mejor manera de prevenir es mantener una buena relación médico paciente familia, debido a que la misma se ha constituido en una de las principales causas que genera el aumento de las demandas por mala práctica profesional.

Se considera que en el momento actual, la prevención del riesgo legal de la praxis médica mediante las recomendaciones generales, institucionales, servicios médicos e individuales, constituye una ardua tarea para evitar las graves consecuencias de una demanda judicial con sus repercusiones sociales,

económicas, profesionales, morales y emocionales.

Ante esta realidad actual el médico debe tomar conciencia de la Responsabilidad profesional y de los riesgos legales que el ejercicio de nuestra profesión conlleva, tomar conducta activas individuales de prevención, anteriormente mencionadas.

Causas del incremento de las reclamaciones judiciales

La génesis de las reclamaciones judiciales puede relacionarse con lo siguiente:

- La deficiente formación profesional. En los Estados Unidos se calcula que el 10 % de los médicos no están capacitados para ejercer en forma correcta su profesión. En nuestro país no se conocen cifras al respecto.
- Es más fácil cargar las culpas al médico ante un resultado adverso, que aceptar la existencia de la enfermedad o la muerte. En general todos estamos mal preparados para aceptar dicha circunstancia.
- La desmesurada difusión por los medios masivos de comunicación de los progresos de la ciencia médica ha motivado que el público la considere casi infalible, no permitiéndose aceptar la realidad de los fracasos y por lo tanto incitando a la demanda.
- El deseo del enfermo o sus herederos de lucrar y transformar la fatalidad en un suculento negocio.
- El desconocimiento por parte de los médicos de los deberes inherentes a su profesión y fundamentalmente de la necesidad de elaborar una documentación adecuada de todos sus pacientes. Hay quienes aseguran que con una historia clínica adecuada es casi imposible perder una demanda.

A los factores antes mencionados debemos agregar otras más que pueden incrementar las demandas,

lo que significa una nueva fuente de trabajo para los abogados, como las que se describen a continuación.

- Falta de información y consentimiento, por lo que una gran mayoría de reclamantes aduce falta de información del médico o del equipo médico, ya sea antes de la actuación médica o cuando ya se ha producido el efecto adverso. Si no se ha informado con suficiente precisión de los riesgos y complicaciones que pueden surgir durante o después del acto médico, se da pie a que el reclamante alegue que no tuvo la oportunidad de no aceptar el procedimiento médico que le causó el daño ya que lo hubiera evitado de conocer su riesgo.
- Falta de empatía, cuando la gestión por parte del médico de los sentimientos o expectativas de los ciudadanos tras haberse producido un efecto adverso resulta inadecuada se favorece la presentación de una reclamación. Unas veces esto ocurre por sobrecarga asistencial, pero en otras ocasiones por la incapacidad del profesional de afrontar con habilidad las situaciones que derivan de un mal resultado. Al médico puede costarle pedir excusas por el perjuicio sufrido por el paciente o comprometerse a reparar el daño causado.
- Insatisfacción, muchas reclamaciones se presentan porque el enfermo se siente insatisfecho por el resultado de un acto médico e interpreta que existe responsabilidad del médico por no haber hecho las cosas bien. Un caso particular a tener en cuenta es el error diagnóstico con resultado de nacimiento con malformación fetal y reclamación por pérdida de oportunidad de aborto.
- Desproporción, ocurre cuando se produce un daño desproporcionado por complicaciones raras o muy lesivas en el curso de un acto médico considerado como banal o

poco importante.

- Voluntad de evitar daño a otros en el futuro, algunos demandantes dan como principal motivo de su reclamación, la voluntad de que el juez aplique medidas sancionadoras para que no se vuelva a repetir una situación similar en el futuro y evitar así que otros pacientes experimenten los mismos efectos adversos que ellos han sufrido.

Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala praxis y la responsabilidad profesional

1. Mantener un alto nivel de competencia, a través de la educación médica continua, actualización y certificación.
2. Contar con la acreditación correspondiente:
 - Título y Diploma Universitarios debidamente registrados ante las autoridades competentes
 - Cédula profesional y/o de especialista.
 - Certificación del Consejo de la Especialidad correspondiente.
3. Otorgar atención médica integral, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica.
4. Sustentar la competencia profesional en la disponibilidad de los conocimientos médicos vigentes, en las habilidades requeridas para la realización de los procedimientos a que está comprometido y en el desarrollo de experiencia para la solución de problemas complejos.
5. Referir o transferir al paciente con el médico, a la unidad médica o al nivel de atención que correspondan, cuando se carezca de los elementos necesarios para otorgarle una atención con la calidad y seguridad necesarias.
6. Apoyar las decisiones que se tomen con las evidencias disponibles.

7. Aplicar las medidas de seguridad y prevención de riesgos para los pacientes.
8. Aplicar las Guías de Práctica Clínica.
9. Contar con expediente clínico para cada paciente integrado conforme a la Normas nacionales del Expediente Clínico y las disposiciones oficiales relacionadas.
10. Justificar en el expediente clínico las decisiones que se tomen, especialmente cuando no estén sustentadas en la normatividad vigente.
11. Documentar cuidadosamente los hallazgos clínicos positivos y negativos.
12. Cuidadosa redacción de la historia.
13. De ser necesario referir el paciente a un especialista.
14. En la comunicación con los familiares usar un lenguaje sencillo, no el técnico o tecnolecto.

Prevención de la iatrogenia

Para reducirla al mínimo ineludible:

1. Protocolizar los procedimientos
 - Evitar a toda costa el sufrimiento del paciente.
 - El médico actualizado: ofrece la mejor alternativa de tratamiento.
 - Evitar la polifarmacia y prescribir lo indispensablemente necesario.
2. Referir al enfermo al profesional con más experiencia o preparación.
3. Respetar el principio de autonomía: el paciente informado es corresponsable de la decisión adoptada.
4. Hospitales: comités de tejidos y mortalidad, auditoría interna y externa para analizar y sacar lecciones de los errores.

Responsabilidad de la autoridad sanitaria

1. Debe ofrecer la garantía de condiciones indispensables para el buen desempeño profesional.

2. “El médico debe exigir a las autoridades o responsables de las instituciones en que presta servicio, que provean los medios físicos necesarios y apropiados para la realización del acto médico en condiciones de calidad” (Código de ética y Deontología del Colegio Médico de Bolivia)

La responsabilidad del médico

1. El médico no es “el salvador” con atributos sobrenaturales para curar a los enfermos.
2. El médico es un profesional que brinda sus conocimientos, capacidad técnica y experiencia para lograr la curación del paciente.
2. Jurídicamente el servicio del profesional médico es de tipo contractual de locación de servicios, por el cual se obliga por un contrato tácito de medios pero no de resultados.
3. Como obligación de medios debe prestar cuidado concienzudo y diligente conforme a los conocimientos vigentes de la ciencia, con el objetivo de lograr la curación del paciente.

Prevención del daño comiogenico

1. Actualización profesional continua de médicos, enfermeras y del personal sanitario de apoyo. Incluye a todos los componentes del sistema sanitario: médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, técnicos, personal administrativo y de apoyo así como a los productores de medicamentos, instrumental y equipo médico.

También las decisiones y normas inadecuadas implantadas por los ejecutivos y administradores (sobrecarga laboral, reducción del tiempo por tarea, turnos inadecuados, falta de supervisión).

Ej. Por ejemplo los profesionales médicos deben actualizarse sobre incompatibilidades medicamentosas: la combinación

de la terfenadina (antihistamínico H1) con eritomicina es un riesgo de arritmia maligna.

(Comiogenia: la mala práctica incluye a todos los proveedores responsables de la debida atención a los pacientes en un establecimiento de salud, según Sharpe y Faden. Daño comiogénico: es el causado por los efectos negativos de la atención y tratamiento sufridos por el paciente en un establecimiento de salud)

La debida atención no es una responsabilidad individual sino colectiva en un establecimiento de salud. Involucra a todos los niveles de atención al paciente.

