

Iatrogenia y medicina defensiva

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



Iatrogenia y medicina defensiva

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Iatrogenia y medicina defensiva. Nº 42 (2017)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-697-2389-0 Depósito Legal: B 9687-2017

Cuadernos
de la Fundació **42**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Introducción

Àngel Puyol y Andreu Segura 7

La ética de la ignorancia y la práctica sanitaria

La perspectiva filosófica

Margarita Boladeras 14

La perspectiva del clínico

Francesc Borrell 26

La medicina defensiva y la iatrogenia

Medicina defensiva o miedo a la responsabilidad

Marc Antoni Broggi 44

Primum nocere: notas en torno a la práctica médica

Pablo de Lora 54

Prevención de la medicina defensiva

Prevención de los efectos adversos sanitarios y contra la medicina defensiva

Juan José Rodríguez Sendín 70

Mala praxis y cobertura de la responsabilidad civil

Francesc José María 77

Aportaciones

Aspectos éticos sobre la seguridad clínica

Josep Ma. Busquets 84

Relación de participantes 86

Títulos publicados 88

INTRODUCCIÓN

La Fundación Víctor Grífols i Lucas y la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) organizaron el 1 de diciembre de 2016 el seminario «Iatrogenia y medicina defensiva». Este cuaderno incluye las ponencias presentadas por los profesionales que participaron en el encuentro.

Iatrogenia significa, según el diccionario de la RAE, una alteración, especialmente negativa, del estado del paciente producida por el médico. El término se emplea por primera vez –que sepamos– en el Manual de Psiquiatría del suizo Eugen Bleuer publicado en 1924 para referirse a los síntomas que el terapeuta induce en un paciente sugestionable. El vocablo se construye con los términos griegos *iatros* (médico) y *genus* (generado, producido), es decir, aquello que genera o produce el médico, aunque se limita a lo que produce daño, un efecto adverso o indeseable.

Que la práctica médica puede resultar dañina es algo que se conoce desde hace mucho tiempo. El código de Hammurabi (cerca de 1800 aC) ya dedica unos cuantos artículos a los efectos de la Medicina, de hecho específicamente de la cirugía, tasando los honorarios de las consecuencias beneficiosas y sancionando –económica o físicamente– las perjudiciales.

Durante el Renacimiento, algunos destacados pensadores españoles se ocupan también, como fray Antonio de Guevara (1480-1545), notorio filósofo de la época, en la epístola que escribe al doctor Melgar, «Del daño y provecho que hacen los médicos»; o incluso Juan Luis Vives (1492-1549) quien, en su libro quinto sobre la Medicina, bajo el epígrafe «Crítica de la profesión médica y defensa de la experiencia», les dedica las siguientes consideraciones:

«Estudiaban, pues, a vistas del lucro, y de esa arte y de todos esos estudios reunieron lo que era más indicado y seguro para hacer dinero, a saber: la historia de los tratamientos curativos, con un muy ligero y a veces nulo conocimiento de la filosofía y de aquel juicio que en la aplicación de los remedios yo dije que era obligado gobernar, pues sus yerros cométense con absoluta impunidad y encima

son retribuidos con una paga. Ni les faltan recursos con que encubrir su fechoría: la desobediencia del enfermo, la virulencia de la enfermedad, fuera de la eficacia curativa de la profesión».

Pero, como es natural, será desde la misma profesión médica desde donde se van a oír voces críticas con las prácticas inadecuadas, entre las cuales destaca la crítica de las sangrías en el tratamiento de la pulmonía publicada en 1828 por Pierre Alexandre Louis (1787-1872), que mereció los ataques de sus colegas y enconadas disputas en la Academia de Medicina de Francia, aunque paulatinamente se fuera desacreditando la práctica indiscriminada de una intervención particularmente iatrogénica. Louis fue de los primeros en sistematizar las observaciones sobre la evolución de los tratamientos desde una perspectiva estadística. Un planteamiento que aportaba cierta racionalidad al precario empirismo de la farmacopea vigente, influida por las doctrinas que desde el galenismo imperaban en la práctica médica y farmacéutica, y que llevaban a una prescripción tan exagerada como inútil, de manera que sir William Osler (1849-1919), reconocido como uno de los padres de la medicina moderna, afirmaba que «uno de los primeros deberes del médico es educar a las masas para que no tomen medicinas». Sin olvidar el meritorio trabajo de Joseph Ignaz Semmelweis (1818-1865) sobre la prevención de las fiebres puerperales en Viena que le costó la expulsión del hospital al proponer a sus colegas que antes de atender a las parteras, luego de las prácticas de disección, se lavaran las manos con una solución desinfectante.

Florence Nightingale (1820-1910), en sus «Notes on hospitals» de 1863, basadas en su experiencia en la guerra de Crimea, señala que «Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño». Y Arthur Bloomfield, quien fuera el jefe del Departamento de Medicina en Stanford desde 1926 a 1954, sentenciaba: «Hay pacientes a los que no podemos ayudar pero ninguno al que no podamos dañar».

Precisamente, Edward Amory Codman (1869-1940) implantaría la notificación de los efectos adversos en las historias clínicas de los pacientes del Hospital General de Massachussets, aunque ello le costara la jubilación anticipada. En cualquier caso, Codman fue el pionero de la acreditación de los centros sanitarios y de la creación, en Chicago en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, una institución independiente fundada

por la American Hospital Association, la American Medical Association y la Canadian Medical Association, conjuntamente con el American College of Surgeons, que desde entonces se ha convertido en la principal institución de acreditación de centros sanitarios y en adalid de la promoción de la calidad asistencial, uno de cuyos ámbitos es el de la seguridad del paciente, sobre todo desde la publicación por parte del Institute of Medicine (IOM), en 1999, del informe «To err is human», que estimaba que los errores médicos hospitalarios constituían entre la 7ª y la 8ª causa de muerte en Estados Unidos. Este dato se completaba con la apreciación de Barbara Starfield, para quien, una vez sumados todos los efectos adversos asociados a la práctica médica, la iatrogenia merecía la ignominiosa medalla de bronce entre todas las causas de defunción; una estimación recientemente corroborada por Martin Makary y Michael Daniel, del Departamento de Cirugía de la Johns Hopkins University, para quienes los errores médicos, en sentido amplio, serían responsables de 250.000 defunciones anuales en Estados Unidos, muchas más que las atribuibles a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (150.000), al suicidio (41.000), a las armas de fuego, o a los accidentes de tráfico (unas 34.000).

La iatrogenia, entendida como el conjunto de efectos adversos que la práctica médica y sanitaria provoca, a menudo se asocia con errores y negligencias de los profesionales. Pero, sin menospreciarlos, tales perjuicios pueden ser consecuencia de otras causas, incluidos los efectos colaterales inevitables de intervenciones adecuadas. El espectacular progreso médico, cuyos logros son indiscutibles, genera tantas expectativas que incluso situaciones que nada tienen que ver, al menos inicialmente, con la fisiopatología, estimulan la demanda de intervenciones médicas de cualquier naturaleza. Una situación que convive con una progresiva banalización de las actividades médicas.

En cualquier caso, el intervencionismo sanitario, que, en cierto modo, es reflejo del consumismo general, fomenta la iatrogenia al no tener en cuenta que no hay intervención médica o sanitaria absolutamente exenta de potenciales consecuencias indeseables. Así, antes de tomar cualquier decisión médica o sanitaria, se deberían sopesar las ventajas y los inconvenientes de cada intervención. Actitud que remite a una ética de la incertidumbre y de la ignorancia que convendría fomentar.

Paradójicamente –al menos en apariencia– una de las causas del incremento de la iatrogenia es la llamada medicina defensiva, cuyo propósito no es el bien del paciente, sino la autoprotección frente a eventuales reclamaciones y litigios, una práctica que en sí misma pone de manifiesto un conflicto de interés que puede ser perjudicial para el paciente, por lo que el código deontológico de la Organización Médica Colegial la proscribió como mala práctica. De ahí el interés de considerar el eventual efecto preventivo que pudiera atribuirse a un baremo de indemnizaciones de los errores médicos.

Como decimos, la medicina defensiva es un problema serio de nuestros días con consecuencias a veces graves: la sobre-medicación, la iatrogenia, el despilfarro de recursos que podrían destinarse a usos más seguros y efectivos, etc. Sin duda, la cultura de la demanda es una de sus causas inmediatas, pero hay otras causas más profundas. La más importante, probablemente, es la desatención a las palabras de Sócrates cuando, preguntando en Delfos al dios Apolo si existía alguien más sabio que el mismo Sócrates, Apolo le contestó que no, porque solo el filósofo ateniense sabía que en realidad no sabía nada. Como Sócrates entendió en su momento, la sabiduría consiste en el conocimiento de nuestras limitaciones, de nuestra propia ignorancia. Esa sabiduría milenaria contrasta con la creencia de la sociedad actual de que la medicina posee un enorme conocimiento sobre la salud y la enfermedad. Y eso es cierto si comparamos lo que la medicina puede hacer hoy en contraste con los tiempos de Sócrates. Sin embargo, la sentencia socrática sigue vigente porque, aunque hoy sabemos más que ayer, nunca podemos decir que el conocimiento médico sea «verdadero», como no es verdadero el conocimiento de ninguna ciencia, ni siquiera de la más pura, como bien sostiene el filósofo Karl Popper. Todo conocimiento científico es siempre provisional, a la espera de que nuevos descubrimientos, nuevas evidencias, lo desmientan en el futuro (¡qué poética contradicción, que una evidencia supere a otra, y así hasta el infinito!). A lo sumo, solo podemos estar seguros de lo que no sabemos, de los experimentos que no salen bien, de las hipótesis que logramos falsar. A eso hay que sumar que cada nuevo descubrimiento generalmente multiplica nuestras preguntas en vez de restarlas. Cuanto más sabemos, más aumentan las preguntas y más conscientes deberíamos ser de que nos faltan más cosas por conocer.