Estrategias preventivas

Las grandes problemáticas que enfrenta la atención médica son la naturaleza de la enfermedad, su causa, su tratamiento y, naturalmente, su diagnóstico. Se han propuesto las siguientes recomendaciones generales para de la atención médica:

- Actualización frecuente y cumplir las normas y procedimientos establecidos (buenas prácticas para mejorar la calidad)
- Aplicar al estudio del error médico la concepción multicausal del proceso salud-enfermedad, en el que este es resultado de múltiples factores y muy rara vez de falta de cuidado o incorrecta conducta de un individuo.
- Aplicar el trabajo en equipo, la amplia participación de los profesionales y establecer políticas dirigidas a prevenir el error médico para lograr su liderazgo.
- Crear o incorporar las nuevas metodologías para el diagnóstico.
- Dar un tratamiento diferenciado al error médico en concordancia con los principios establecidos de la ética médica, con el fin que los errores sean conocidos crítica y científicamente en reuniones de profesionales de salud, con libertad y profundidad necesarias, para

derivar experiencias e impedir su repetición.

- Desmitificar el error médico, especialmente la idea de que el profesional que reporte este tipo de hechos sufre desprestigio, y crear una atmósfera profesional adecuada, fomentando un ambiente positivo para estudiarlo.
- Eliminar las barreras internas y externas que impiden la prevención del error médico.
- Mejorar la supervisión y entrenamiento de los médicos en formación para dotarlos de sensibilidad ante este tipo de problemas y con el propósito de que aprendan a reportarlos, analizarlos y discutirlos en una atmósfera profesional.
- Tener en cuenta principios de razonamiento diagnóstico: hacer un resumen objetivo del caso; ordenar la información; jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa en la fisiopatología de la enfermedad, potencial gravedad, entre otros; agrupar los síntomas y signos encontrados, distinguir entre síndromes; no hipertrofiar el diagnóstico con la creación de síndromes artificiales, ir del síntoma y signo al síndrome, la nosología y la etiología; tener una visión holística que evite el reduccionismo y siempre tomar en cuenta que existen enfermos, no enfermedades.

Guía práctica para prevenir las reclamaciones por mala praxis médica

Para prevenir las reclamaciones por mala práctica es conveniente seguir las siguientes recomendaciones:

Información al paciente

Un principio comúnmente aceptado es que los médicos que comunican bien con sus pacientes son los que menos reclamaciones tienen. El derecho

a la información al paciente es una derivación del *Derecho Humano a la Autonomía* de la voluntad o a la libre determinación de las personas como seres autónomos. Así es como surge el concepto de información clínica y consentimiento informado.

Una gran parte de las reclamaciones atribuyen al médico una falta de información que no permitió que el paciente pudiera negarse al procedimiento diagnóstico o terapéutico que presumiblemente ocasionó el daño o conocer los riesgos el mismo. La ley ampara al paciente al cual no se le ha permitido ejercer su derecho a la autonomía personal. Por esta razón, en los litigios por presunta negligencia médica, cuando no se puede acreditar y documentar que esa información ha sido facilitada –por ejemplo, si no existe un *Documento de Consentimiento Informado* (DCI) suficiente, personalizado y explícito– la sentencia suele ser condenatoria para el médico.

En el DCI, además, deberían constar todos los factores particulares del paciente (antecedentes, edad, tratamientos, comorbilidad) que podrían modificar el riesgo estándar del acto médico propuesto.

El médico debe ser consciente de que ha de invertir el tiempo que sea necesario para informar bien al paciente, dejando bien claro el tratamiento o procedimiento que se le propone y los riesgos que pueden derivarse aunque garantizándole que se tomaran todas las medidas necesarias para prevenirlos. Una buena práctica médica consistiría en preguntar al paciente antes de abandonar la consulta: ¿lo ha comprendido bien?, ¿necesita alguna aclaración más?, anotando en el curso clínico las respuestas.

Seguimiento de las guías clínicas

La práctica médica se considera correcta cuando cumple la *lex artis*. En este sentido, las guías clínicas, protocolos y documentos de consenso constituyen un magnífico ejemplo, algunas veces

único, de aquello que debe hacerse en un caso concreto. Por lo tanto, en un juicio por mala praxis, los abogados reclamantes intentarán demostrar que no existió una buena práctica si no se siguieron los principios contenidos en una guía o cualquier otro equivalente. Si no se siguieron las normas fijadas en las guías clínicas debe anotarse en la historia la razón para adoptar otra estrategia en beneficio del paciente.