Por eso, la Medicina y los médicos deberían ser más humildes y admitir que no saben tanto como a todos nos gustaría, y los enfermos deberían ser conscientes de que, aunque hoy disponemos de más conocimientos que en cualquier otro período de la historia, sigue sin haber solución a muchas de las más crueles enfermedades que nos acechan. Entender que el conocimiento médico es limitado y que, aunque cada vez es mayor, la ciencia nunca lo podrá convertir en verdadero, es una de las lecciones que la inteligencia de Sócrates y Popper nos enseña todos los días. Esa actitud socrática y popperiana de autocrítica, y el reconocimiento de que a menudo nos vemos obligados a tomar decisiones con una buena dosis de incertidumbre, reduciría la arrogancia de los que creen que saben y, consecuentemente, también disminuiría la medicina defensiva y la iatrogenia. La ignorancia es un signo de desconocimiento, pero el conocimiento de la ignorancia lo es de sabiduría.

Àngel Puyol

Profesor de Ética y Filosofía Política
de la Universidad Autónoma de Barcelona

Andreu Segura

Coordinador del grupo de Ética y Salud Pública de
la Sociedad Española de Salud Pública y
Administración Sanitaria (SESPAS)

**La ética de la ignorancia
y la práctica sanitaria**

Margarita Boladeras

Francesc Borrell

La perspectiva filosófica

Margarita Boladeras

*Catedrática emérita de Filosofía Moral y Política,
Universidad de Barcelona*

1. Introducción

En los últimos treinta años se ha avanzado de manera extraordinaria en el conocimiento tecno-científico en general y el biotecnológico en particular. No podemos más que congratularnos de estos logros que tanto benefician a muchas personas y que dan esperanza a una multitud de seres humanos que confían en el progreso de la ciencia para la solución de sus problemas. Pero en ciertos sectores profesionales y sociales se exhibe una capacidad de poder científico tan grande, que llega a distorsionar la realidad y genera falsas ilusiones a los usuarios, que luego se encuentran con resultados frustrantes, incomprensibles en ese contexto de saber todopoderoso.

La investigación médica es un deber de toda sociedad civilizada y también estamos obligados a la correcta aplicación de los conocimientos que proporciona. La atención sanitaria es una pieza fundamental de la sociedad actual, bien valorada en España por lo general, y merece un respaldo social basado en el reconocimiento de la ardua tarea que ejerce el personal sanitario. Muchos profesionales saben que pueden hacer cosas maravillosas y se sienten orgullosos con razón; pero la cuestión es si la sociedad en general y el sistema sanitario en particular, tienen una percepción adecuada de los límites del conocimiento y de las posibilidades de actuación.

En este contexto pretendo dialogar con ustedes sobre: ¿Qué podemos decir de la ciencia de la Medicina? ¿Qué significa su «correcta aplicación»? No se asusten, con la primera pregunta no pretendo entrar en una disquisición sobre la epistemología de la Medicina, simplemente voy a hacer algunas consideraciones sobre el método científico y la Medicina. Con la segunda me propongo una reflexión sobre la ética de las profesiones sanitarias muy vinculada a la primera.

2. Diversas concepciones de ciencia. Ciencia e ideología

En la actualidad está muy extendida la concepción científicista de corte positivista que considera que no hay más conocimiento que el de las ciencias experimentales, que pueden explicarnos la verdad sobre todas las cosas y que permitirán alcanzar el mayor grado de bienestar y de desarrollo de los humanos. Además, en los últimos años, se propagan ideas sobre el post-humanismo y el trans-humanismo que plantean la realización del superhombre en un mundo feliz en el que se alcanzará la mejora del ser humano y la inmortalidad gracias a la ciencia. Del carácter riguroso de la ciencia se pasa a la ideología de que la ciencia puede resolver todos los problemas de nuestro mundo. Muchas personas creen en el carácter infalible de la ciencia, en la necesidad imperiosa de sus aplicaciones en todos los aspectos de la vida, incluyendo la toma de decisiones humanas, para la que debe ser una referencia absoluta.

Desde luego, no seré yo quien niegue el potencial transformador de la ciencia ni la importancia de tener en cuenta el conocimiento empírico para la toma de decisiones; sin embargo, es conveniente recordar que en muchas situaciones humanas los objetivos, los motivos subjetivos y los derechos reconocidos por la sociedad a los individuos han de considerarse tanto o más que los datos de las ciencias empíricas; las explicaciones de estas se circunscriben a límites muy precisos y debemos ser conscientes de ello. Cuando saltamos estos límites no estamos en el terreno de lo científico, sino en el ámbito de la ideología.

Esta ideologización de lo científico no se da en muchos investigadores que conocen bien su oficio. Los teóricos de la ciencia del siglo xx explicaron con detalle el carácter conjetural, estadístico o probabilístico de los distintos tipos de conocimiento empírico. Karl Popper¹ es uno de los más famosos y algunas de sus teorías son muy conocidas; por ejemplo, su idea de que el proceso científico parte de problemas, no de hechos, y no procede de manera inductiva sino que sigue un razonamiento hipotético-deductivo en un proceso de ensayo-error, así como la de que nunca podemos confirmar de manera definitiva y absoluta la verdad de nuestras hipótesis (falibilidad de la ciencia) y solo es posible la certeza de la refutación, que, cuando se produce, nos obliga

a reformular o a cambiar las hipótesis. Desde dicha perspectiva, el error cobra una nueva dimensión, ya que para el desarrollo del conocimiento no solo es importante la confirmación de nuestras hipótesis sino que es decisiva la detección de los errores, que nos obligan a reconsiderar nuestros supuestos teóricos y el aparato conceptual y material que utilizamos en las investigaciones. El saber del error es útil para la ciencia y, por ello, Popper habla de la heurística del error; afirma que el reconocimiento de los errores puede ofrecer una guía para indagar la manera de llegar a un descubrimiento.

Aunque no trata del tema en su obra, Popper conocía el «método socrático» que había «resucitado» Leonard Nelson² a partir del diálogo socrático, y que desarrolló aplicándolo a diversos ámbitos de la realidad. Nelson insistía en la necesidad de reconocer la importancia de «saber que no se sabe», esa afirmación atribuida a Sócrates y muchas veces mal explicada. Se suele decir que Sócrates afirmó: «solo sé que no sé nada», una frase paradójica que puede ser contradictoria según el nexo que se establezca entre la primera y la segunda parte de la oración. Pero lo que escribe Platón en su *Apología de Sócrates* no es exactamente eso. En el discurso de Sócrates ante sus acusadores y jueces que nos transmite su conciudadano, expone su búsqueda para encontrar sentido a lo que había dicho la Pitia del oráculo de Delfos. Querofonte había preguntado al oráculo si había alguien más sabio que Sócrates y la Pitia respondió que «nadie era más sabio». Sócrates se quedó perplejo porque tenía conciencia de que no era sabio, pero el oráculo no podía mentir, por lo que inició una investigación para comprender lo que «en verdad quería decir». Habló con muchas personas distintas, políticos, poetas, artesanos y pudo constatar que en todos los casos sus interlocutores sabían cosas que él no sabía, pero orgullosos de su excelencia en un determinado arte estimaban que eran también sabios respecto a las demás cosas y «ese error velaba su sabiduría». Así llega a la conclusión de que, si es más sabio que otros en algo, es porque no sabe y reconoce que no sabe,³ tiene capacidad crítica para detectar prejuicios, supuestos infundados, falsas creencias, etcétera, algo de lo que carecen los demás. Sócrates dice que no enseña, sino que ayuda a los que dialogan con él a darse cuenta de la inconsistencia de sus supuestos conocimientos. El método socrático consiste precisamente en razonar a través del diálogo para llegar a entender que aquello que creemos saber, en muchos

casos, no se sostiene ante un análisis minucioso. El más sabio es el que es capaz de descubrir lo que no sabe, porque su capacidad de discernimiento le permite detectar los errores de los supuestos saberes. La búsqueda de la verdad requiere razonamiento y honestidad, no solo intelectual sino humana.

La posición de Sócrates es relevante desde el punto de vista epistemológico y desde el punto de vista ético, como ocurre también con las teorías de Karl Popper. Podemos hablar de la ética de la ignorancia para referirnos a ello. Más adelante veremos que algunos médicos han utilizado este término con muy buen sentido.

3. Ética de la investigación, ética profesional

Cuando Popper fue investido doctor *honoris causa* por la Universidad Complutense de Madrid en 1991, su lección magistral versó sobre «Doce principios para una nueva ética profesional».⁴ Me referiré a los más relevantes para nuestro contexto:

4. Los errores pueden existir ocultos al conocimiento de todos, incluso en nuestras teorías mejor comprobadas; así la tarea específica del científico es buscar tales errores.
5. Por lo tanto, tenemos que cambiar nuestra actitud hacia nuestros errores. Es aquí donde hay que empezar nuestra reforma práctica de la ética. Porque la actitud de la antigua ética profesional nos obliga a tapar nuestros errores, a mantenerlos secretos y a olvidarnos de ellos tan pronto como sea posible.
10. Debemos tener claro en nuestra mente que necesitamos a los demás para descubrir y corregir nuestros errores y, sobre todo, necesitamos a gente que se haya educado con diferentes ideas, en un mundo cultural distinto. Así se consigue la tolerancia.
11. Debemos aprender que la autocrítica es la mejor crítica, pero que la crítica de los demás es una necesidad. Tiene casi la misma importancia que la autocrítica.

La nueva ética profesional ha de ser consciente de esa realidad y practicar el examen crítico en todo momento, con ayuda de los demás, porque el avance en el razonamiento riguroso requiere el diálogo crítico.

Popper se dirige a los científicos cuando plantea sus principios. Es una propuesta de actitud y de práctica científica que considera necesarias para el progreso del conocimiento riguroso. Podemos preguntarnos en qué medida los científicos tienen consciencia de ello. ¿Son relevantes estas ideas para la práctica médica?

4. El conocimiento de la Medicina

La Medicina desarrolla un saber basado en la experiencia y en la interrelación con otras disciplinas. Raúl León Barúa⁵ lo describe así:

«la Medicina es “la disciplina y actividad que busca conservar y enriquecer la salud y curar o aliviar las enfermedades”. [...] la Medicina comparte, con otras disciplinas y actividades, componentes de conceptos, procedimientos y recursos materiales».

«A través del tiempo y con el progreso de la civilización y el avance cultural, los conceptos médicos se han ido haciendo más científicos, los procedimientos más técnicos, y los recursos más tecnológicos, sin querer esto decir que la ciencia, la técnica y la tecnología lo son todo en Medicina. Muchas veces conceptos médicos tienen la forma científica pero carecen de una comprobación estricta, como la ciencia lo requiere. Y no se puede ni se debe ignorar que el efecto curativo del médico y sus medicinas tienen siempre un contenido de sugestión, conocido generalmente como efecto placebo.»⁶

Hablar de «comprobación estricta» es mucho decir en cualquier ciencia, pero es evidente que en Medicina se emplean muchas veces procedimientos con menos posibilidades de control de las variables, más indirectos, probabilísticos, estadísticos y aleatorios que en otras disciplinas. Es evidente que han demostrado su utilidad para conocer determinados aspectos de la realidad, pero hay que reconocer sus limitaciones. Los profesionales sanitarios y el público en general deberíamos tener claro que la Medicina no tiene respuestas para todo, no puede explicar con precisión las causas de muchos estados

patológicos, ni todas las reacciones producidas por ciertos fármacos, ni puede actuar en muchas ocasiones. Y, ciertamente, también, puede causar daño cuando se practica sin calibrar bien sus limitaciones.

Juan Gérvas y Elena Serrano han escrito sobre la incertidumbre con la que tienen que trabajar los médicos en su artículo «Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia»:

«La incertidumbre es consustancial a la decisión. Es imposible decidir con certeza absoluta por mucho que se controlen las condiciones pasadas y presentes. Ni siquiera en los experimentos físicos de laboratorio de investigación se tiene certeza de los resultados, y solo cabe el obtener medias para acercarnos a los resultados verdaderos. La cuestión es ardua en Medicina, pues hay que decidir generalmente con rapidez y en condiciones de gran incertidumbre, y las decisiones tienen impacto en la salud del paciente y en el coste de la atención. Esto es así sobre todo en Atención Primaria, pues los problemas se ven en toda su evolución, desde síntomas vagos a cuadros floridos, y muchas veces no se llega a un diagnóstico que justifique una intervención concreta.»⁷

«Ante la incertidumbre, desde el punto de vista del paciente, es imprescindible que el médico general comparta su ignorancia, y la ignorancia de la ciencia al respecto. Es la ética de la ignorancia. El paciente precisa una apreciación que le tranquilice, pero la tranquilidad no equivale de ninguna forma a falsa seguridad, a mentir al paciente. Se tranquiliza al paciente con un curso de acción prudente, que incluye compartir la ignorancia, dar tiempo al tiempo y a la “espera expectante”.»⁸

Toman el término «ética de la ignorancia» del médico inglés Richard Smith (1992).⁹ Defienden que saber cuidar a pesar de la incertidumbre y reconocer la ignorancia es algo fundamental en la práctica médica. En su opinión «los especialistas rechazan la incertidumbre y buscan la (falsa) certeza del diagnóstico. Esta modalidad de aversión al riesgo como aversión a la incertidumbre lleva a la intolerancia hacia la decisión sin diagnóstico, lo que retrasa en muchos casos la curación (y contribuye a crear listas de pacientes, tanto en especializada como en primaria).»¹⁰

5. Ética de la ignorancia. Ética de la práctica sanitaria

Richard Smith, editor del *British Medical Journal* desde 1979 hasta 2004, escribió en 1992 un artículo sobre la «ética de la ignorancia». En él pone de manifiesto que las intervenciones médicas se llevan a cabo en muchas ocasiones a partir de evidencias científicas muy débiles y en algunos casos simplemente no existen. Esta afirmación se basa en los estudios del profesor Eddy,¹¹ un cirujano americano especialista en cardiología torácica y doctor en Matemáticas, que ha encontrado que solo alrededor del 15% de las intervenciones médicas se sustentan en evidencias científicas sólidas, el resto, es decir el 85%, no. Para ello hizo una consulta a un grupo de expertos y les pidió primero que determinaran los resultados en los que estaban interesados y, luego, que agruparan todas las evidencias o pruebas relevantes y las clasificaran por su calidad; de los 21 problemas examinados, los expertos consideraron que la evidencia era nula o pobre.¹²

Otros autores, como sir Douglas Black, del Royal College of Physicians de Londres o Williamson, Goldschmidt y Colton también han estudiado esta cuestión.¹³

Smith subraya que ningún tratamiento está exento de riesgos y que, si los médicos utilizan procedimientos sin tener pruebas científicas sólidas del beneficio posible, exponen a los pacientes a riesgos sin obtener beneficios. El deber de no maleficencia obliga a reconsiderar muchas prácticas de recetas e intervenciones que no ofrecen ninguna garantía, que incluso son fútiles pero que pueden tener efectos no deseados. Hay que ser más analíticos y críticos con las aplicaciones y técnicas sanitarias.

Es bien sabido que Ivan Illich definió la iatrogenia en su libro *Némesis médica: la expropiación de la salud* de 1975: «las enfermedades iatrogénicas clínicas comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos los remedios, los médicos o los hospitales».¹⁴ Illich es considerado como un radical, pero, como hemos visto, no es necesario ser un revolucionario para reconocer que debemos estar alerta ante las contradicciones que actualmente se dan en Medicina.

La enseñanza socrática puede sernos útil en nuestros días. Un filósofo francés, Roger-Pol Droit, ha afirmado hace poco, que «los filósofos somos los guardianes de la ignorancia contra la arrogancia de los expertos».¹⁵ Esto «no quiere decir que [los filósofos] sean amigos del oscurantismo, sino que, en una época en la que el saber se ha multiplicado, uno de los papeles de los filósofos es recordar los límites de nuestro saber». Yo pienso que los filósofos tenemos una responsabilidad especial en esta cuestión, pero no debemos ser los únicos guardianes. Todo profesional debe ser consciente de los límites de su conocimiento y de las prácticas que son eficaces y adecuadas en cada caso, y, cuando no lo sabe, ha de buscar los recursos necesarios para no ser maleficente; también debe trasladar a la sociedad la realidad de sus posibilidades, sin falsas atribuciones de control de lo que está fuera de su alcance.

En este punto los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad, que no siempre ejercen. Algunos periodistas reconocen esta situación, pero no es fácil evitar la mala divulgación y las erróneas explicaciones de lo que supone un descubrimiento. Los científicos y los colegios profesionales deberían criticar más las falsas o equívocas noticias de los periódicos sobre ciencia y tecnología.

6. Conclusiones

La ignorancia tiene dos caras que tenemos que aprender a distinguir. Como dijo Aristóteles, la ignorancia es el origen del mal. Combatir la ignorancia es una necesidad de primer orden en toda sociedad. Pero reconocer la ignorancia es una virtud, porque es el paso necesario en el camino del conocimiento de la verdad, un camino arduo que no acaba nunca. Con mucho esfuerzo vamos descubriendo partes de la verdad, que hay que recomponer paso a paso, a través de métodos críticos (analíticos, empíricos y racionales).