Investigar si existen factores de riesgo

Siempre y sistemáticamente antes de aplicar un tratamiento o iniciar una exploración invasiva, el médico debería preguntar al paciente por la posible existencia de alergias a productos que pueden ser utilizados en su exploración como, por ejemplo, los contrastes iodados o los anestésicos locales. Además, debe hacerse un listado de los fármacos que el paciente consume de forma regular para evitar la prescripción de otros medicamentos que pudieran interactuar entre sí o que pudieran provocar hemorragias, caso de la aspirina o los anticoagulantes, al hacerse una exploración invasiva. También debe valorarse la existencia de afección asociada que pueda actuar de concausa patológica en caso de complicación o efecto adverso.

Documentación completa en la historia clínica

Conviene anotar en la historia clínica todo lo que se hace, propone o explica a un enfermo. Igualmente, los argumentos de por qué, en determinado caso, no se ha hecho lo que habitualmente se hubiera hecho normalmente o el motivo por el cual no se ha seguido estrictamente aquello que recomienda una guía clínica. Actuar de esta forma, puede evitar que ante una reclamación y al evaluarse la historia clínica, pueda interpretarse como una omisión o una negligencia médica alguna cosa que el médico ha hecho a consciencia. La historia clínica debe reflejar toda la actividad asistencial y es la garante de esta.

En el área de la prevención, el papel de la Historia Clínica (HC) cumple un rol fundamental. En primer lugar, HC que es el ABC del acto médico, debe ser legible, con notas fechadas y firmadas. Una HC ilegible, incompleta e inadecuada, es similar a una confesión de una prestación médica inadecuada. La H.C no debe ser tomada como un mero acto administrativo o burocrático, cumple un papel fundamental en la calidad de la atención médica (Roberto Vázquez Ferreyra). Otras recomendaciones de importancia señaladas por el exterior autor son las siguientes: a) Consignar en la H.C. el resultado de toda la anamnesis, anotando todos los datos obtenidos, ya sea que corresponda a valores normales; b) La H.C debe ser ordenada, estar actualizada, mostrando la evolución del paciente en el tiempo, relatando todos los acontecimientos y actos médicos que se realizan al paciente, debidamente fechados y con hora, y con identificación de las personas que intervienen y el lugar en que se llevan a cabo; c) Evitar el uso de abreviaturas que el día de mañana no pueden ser descifradas ni por el propio profesional que las escribió. No existe inconveniente en el uso de las abreviaturas internacionalmente aceptadas como RX; d) Anotar en la H.C todas las visitas, atenciones, controles, suministro de medicamentos, etc. que se realizan al paciente, aun cuando todo sea normal y no se presenten signos de alarma. e) Si bien el paciente o sus familiares directos tienen acceso a la H.C, ésta jamás debe salir de la esfera de custodia del médico o institución sanitaria; f) La H.C es el mejor instrumento para documentar la obtención del consentimiento informado del paciente; g) Evitar que terceros no autorizados tengan acceso a la H.C para evitar algún reclamo por violación al Derecho a la Intimidad del paciente; h) Evitar correcciones, raspaduras, borrones, agregados, etc. En caso imprescindible, deberán estar debidamente salvados y explicar el motivo de la corrección. Caso contrario puede ser tomado como una presunción de que se está ocultando alguna

negligencia; i) Conservar la H.C por lo menos 15 años; j) Respecto a las H.C informatizadas, si bien no existe ningún impedimento legal, es aconsejable que el programa sea autorizado por el Colegio Médico a efectos de evitar sorpresas en los tribunales el día de mañana.

Hacer más cosas con menos riesgo en vez de aquella que tiene más riesgo

Antes de proponer una exploración invasiva o un acto terapéutico poco habitual que pueda tener unos potenciales efectos secundarios, conviene detenerse a pensar si el objetivo que se propone, podría conseguirse con una exploración de menor riesgo o con un tratamiento con menos efectos secundarios. Informar de las diferentes alternativas posibles permite al paciente dar su consentimiento y asumir los riesgos.