Si toda ciencia tiene sus limitaciones, tanto más la Medicina que se construye y trabaja en un ámbito interdisciplinario muy complejo para tratar a personas, que son un compendio de variables incontrolables y un todo en sí mismas que trasciende el conocimiento de las partes. Hay que combatir las falsas ideas sobre lo que puede y no puede hacer la Medicina.

La correcta comunicación de los enormes progresos de la Medicina es un deber de toda sociedad democrática; también de sus fracasos. Es una gran responsabilidad de los investigadores, periodistas, agentes institucionales y todos aquellos que tengan voz en el espacio público.

El diálogo con los usuarios de la Medicina ha de ser franco y abierto, sin ocultar las incertidumbres de la situación. Sin embargo, «diálogo» significa un proceso en el que se prepara el terreno para la correcta comprensión de lo que se pretende transmitir y, a menudo, debe prolongarse en el tiempo para que surta el efecto necesario. No se pueden dar ciertas noticias sin preparación; no se puede utilizar un lenguaje incomprensible para el interlocutor; no se puede prescindir de su voluntad en la toma de decisiones. La voluntad de las personas no es algo inmóvil y permanente, sino que fluctúa y cambia; Habermas¹⁶ habla de «la formación discursiva de la voluntad»; el diálogo transmite estímulos que pueden incidir en la volición de los sujetos, en la creación de convicciones. Una buena comunicación es fundamental en la práctica médica y, por ello, uno de los principios más importantes de la deontología profesional.

Evitar la iatrogenia debe ser un objetivo principal de todo sistema sanitario. Se suele producir porque se prefiere actuar a no actuar o se demora la actuación a la espera de pruebas diagnósticas que pueden tardar meses. Hay que profundizar en el análisis de lo que está pasando y aplicar los remedios necesarios.

Notas

1. Karl Popper nació en Viena en 1902. En la Universidad de Viena estudió Filosofía, Psicología, Matemáticas y Física. Su tío Walter Schiff era profesor de Estadística y Economía en dicha universidad y le ayudó a introducirse en los problemas matemáticos y las teorías probabilísticas. Conoció a los empiristas lógicos del Círculo de Viena, que fueron objeto de sus críticas. En 1928, presentó su tesis de doctorado sobre «El problema del método en la psicología del pensar». En 1934, publicó una de sus obras más influyentes, llamada *Lógica de la investigación científica*. Fue profes-

or en el Canterbury Un. College de Christchurch (Nueva Zelanda) y en la London School of Economics, recibiendo la distinción de profesor honorario de las universidades de Londres, Chicago, Canterbury, Guelph (Ontario), Viena, Mannheim, Salzburg, Cambridge, etc. Murió en 1994. Véase, Boladeras M, Popper (1902-1994), Madrid: Ediciones del Orto; 1997. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/31859004_Karl_R_Popper_1902-1994_M_Boladeras_Cucurella.

2. Leonard Nelson (1882-1927) fue profesor de Filosofía en la Universidad de Göttingen. Sus alumnos le consideraban el Sócrates del siglo xx porque en sus clases ponía en juego su ideal de método socrático: planteamiento de un problema, discusión crítica y búsqueda de soluciones. Véase: Boladeras M, Leonard Nelson, filósofo de nuestro siglo, Convivium. 1974; 42, p. 51-70. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39119324_Leonard_Nelson_filosofo_de_nuestro_siglo.

Hace unos años se presentó una tesis sobre este autor en la Universidad Complutense de Madrid, dirigida por Diego Gracia y Graciano González: Dordoni P. Bioética y Pluralismo: El Método Socrático en la Tradición de Leonard Nelson y Gustav Heckmann en Medicina, 499 p.; 2007. Disponible en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28416.pdf>.

Heckmann y otros psicoterapeutas como Ellis aplicaron el método socrático en su práctica profesional y algunos filósofos lo utilizaron en el desarrollo de una forma de *counseling* filosófico. Achenbach, Gerd B. Philosophie, Philosophische Praxis und Psychotherapie. En: Philosophische Praxis. Vorträge und Aufsätze, Köln: Verl. für Philosophie Dinter; 1984. p. 81-96. Prins-Bakker A, Philosophy in Marriage Counseling. En: Lahav R y Tillmanns MV (eds.), Essays on Philosophical Counseling, Lanham: University Press of America; 1995, p. 135-151. Lindseth A. Von der Methode der Philosophischen Praxis als dialogischer Beratung. En: Staude D (ed.); 1995. Methoden philosophischer Praxis. Ein Handbuch, Bielefeld: Transcript, p. 67-100. Ruschmann E, Philosophische Beratung, Stuttgart: W. Kohlhammer. 1999. Schuster, Shlomit C, Philosophical Counselling, Journal of Applied Philosophy. 1991; 8(2): 219-223.

3. Platón, Apología de Sócrates, 21d: οὗτος μὲν οἶεται τι εἰδέναι οὐκ εἰδώς, ἐγὼ δέ, ὥσπερ οὖν οὐκ οἶδα, οὐδὲ οἶμαι. Este hombre cree saber algo y no lo sabe, en cambio yo, así como, en efecto, no sé, tampoco creo saber (traducción de la versión de Platón, Diálogos. Madrid: Gredos; 1981).
4. Disponible en: http://elpais.com/diario/1991/10/29/cultura/688690801_850215.html.
5. Profesor Principal de Medicina, Miembro del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, profesor de la Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
6. León Barúa R. Filosofía de la Medicina. Definición de la Medicina, Diagnóstico. 2002; 1(42). Disponible en <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2002/marabr02/80-82.html>. León Barúa R, Berendson-Seminario R. Medicina teórica. Definición de la Medicina y su relación con la biología, Rev Med Hered. 1996; 7(1): 1-3.
7. Gérvas J y Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia, capítulo 11 del libro VV.AA., Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS; 2010. p. 247.
8. *Ibidem*, p. 249.
9. Smith R. The ethics of ignorance, J Med Ethics. 1992; 18: 117-34.
10. Gérvas J y Serrano E. op. cit., 7.
11. Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. Health affairs. 1984; (3)2: 74-89. Eddy DM, Billings JD. The quality of medical evidence and medical practice, Paper prepared for the National Leadership Commission on Health Care, publicado luego como The quality of medical evidence: implications for quality of care, Health Aff (Millwood). 1988 primavera, 7(1): 19-32.
12. *Ibidem*, p. 118.
13. Williamson JW, Goldschidt PG, Colton T. The quality of medical literature: an analysis of validation assessments. En Bailar JC y Mosteller F. Medical uses of statistics. Waltham, Mass: NEJM Books; 1986.
14. Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Ed; 1975. Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health. Londres: Marion Boyars; 1976.
15. Diari Ara, 15/03/2015.
16. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1987.

La perspectiva del clínico

Francesc Borrell

Médico de Familia. EAP Gavarra, ICS. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Barcelona

Los clínicos estamos permanentemente negociando con la ignorancia. En realidad, nuestras creencias son probabilísticas y nos conformamos con que nuestras apreciaciones sobre la salud de nuestros pacientes sean plausibles. Vivimos siempre en un equilibrio entre el esfuerzo por diagnosticar, el pronóstico y la información que debemos dar al paciente. Un triángulo terrible cuando se trata de dar malas noticias, y no digamos cuando —por activa o pasiva— hemos causado un empeoramiento en la salud del consultante. En tales circunstancias, aparecen tres palabras que suelen monopolizar el debate:

- Impericia: es decir, lo que debiera saber por mi posición profesional e ignoro.
- Negligencia: o sea, lo que sé hacer lo hago mal, ya sea porque no estaba suficientemente concentrado o porque no empleé a fondo mis facultades.
- Imprudencia: es decir, cuando con mis conocimientos intenté hacer algo para lo que no estaba preparado, o que no era correcto hacer.

A pesar de su importancia estos conceptos son objeto de disertaciones deónicas, pero no éticas. Tal vez porque la ética —en este caso la ética que versa sobre la seguridad clínica,¹ y más concretamente sobre las decisiones tomadas con incertidumbre— busca más bien comprender que sancionar, proporcionar instrumentos para la mejora de la reflexión más que establecer normas de conducta ante situaciones de conflicto. Esta ética de la incertidumbre —a la que llamaremos «ética de la ignorancia» (enfaticando así el lado más incómodo)— tendría como objetivo estudiar las condiciones que nos hacen ser más libres y responsables.

Propongo que realicemos esta reflexión —insisto, para nada deóntica—, a partir de algunos diálogos habituales en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

Incertidumbre y malas noticias

1.º diálogo. Una radiografía con desagradable sorpresa

Paciente: Doctora, ¿ha recibido la radiografía de tórax?

La doctora, en efecto, localiza la radiografía y observa una imagen anormal que podría corresponder a una «suelta de globos».