Hacer listas de verificación para comprobar el cumplimiento de las medidas de seguridad

El término anglosajón reconocido internacionalmente «checklist» (lista de verificación) de la industria aeronáutica se ha implantado en la práctica médica como un elemento de seguridad clínica. Antes de iniciar un procedimiento médico quirúrgico, vale la pena comprobar que en cada caso se cumplen todos los requisitos que, de acuerdo con las guías y protocolos clínicos, se consideren necesarios para una buena atención al paciente. Comprobar la validez del documento de consentimiento informado debe formar parte del checklist.

Evitar hablar mal de otros médicos

Criticar ante el enfermo las actuaciones o diagnósticos de otros profesionales que atendieron al paciente con anterioridad es una práctica deontológicamente reprobable, en parte porque, a menudo, estos comentarios despectivos son el origen de una reclamación, pero también, porque no permiten escuchar los razonamientos del médico al que se critica.

Los diez mandamientos médicos para evitar una demanda por mala praxis

1. El enfermo nunca es objeto, "es sujeto"

Aquí creo convendría denominarlo sujeto activo, es decir participe necesario de su tratamiento y de las decisiones que esto conlleva. Por lo tanto se lo debe tratar como tal.

2. No mentir

Entre los médicos legistas decimos que para mantener una mentira se necesitan 10 personas. En las declaraciones y escritos nunca se debe incurrir en este error. Se debe escribir todo tal cual ocurrió.

Ejemplo: Si el cirujano operó con personal no capacitado debe ponerlo, de lo contrario deberá mentir la enfermera, el anestesista, el cardiólogo, la mucama etc. para sostener esta mentira. Todos serán condenados por falso testimonio.

3. Ser prudente

Sensato, con buen juicio. Significa tener el criterio adecuado y una conducta médica que surja del razonamiento y la información.

4. Adquirir pericia

Todo médico debe formarse, acreditar su formación y demostrarla con hechos. (Por sus frutos lo conoceréis. San. Mateo 15-20).

No debe hacerse lo que no se sabe. No se debe efectuar una práctica en un lugar que no sea adecuado.

5. Ser diligente

Cuidadoso. Esmerado. Poner los medios necesarios para prestar un servicio. Estar verdaderamente al servicio del enfermo considerándolo un TODO.

6. Dejar constancia

Todas las edades fueron caracterizadas por algo. La edad de piedra, la edad de los metales etc. Hoy vivimos la edad del "PAPEL".

En la Justicia lo que no está escrito NO EXISTE.

7. Reconocer los límites

Significa que el médico abandone su soberbia. Sepa decir NO SE o NO PUEDO.

8. Informar por objetivos

Es un método que consiste en ir informando al enfermo y sus familiares en forma escalonada o por etapas. Definir claramente los procedimientos que se van a utilizar.

Ejemplo: La cirugía y sus riesgos. Luego, hablar de las complicaciones. Cuando aparezca la complicación informar cómo se la combatirá y como los familiares pueden colaborar.

9. Hacer sentir a los familiares colaboradores

Recordar que el 20% de los juicios es inducido y fomentado por los familiares. Cuidarse especialmente de los que no viven con el enfermo y son de otra ciudad.

10. Cobrar lo justo

Es una consigna muy importante y el aspecto más difícil. No se debe cobrar de más ni tampoco de menos. Cobrar de más, produce en el otro un sentimiento de estafa. Cobrar de menos, genera desconfianza y no permite al médico disponer de los recursos suficientes para capacitarse y equiparse (por lo tanto no tiene que ofrecer al enfermo).

CONCLUSIONES

La Mala práctica debe ser estudiada y analizada por los médicos y no dejarla en las manos y plumas de los no pocos críticos de la medicina, cuya retórica encuentra en la iatrogenia un blanco demasiado fácil. Las Facultades de Medicina: deben incluir en los currículos el estudio del derecho médico, medicina legal y bioética.