Doctora: Vaya, ha llegado, pero sin el informe del radiólogo. Este informe es necesario para darle el resultado. En 2 o 3 días lo tendré y la llamaré por teléfono.

Pregunta: ¿Debería la doctora informar acerca de sus sospechas? ¿Supone un cierto paternalismo no hacerlo?

En este sentido, ignorar no significa que no sepamos cosas. Cuanto más importantes sean las consecuencias de estas sospechas, con mayor prudencia debemos manejarlas. Para muchas personas resulta complicado distinguir entre una hipótesis y una certeza. Una frase del tipo «tenemos que comprobar que esta imagen de su radiografía no sea cáncer de pulmón» suele traducirse por lo general como «me han dicho que tengo cáncer de pulmón». Por consiguiente, el principio de no maleficencia nos ampara a la hora de acometer con sumo tiento estos diálogos y demorar la comunicación de *sospechas* de enfermedades graves.

Es interesante hacer notar que la doctora, a pesar de estar «casi segura» de que la imagen es una «suelta de globos», retiene sin embargo dicha información para estar «del todo segura». Esto desvela un mecanismo psicológico muy humano por el cual *adaptamos nuestro grado de seguridad al contexto que vivimos*. En el caso que analizamos, la doctora puede y sabe crear un espacio de reflexión antes de emitir una sospecha diagnóstica. Quizás en otra situación se forzaría a ser más expeditiva, y diría por ejemplo: «Creo que tiene una enfermedad grave y la derivo a urgencias del hospital». Si no lo hace es porque valora riesgos y certezas con objeto de lograr el mayor bien del paciente.

Esta capacidad para modular nuestro grado de certeza puede volverse en contra nuestra. Imaginemos que estamos visitando en su domicilio, a las tres de la madrugada, a un paciente afectado por un dolor en punta de costado brusco, seguido de disnea y fiebre. Remotamente pensamos que puede tener un TEP (tromboembolismo pulmonar), pero también una pulmonía. Desde luego, el primer diagnóstico equivale a movilizar una ambulancia, avisar a familiares para que presten su apoyo, etcétera, etcétera, mientras que el segundo se resuelve con unas recetas y varios consejos. En estos casos, el cansancio puede ser un factor decisivo para «convencerme» de que estoy frente a una pulmonía y desechar la hipótesis de un TEP. Por consiguiente, «no saber» es diferente de autoengañarme. Cuando me reconozco en la incertidumbre me veo obligado a activar una serie de mecanismos de reaseguramiento —entre otros, consultar a colegas o leer guías clínicas— que me ahorro con el autoengaño.

En términos lógicos, me autoengaño *cuando escojo entre varias opciones la más conveniente a mis fines, sin valorar la plausibilidad de cada opción*. Sin embargo, en términos psicológicos el autoengaño es más complicado. Puede haber pereza, sí, pero también un fuerte deseo benefactor. En un contexto en que ningún diagnóstico me resulta evidente hay oportunidades para un autoengaño y la frontera entre uno y otro se debilita porque entra en juego el deseo de que el paciente tenga tal o cual enfermedad. Me puede venir bien que este paciente de las tres de la madrugada tenga una pulmonía, o que esta señora del dolor lumbar sufra un cólico renal, como otras veces. Deseamos lo conocido, lo que puedo controlar con más eficiencia. Pero asimismo también queremos lo que puede ser más cómodo y de mejor pronóstico para el paciente (sobre todo cuando hay querencia hacia él, de ahí el peligro de visitar a familiares o amigos). Se equivoca por tanto quien cree que las decisiones se realizan en un plano meramente lógico, o que por mera voluntad puedo manipular los deseos. Sin duda, esto nos lleva a un terreno pantanoso: ¿hasta qué punto soy «responsable» de mis autoengaños? ¿Hasta qué punto tengo conciencia de que me estoy autoengañando?

Pero volvamos al caso que nos ocupa. Fácilmente llegaremos a un consenso: estamos de acuerdo en que la conducta de la doctora en el primer diálogo es prudente y responsable. Supongamos ahora que el radiólogo le dice que son lesiones antiguas, que no se preocupe: ¿debería la doctora desechar su hipóte-

sis? ¡Qué gran excusa cuando un colega especialista desestima por improbable una hipótesis enjundiosa! No obstante, esta doctora actuaría irresponsablemente si su grado de sospecha de una «suelta de globos» es alta. Su mejor conducta sería buscar una segunda y tercera opinión, o bien solicitar un TAC pulmonar u otras pruebas de imagen. Esta persistencia en seguir «su propia intuición», que podría ser tildada de empecinamiento, es en realidad el «valor añadido» de esta doctora. Su aportación más personal a la salud de su paciente.

En este punto afloran dos aspectos intrínsecos al buen clínico: siempre será alguien que ha *educado su percepción*, que ha adquirido una *mirada semiológica*, y segundo, siempre será alguien con criterio propio, o lo que es lo mismo, alguien que ejercerá una «independencia de criterio» (por ejemplo persistiendo en su búsqueda a pesar de la orientación diagnóstica del radiólogo). Con el paso de los años este clínico confiará cada vez más en su propio criterio, pues este será fuente de aciertos («menos mal que usted me dijo que no era Parkinson, sino aquella medicina que tomaba; no sé qué habría pasado si hubiera continuado con aquel tratamiento»). Los éxitos diagnósticos aumentarán su confianza, incluso al punto de caer en el exceso de seguridad (*overconfidence*), por no decir (a veces) en la petulancia. Sin llegar a este extremo podemos afirmar que *un clínico vale por su criterio*, porque llega a él sin contagiarse perezosamente de criterios de otros colegas y es capaz de contrastar su percepción y su apreciación con otras percepciones y otras apreciaciones. Como diría Nietzsche, «sin pereza de pensar».

Las condiciones necesarias para este cavilar tan valioso es gestionar la pereza, el miedo y, sobre todo, las prisas. Disponer o saberse dar tiempo para reflexionar acerca de cada paciente. ¡Ojalá pudiéramos cuantificar los «pacientes reflexionados» en nuestras consultas, en lugar de tantos indicadores de calidad absurdos! Por ejemplo, cuando buscamos otros puntos de vista sobre la salud de nuestros pacientes, presentando un caso en sesión clínica. Al respecto, un indicador de madurez de los equipos médicos es el grado con que sus componentes consultan entre sí casos clínicos. Tengo derecho a no saber, pero no a *no saber qué debo hacer*, así como el deber de saber *si mi ignorancia es solo mía o de todos*, o si hay otras perspectivas sobre ese paciente que iluminen más (¡aun cuando crea saberlo todo sobre él!), relativizando así el valor de lo que creo saber.

Imaginemos ahora que en efecto estamos en presencia de una «suelta de globos» y se produce la continuación del diálogo de esta suerte:

2.º diálogo. Comunicar una mala noticia

Paciente: ¿Qué me han visto, doctora?

Doctora: No estamos seguros... Debemos hacer más pruebas... ¿Tiene radiografías antiguas? Nos serían de mucha utilidad.

Paciente: Lo miraré... Pero ¿a usted le parece que puede ser grave? ¿Me tengo que preocupar?

Doctora: En estos momentos es demasiado prematuro dar un diagnóstico. Pero le pido este TAC urgente, prefiero correr por si acaso...

Pregunta: ¿No cayó esta doctora nuevamente en un cierto paternalismo?

Una persona ignorante de la comunicación así lo afirmaría. Sin embargo, no desdeñemos el poder de la expresión «prefiero correr por si acaso...». Esta frase pone en alerta al paciente: «algo no va bien». Desde luego, el paciente tiene derecho a saberlo todo con respecto a su situación. Pero aún tenemos que hacer comprobaciones, alcanzar un grado de diagnóstico más fiable y, sobre todo, no perder de vista que comunicar malas noticias es un proceso y no una cuestión que pueda despacharse en una sola visita. Por consiguiente, estoy aplicando una *regla de gradualidad*: suministro la información a lo largo de un *proceso* temporal (no en una única visita), adaptándola a la plausibilidad del diagnóstico, con prudencia y según las características del paciente. Pero también aplico al menos dos reglas más:

Regla de la proporcionalidad

Según esta, cuanto mayor sea la percepción de gravedad que tenga el paciente, mayor deberá ser el número de medios apropiados que tendré que activar. De lo contrario, el paciente buscará otro facultativo.

Este punto tiene una extraordinaria importancia en la posterior discusión que entablaremos acerca de la medicina defensiva. Si pierdo al paciente porque este estaba empeñado en hacerse una radiografía o una analítica y «no le tocaba», casi seguro que acabará haciéndose tales pruebas en urgencias

o con otro colega, deteriorándose así la relación médico-paciente. En un SNS que precisa para su sostén de una contención de costes, la confianza entre el médico de cabecera y sus pacientes es vital. Desde luego, «no todo vale», no podemos caer en una «medicina satisfactiva». Sin embargo, la confianza (y su pérdida) posee un valor que debe entrar en el cálculo de nuestras decisiones. Para decirlo en términos economicistas, si cedo en un TAC para ganarme la confianza de un paciente multidemandante (pongamos incluso hipocondríaco), consiguiendo así que me tenga como referente, en unos cuantos meses devolveré con creces esta inversión. Por el contrario, cuando ante una lesión de poca enjundia solicito pruebas innecesarias por deseo del paciente (*medicina satisfactiva*), o a causa de un círculo tóxico entre proveedores (*medicina abusiva*, por ejemplo para sacar provecho de «esas mutuas que pagan tan mal»), no estoy realizando una medicina defensiva (no percibo una amenaza de judicialización), aunque la calificación moral de tales actos sea en extremo penosa (y en algún caso incluso delictiva).

Regla del no abandono

Al paciente puedo decirle que ignoro lo que tiene, pero no que no sé qué hay que hacer, ni tampoco que «ya no puedo prestarle más ayuda». La pereza de pensar nunca puede ser excusa. Tengo derecho a equivocarme, pero no a inhibirme de las consecuencias de dicha equivocación y abandonar al paciente.

Incertidumbre y guías clínicas

Hasta aquí hemos analizado «mi» ignorancia y la del paciente, pero ¿qué decir de la ignorancia mía en relación con la del resto de colegas y la comunidad científica?

3.º diálogo. Una guía clínica que nos complica la vida

Pediatra 1: Ya lo sé, la guía clínica de otitis media dice que solo excepcionalmente es necesario suministrar antibióticos (AB). No obstante, a tenor de mi experiencia clínica, a los niños les va mejor con AB.

Pediatra 2: Yo no les doy AB y me va igual de bien que si se los diera.

Pediatra 1: Pues tú y yo tenemos pacientes diferentes.

Pediatra 2: Yo pensaba lo mismo que tú hasta que superé el prejuicio y me atreví a dar solo ibuprofeno.

Pediatra 1: Si fuera tu hijo le darías AB. *¿Esto no es ético!*

Pediatra 2: No creas... Lo hago porque estoy convencido de que es mejor. Ahora mismo tampoco administraría AB a mis hijos.

Pediatra 1: Pues yo les doy AB porque estoy convencido de que irán mejor, estamos empatados.

Pediatra 2: Ya, pero piensa que si todas las guías clínicas dicen no administrar AB, *quizás lo que no resulta ético sea no reconsiderar tu norma de conducta.*

Pediatra 1: Lo estoy haciendo ahora mismo, y estoy totalmente convencido de que esta guía puede valer para los holandeses, pero no para Catalunya.

Este diálogo tiene mucho interés no solo porque contrasta dos sensibilidades propias de dos profesionales que desean hacer bien su trabajo, sino porque, además, pone sobre la mesa dos cuestiones de suma importancia:

1. ¿Es ético prescribir (o dejar de prescribir) en contra de lo que íntimamente sabes «con toda seguridad» que irá mejor al paciente?
2. ¿Es ético ignorar la recomendación de una guía clínica sobre la cual hay un amplio consenso?

En primer lugar, vamos a establecer algunas precisiones previas relativas al debate de fondo:

- Las guías clínicas cada vez son más respetuosas con respecto a los «casos particulares», precisando no solo el grupo de pacientes a los que aplicar el criterio, sino también las excepciones e incluso lo mucho que no sabemos si consideramos otros aspectos del contexto.
- Por consiguiente, si el lector tiene a su cargo niños con otitis, que no pierda, por favor, la confianza en su pediatra si este le receta antibióticos, pues siempre es posible personalizar un criterio consensuado. Asimismo, no podemos obviar lo que hemos llamado «cálculo pragmático», esto es todas las circunstancias que rodean al paciente (enfermedades, creencias, opiniones o expectativas de los familiares, medios

económicos...), las cuales influyen —en ocasiones decisivamente— en la estrategia terapéutica.²

- Ahora bien —dirigiéndonos a los lectores clínicos—, cuando el resto de compañeros hace algo diferente a lo que tú haces en una misma situación clínica, ¿es urgente actualizarse!

Dicho esto podemos entrar en el debate relativo a las dos preguntas cruciales. La respuesta a la segunda de ellas —la de si es ético ignorar la recomendación de una guía clínica sobre la que existe un amplio consenso— parece bastante obvia: no. Sin embargo, recordemos cuando se postuló que el ulcus duodenal era provocado por la infección del *H. Pylori* y que, si eliminábamos dicha infección, no era necesario realizar gastrectomías. Esta nueva verdad chocaba frontalmente con el *modelo de enfermedad* que se estaba manejando, y muchos cirujanos tardaron bastante tiempo en asimilarla. La persuasión interpersonal y de los equipos de trabajo jugó un papel posiblemente tan importante como la persuasión personal más «académica».

Cuando se produce un cambio de paradigma de esta magnitud siempre hay un «paciente-uno» al que hacemos algo diferente a lo que veníamos haciendo. Las preguntas son entonces: a) ¿por qué este paciente y por qué ahora?; y b) ¿Cómo he llegado a un punto de convencimiento que me insta a hacer algo diferente a lo que venía haciendo, máxime cuando esta conducta (administrar antibióticos en las otitis infantiles) me iba bien?

Creo que las respuestas que nos darían un residente y un médico con años de ejercicio serían muy distintas. El primero asimila nuevos criterios como quien se dispone a construir su casa con todo lo que encuentra a su alcance, por supuesto seleccionando los materiales de la mejor calidad, mientras que el clínico con años de ejercicio ya tiene su casa construida y de lo que se trata es de remozarla, de sacar este marco de ventana y sustituirlo por este otro, etcétera. Es lógico que exija seguridades y garantías para los nuevos elementos que incorpora. Quizás observe primero los resultados que obtienen otros médicos, que espere unos meses a que aparezcan otros artículos científicos confirmatorios o críticos... Sea como sea, en todo caso llegará su «paciente-uno» y, con mayores o menores dudas, aplicará ese nuevo criterio, probará algo distinto. Podríamos hablar de «fracaso moral» si a la primera de las

preguntas de más arriba ese médico aplicara el siguiente cálculo pragmático: «mejor empezar con un niño del que sepa que sus padres no tienen medios para establecer una reclamación o una demanda judicial en caso de que las cosas vayan mal». Paradójicamente, aquí podríamos hablar de decisiones defensivas (o medicina defensiva)... ¡en un contexto de aparente rigor académico! Porque a fin de cuentas, en las decisiones éticas, *la intención con que se ejecutan sí cuenta para su calificación moral*.

Pero regresemos al quid de la cuestión. De lo que estamos hablando es de que un profesional con una marcada independencia de criterio también tiene que *complementar esta independencia con el aprendizaje de la interdependencia de criterio*. Los hospitales tienen una dinámica de pensamiento grupal más marcado que en Atención Primaria, por lo que este tránsito al «paciente-uno» *resulta más pesadoso cuanto menos pueda socializarlo el profesional*. No deberíamos perder nunca de vista esta dimensión social de las decisiones.

Con respecto a la primera pregunta, ¿es ético prescribir (o dejar de prescribir) en contra de lo que íntimamente sabes «con toda seguridad» que irá mejor al paciente?, ¿podemos recetar sin un convencimiento interior de que estamos haciendo lo correcto? La respuesta es de nuevo que no, porque el clínico no tiene que responder ante la guía clínica, sino ante el paciente. Un profesional que aprende la interdependencia de criterio incorpora un criterio bien razonado y admitido por las guías clínicas *como convencimiento interior*, pero si no lo hace tiene *que tener argumentos poderosos* para «abrazar otra opción», argumentos que debería poderlos desvelar públicamente si fuera el caso.

El principal reto bioético que afronta el médico clínico: ¡levantarse de la silla!

Todo lo que venimos diciendo es significativo, pero en absoluto tan importante —en términos cotidianos— como el simple hecho de «levantarnos de la silla». Veamos el siguiente diálogo:

4.º diálogo. Un dolor de rodilla

Paciente: Me duele la rodilla.

Médico: Normal, lo vio el traumatólogo y dijo que posiblemente tenga un menisco roto y mucha artrosis. Ya le pidieron una RM.

Paciente: Sí, y el traumatólogo me practicó una infiltración hace diez días, pero el caso es que desde entonces la rodilla me hace más daño que antes.

Médico: ¿Se toma usted el antiinflamatorio?

Paciente: Sí.

Médico: Pues le añado un analgésico.

Pregunta: ¿Ha ocurrido en esta situación algún hecho de relevancia ética?

En ocasiones se habla de la incertidumbre que afrontan los médicos como si se tratara de algo inevitable que «sí o sí» nos conducirá más tarde o más temprano al error clínico. Dado que las prevalencias pretest son bajas, el teorema de Bayes parece invitarnos a que no nos levantemos de la silla, pues total la exploración que realicemos tampoco servirá de mucho... y si esta señora al final tiene un menisco roto «a alguien le tiene que tocar», ¡mala suerte! La conclusión es que acabaremos equivocándonos y que el esfuerzo por evitarlo es ineficaz, ya que supone un grado de alarma sobre casos clínicos frecuentes y banales que nos conducirá inexorablemente a una medicina defensiva e insostenible, generando falsos positivos que en mucho superarán los beneficios de los poquísimos casos graves que detectemos.