La mejor manera de prevenir reclamaciones por presunta mala praxis, los errores en la práctica médica, la mala práctica, los eventos adversos

y la responsabilidad profesional, es actuar con competencia técnica en el marco de una buena relación médico-paciente. Seguir las normas, protocolos, guías de práctica clínica y tratamientos convencionales de los propios servicios médicos de cada hospital o de las sociedades científicas. Evitar al enfermo riesgos innecesarios en las exploraciones y/o tratamientos. La historia clínica ha de ser completa, dado que es el documento donde se registra todo el curso clínico e incluye los exámenes complementarios, los documentos de consentimiento informado (DCI) y, también, la

argumentación clínica de las decisiones que ha tomado el médico. Ofrecer una información siempre real y objetiva, que no genere falsas expectativas, documentar todo en la historia clínica y obtener, cuando sea necesario, el DCI firmado por el paciente.

En los hospitales debe fomentarse la buena práctica médica y el respeto de los derechos del paciente; además, debe instaurarse el Comité de Ética Hospitalaria con un instrumento al servicio de los funcionarios hospitalarios que orienten, asesoren y faciliten la resolución de conflictos entre trabajadores de la salud y pacientes.

REFERENCIAS

1. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, J. Sala J, Pujol Robinat A, Medallo Muñoz J. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp.* 2012;212(4):198-205
2. Neder JA. Actitud del médico frente a los juicios de mala praxis. *Artroscopia*, Vol. . 4, N° 2 : 90-98, 1997
3. Vincent C, Phillips A, Young M. Why do people sue doctors. A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet.* 1994; 343:1609-13.
4. *Quadern de Bona Pràctica n° 25. El Consentiment Informat. La presa de decisió individualitzada del pacient.* COMB, Barcelona, 2008.
5. Araya Jácome N, Valerio-Monge CJ. Mecanismos de prevención de mala práctica médica. Un enfoque basado en la experiencia Costarricense. *Rev. Latinoam de Derecho Médico y Medicina Legal* 7 (2), Dic. 2002- 8(1), Jun. 2003: 27-34.
6. B. Perea-Pérez, A. Santiago-Sáez, E. Labajo-González, M.E. Albarrán-Juan, J.A. Sánchez-Sánchez. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados *Rev Clin Esp*, 211 (2011), pp. 17-21 Artículo | Medline
7. Alvarado-Guevara AT, Flores-Sandí G. Errores médicos. *Acta méd. costarric.* Vol. 51 (1), enero-marzo 2009
8. Vázquez-Ferreyra R. Consejos para la Prevención de la Mala Praxis Médica: La Historia Clínica. *Delta salud. Un amigo médico.* Rosario, Argentina. www.deltasalud.com
9. A.B. Haynes, T.G. Weiser, W.R. Berry, J.R. Lipsitz, A.H.S. Breizat, E.P. Dellinger A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in global population *N Engl J Med*, 360 (2009), pp. 491-499 Medline
10. VIAÑA F. "Prevención del Riesgo Legal de la Praxis Médica "En Revista Médicos N° 7 y N°8. Colegio de Médicos SDE (1998) p10-11.
11. BARBARELLI J. "Prevención del riesgo médico legal de la Praxis médica en el lugar de trabajo" En VI Jornadas de Prevención del Riesgo Legal de Praxis Médica. AMM. Bs As (2000) p69.
12. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez FJ, Zavala-Villavicencio JA, Vicente-González E, Venegas-Páez F, Campos-Castolo EM, Aguirre-Gas HG. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED* 2012; 17(1):30-43
13. Albújar Baca P. Mala práctica. Colegio Médico del Perú CR1. Conferencia 2013
14. Russo Gerardo. ADEPACI (Asociación Civil Argentina en Defensa del Paciente) complete el formulario de CONSULTA en website <http://www.adepaci.org/espanol/consultas.html>
15. Ramos BN. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad el paciente. *Rev Cuba Salud Pública.* 2005; 31(3). En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu10305.htm Consultado el 27 de diciembre de 2007
16. Guly HR. Diagnostic error in an accident and emergency department. *Emerg Med J.* 2001; 18: 263-269.
17. Flores G. Cómo disminuir los accidentes en la atención de salud mediante calidad total, uso de computadoras y otras medidas. *Rev Latinoam Derecho Médico y Medicina Legal.* 2003; 8:43-54.