No obstante, aquello que caracteriza al buen clínico es justo lo contrario: aceptar la incertidumbre de la práctica clínica significa tratar de tener la máxima certeza cuando el caso puede ser relevante aplicando la máxima de «levantarse de la silla». ¿Para qué? Para usar los medios apropiados, como es una exploración física eficiente y económica. Un indicador de calidad —superior a muchos indicadores empleados por la sanidad pública que burocratizan la asistencia sin apenas aportar datos significativos— sería el porcentaje de pacientes *explorados* sobre el total de visitas en un día cualquiera.

Imaginemos que, en nuestro caso, el profesional se decide a explorar esa rodilla e inesperadamente encuentra signos de artritis con derrame y la pantoquilla hinchada. Sucede entonces el siguiente diálogo.

5.º diálogo. Una rodilla sorpresivamente complicada

Paciente: ¿No será una complicación de la infiltración?

Médico: No me lo parece, hace más de diez días de la infiltración... Tal vez sea un ataque de gota.

Paciente: Nunca he tenido un ataque de gota.

Médico: O lo más probable, una descompensación artrósica. Podemos hacerle un vendaje compresivo y suministrarle heparina. El cuadro clínico no parece importante.

Paciente: ¿Y no me podría enviar al hospital para que me hagan más pruebas?

Médico: De acuerdo.

Pregunta: Enviar a esta paciente al hospital ¿es medicina satisfactiva?

Ocurre con frecuencia que los clínicos no hacen caso a un hallazgo sorpresivo, o no extraen todas las consecuencias posibles de dicho hallazgo. Hay varias razones que lo justifican: la clínica es un entorno con mucho «ruido» de comunicación y el profesional se acostumbra a prestar atención solo a lo «importante». Puesto que lo importante es dar respuesta a la demanda del paciente, si el médico descubre algo que no «cuadra» con la previsión de sucesos que prevé, *sencillamente lo ignorará*. En el caso que nos ocupa, el médico comete dos errores latentes que actúan como auténticos tóxicos del sistema sanitario y que *más tarde o más temprano le conducirán a errores diagnósticos*. El primer error es pensar que en diez días el paciente ya está fuera de plazo para una infección articular secundaria a una infiltración. El segundo es no saber distinguir una artrosis descompensada de una articulación que (como es el caso) presenta una artritis aguda.

Aun así accede a derivar a su paciente al hospital. ¿Medicina defensiva?, ¿medicina de complacencia? No lo creo, porque estamos en una situación en que no disponemos de una orientación diagnóstica plausible. Tal vez la doctora no hubiera procedido a la derivación sin la presión del paciente, pero quizás esa presión esté plenamente justificada a fin de cuentas, pues ¿no es cada paciente su mejor médico y quien mejor conoce lo que se sale de la normalidad? En una situación de incertidumbre no parece desacertado escu-

char al propio paciente y que otro profesional tome cartas en el asunto. El hospital tiene la ventaja de que los profesionales pueden consultarse las dudas de manera más inmediata y fácil que en Atención Primaria.

Al final, esta paciente tenía una trombosis venosa profunda que podía poner en peligro su vida y que se solucionó con un tratamiento tan sencillo como una inyección subcutánea de heparina diaria.

Todo médico con años de ejercicio tiene pánico a la siguiente frase: «¡Yo ya se lo dije y usted no me hizo caso!». Si el facultativo es del tipo «sensible al error», quizás sobreactúe ante un escenario clínico similar tomando más precauciones de las que una guía clínica juiciosa recomendaría. ¿Llamaremos a esta sobreactuación «medicina defensiva»? En el fondo se trata de una conducta adaptativa que, en alguna medida, todos practicamos, como sucede, por ejemplo, cuando evitamos un medio de transporte con el que hemos sufrido un accidente grave.

No obstante, en el otro extremo, hay profesionales con una excesiva seguridad en sí mismos que, en un escenario como el anterior, habrían afirmado con contundencia que «usted no tiene nada grave». Ante esta polaridad, ¿cómo podría actuar un mensaje lanzado desde la bioética del tipo «sea usted más responsable y no practique la medicina defensiva»? O desde la gestión: «economice al máximo en derivaciones y exploraciones complementarias».

Probablemente ambos mensajes influirán poco en aquellos profesionales muy seguros de sí mismos, pero podrían tener efectos iatrogénicos en los más inseguros. Algunos bioeticistas lanzan el órdago de que «la medicina defensiva tendría que considerarse un delito» sin considerar que el médico, en general, no actúa «sabiendo» que su conducta es defensiva. En realidad, en las decisiones de Atención Primaria pocas veces se da una reflexión de tipo ético, sino más bien en términos de riesgo para el paciente.

Decisiones compartidas

Si bien todos los escenarios clínicos analizados tienen enjundia, nuestro enfoque podría complementarse con otras perspectivas. Un peligro es proyectar a

los clínicos el mensaje de que «no hay nada que hacer» porque los posibles escenarios incorporan tanta dosis de azar que «haga lo que haga da igual porque con cuarenta años de vida profesional por delante acabaré tarde o temprano en el juzgado».

Por fortuna, disponemos de una estrategia que reduce riesgos y a la vez preserva la confianza del paciente: las decisiones compartidas. Esta metodología considera a cada paciente un experto de su cuerpo y de su vida, que es su mayor bien. El profesional de la salud aporta al paciente conocimientos y escenarios posibles con prudencia y transparencia. Aconseja pero no impone. Ambos intentan compartir estos saberes y llegar a conclusiones que no tienen por qué ser siempre consensuadas, aunque suelen serlo. El modelo de decisión compartida soporta perfectamente que el médico discrepe de su paciente: *lo que no soporta es que no respetemos su decisión.*

Este enfoque supera el paradigma de una bioética que sea un «látigo para los clínicos irresponsables», una *bioética de ceño fruncido* que nos recuerda lo mal que hacemos las cosas, una bioética que es producto del paternalismo que tanto critica la misma bioética. Tal modelo de decisión compartida mejora esta perspectiva apostando por una bioética propositiva y constructiva que ayuda empáticamente a rebasar los límites de una práctica clínica anclada en unos esquemas de comunicación obsoletos. Veamos algunos diálogos:

6.º diálogo. ¿Qué le pasa a mi niño?

Madre: ¿Y entonces qué tiene mi niño?

Pediatra: No lo sé, pero tampoco importa: es un cuadro banal.

Madre: No le importará a usted, pero con tanta fiebre no me quedo tranquila.

El mismo diálogo bajo el paradigma de la decisión compartida:

Madre: ¿Y entonces qué tiene mi niño?

Pediatra: ¿Usted a qué le tiene miedo?

Madre: A que tenga una meningitis.

Pediatra: Me alegra decirle que eso seguro que no lo tiene.

El siguiente diálogo tiene aún mayor complejidad. Nos encontramos en el domicilio de un paciente de 84 años que ha presentado una tiritona brusca con desorientación momentánea y posterior decaimiento. El médico objetiva taquicardia, edemas distales y 37° C de temperatura. Les propondría a ustedes que se pusieran en la piel de los familiares en el siguiente y ya último diálogo:

7.º diálogo: ¿Lo enviamos al hospital?

«Vuestro padre presenta un deterioro de la atención y debilidad de piernas, de seis horas de evolución, y esta mañana, cuando se ha empezado a encontrar mal, ha sufrido un brusco temblor que ha durado una media hora. No presenta fiebre, ni tampoco datos neurológicos que me hagan sospechar una trombosis (ictus), y toda la exploración cardíaca y respiratoria es normal. Además, la prueba de orina que le he hecho es negativa.

Ahora bien, algunos familiares estáis muy resfriados, y se puede haber contagiado y estar incubando una pulmonía, como la que sufrió hace dos años. Esto nos explicaría el temblor y el brusco deterioro. Normalmente, lo enviaría a hacerse una radiografía y una analítica al servicio de urgencias del hospital, pero me informan que hay doce horas de espera y que los pacientes aguardan en los pasillos. Por todo ello, os propondría iniciar un tratamiento antibiótico y observar en las próximas veinticuatro horas la evolución. Pero si lo preferís lo enviamos al hospital. ¿Cómo lo veis?».

Según mi experiencia, este tipo de abordaje es aceptado o rechazado con un enorme sentido común. Si la familia rechaza el plan no mostraremos disgusto ni amago de crítica. Muchas veces la percepción de los familiares es más evolutiva y predictiva que la del propio profesional.

En conclusión:

1. La así llamada «ética de la ignorancia» es en realidad una parte de la ética de la seguridad clínica. Su objetivo es reflexionar acerca de las decisiones que tomamos en escenarios de incertidumbre y proporcionarnos instrumentos para adoptar decisiones más responsables, prudentes y beneficiosas.

2. El clínico actúa casi siempre en escenarios donde la certeza es la excepción. Sin embargo, no deberíamos olvidar que este no solo debe reconocer las áreas de incertidumbre, sino además producir él mismo nuevo conocimiento. Con objeto de alcanzar una «mirada semiológica» debe educar su percepción, así como esforzarse para obtener datos de calidad. Parte de su responsabilidad es administrar su agenda para dedicar un tiempo a reflexionar. La reflexión es la parte más sensible y la que aporta un mayor valor al acto clínico.
3. Los escenarios de malas noticias deben entenderse como procesos en los que aplicar gradualidad, proporcionalidad y no abandono.
4. Las guías clínicas cada día alcanzan cotas de mayor rigor, estableciendo no solo los territorios en los que aplicar un criterio, sino también las sombras que quedan por esclarecer. Los clínicos con años de experiencia han aprendido el valor de ejercer una relativa autonomía de criterio, pero no deberían perderse el aprendizaje de la interdependencia de criterio. Cuando se impone un cambio brusco de pauta —para situaciones que pensábamos que estábamos resolviendo de manera apropiada—, debemos persuadirnos de que nuestro «primer paciente» saldrá beneficiado al aplicarle este nuevo criterio. En caso contrario, puede ser una buena idea socializar nuestras dudas con otros colegas y expertos.
5. Las decisiones a la cabecera del paciente no se toman, afortunadamente, por la mera aplicación de criterios emanados de guías clínicas, sino también gracias a un cálculo pragmático en donde calculamos el mayor bien para el paciente a partir de su contexto psicosocial.
6. El término «medicina defensiva» se aplica en ocasiones a lo que más bien deberíamos denominar «medicina satisfactiva» e incluso «medicina abusiva». Los médicos del SNS cedemos a veces a las peticiones de nuestros pacientes aprensivos para realizar pruebas complementarias con el fin de ganarnos su confianza y evitar así que se perpetúe una rueda inacabable de exploraciones y derivaciones entre niveles asistenciales. La conducta de un médico debería enjuiciarse en esta *perspectiva de proceso*, y no en términos de «esta entrevista en concreto».
7. Los médicos muy sensibles al error pueden solicitar más pruebas complementarias como medio para cancelar sus ansiedades. Una bioéti-

ca basada en la mera denuncia de este tipo de conductas no atina a señalar el origen emocional (no lógico ni moral) que las motiva. En este sentido, podemos hablar de una tendencia a cultivar una bioética paternalista, dogmática y culpabilizadora que no proporciona instrumentos útiles para transformar la práctica clínica. Una bioética así traiciona su razón de ser.

8. La metodología de decisiones compartidas forma parte de la práctica clínica centrada en el paciente y puede ofrecerse a los clínicos como un instrumento de avance. A la reflexión ética aúna un componente de comunicación y creación de hábitos inteligentes que aumenta el grado de libertad del clínico. Solo podremos tomar decisiones más responsables desde una mejor gestión emocional, unas mejores habilidades de comunicación y reflexión, y un apoyo del equipo y las organizaciones médicas.

Notas

1. Borrell F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med. Clin.* 2007; 129: 176-183. DOI: 10.1157/13107794.
2. Borrell-Carrió F, Estany A, Platt FW, Morales-Hidalgo V. Doctors as a knowledge and intelligence building group: pragmatic principles underlying decision-making processes. *J Epidemiol Community Health.* 2015; 69: 4 303-4 305. Publicado primero online: 12 de julio de 2014. DOI: 10.1136/jech-2014-203868.

**La medicina defensiva
y la iatrogenia**

Marc Antoni Broggi

Pablo de Lora

Medicina defensiva o miedo a la responsabilidad

Marc Antoni Broggi

Médico y presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya

Basaré mi aportación en mi experiencia, más que en mi saber; aunque ya saben que basarse en la experiencia es peligroso, tal como dice Hipócrates en su primer aforismo: «la vida es breve, el campo de estudio muy extenso; la ocasión es fugaz; el conocimiento, difícil; ...y la experiencia, peligrosa, engañosa».

En este sentido, creo que la idea de Andreu Segura que presidió el seminario es básica: que un océano de ignorancia envuelve siempre a la isla (creciente pero siempre pequeña) de nuestro conocimiento, aunque sea el colectivo. Es una ignorancia que podríamos calificar de «enciclopédica», como les hubiera gustado decir a los de «las luces». Les habría gustado porque el reconocerla ya da una cierta (pequeña pero imprescindible) lucidez; la simple ignorancia se transforma entonces en lo que Nicolás de Cusa llamaba una *docta ignorantia*. Es seguir en la estela del «solo sé que no sé» de Sócrates, de aquel *que sais-je?* de Montaigne, y de la constatación que hicieron la mayoría de los sabios «que en el mundo han sido». Es lo que ha reclamado Popper dirigiéndose sobre todo a los médicos para que, de una vez por todas, abandonen su típica ostentación cuando exhiben su «supuesto saber» (el cual, según admitía Lacan, pudiera ser un instrumento en la eficacia del tratamiento que indican).

Inducir a que se suponga que se sabe lo que no se sabe, puede dar confianza a algún enfermo, es cierto, pero el peligro estriba en que el profesional se lo acabe creyendo él mismo, lo incorpore a la rutina de su práctica clínica y lo asuma con autocomplacencia. Porque, a partir de entonces, recurrirá a la teatralización para encubrir inconscientemente la parte que ignora y elaborará un sistema de defensa para que no se note el fingimiento. Se trataría de no decirselo ni a sí mismo para no transmitir ningún asomo de duda. Que no se vislumbre una de las verdades de nuestro quehacer: que la incertidumbre

corroe siempre el núcleo de nuestra decisión y vuelve dudosa la actuación que proponemos.

Hay que tener en cuenta que, durante siglos, los médicos tenían que soportar ser el hazmerreír (Molière, Quevedo, incluso John Ford) debido a su poco conocimiento, a su escasa eficacia y a sus múltiples y dañinos errores. Pero que, a lo largo de los siglos XIX y XX, un movimiento pendular los ha llevado al polo opuesto gracias al enorme progreso del saber científico y de las posibilidades técnicas con que cuentan; conquistando así una confianza social creciente en su poder diagnóstico y terapéutico hasta límites insospechados. Y todo el mundo está interesado en esta falacia: enfermos, familiares, administradores y políticos, medios de comunicación e intereses comerciales, investigadores y clínicos...; todos se han subido a la ola del optimismo y de la ilusión. Es curioso que cuando casi todas las noticias que recibimos acostumbran a ser poco agradables, las únicas positivas que nos llegan puntualmente sean las relacionadas con unos avances reales o imaginarios, comprobados o en ciernes, de una Ciencia omnipotente y de unas técnicas milagrosas; y sobre todo las que se refieren a la salud.

Lo malo es que cualquier exageración tiene sus efectos negativos. Ya los griegos alertaban contra el pecado de la desmesura (de la *hybris*) que los dioses no perdonan cuando ven que un mortal se sale de lo razonable, espera demasiado o se cree ser más de lo que es. Y es que toda ilusión acaba trayendo consigo una desilusión y quizás un castigo. Así, el profesional, atrapado en esta bipolarización entre la imagen que aparenta y una realidad menos brillante, quiere protegerse contra el peligro que representa que este desajuste salga a la luz. Quiere alzar una muralla que impida que se vea el posible fracaso y que de esta manera pueda actuar con más tranquilidad, e incluso piensa que con una cierta seguridad. Seguridad que, evidentemente, resulta ilusoria: solo podrá ser una «supuesta seguridad».

A esta práctica que prima la seguridad del profesional y de su mundo (la seguridad judicial, pero también la profesional, o incluso anímica) a expensas o por encima de otras cosas (de la equidad en el trato, de la limitación de recursos e incluso del interés del propio paciente) se la ha llamado «medicina defensiva».

La raíz que la nutre es la del miedo. Es una raíz que se hunde en el terreno de la parte de ignorancia no aceptada, en la incertidumbre mal tolerada, en la debilidad, en la vulnerabilidad. Es miedo a que un error pueda ser devastador para la confianza que se le tenía, que la iatrogenia puede mostrar «la verdad» insoportable.

La «medicina defensiva» es miedo a la iatrogenia. Es capaz de vender que este temor puede ser positivo porque con él se preserva también la seguridad del enfermo y le evita el daño. Pero el caso es que su mirada apunta a la diana de evitar consecuencias negativas para el profesional, y de esta manera fácilmente puede exagerar las medidas de protección hasta límites no tan aceptables para el enfermo. En la dirección de su mirada está su definición, y de ella surge su peligro. Porque la «medicina defensiva» es ella misma causa de iatrogenia; ella misma puede hacer daño.

Hay que saber distinguir, por tanto, la impostura de la «medicina defensiva» de las legítimas medidas personales y colectivas (felizmente cada día más presentes) para aumentar la seguridad del paciente y disminuir en lo posible la iatrogenia que le acecha. A veces es cierto que confluyen ambos intereses, pero no siempre.

Por un lado, hay que aceptar que la iatrogenia es la espada de Damocles que pende de la cabeza de todo enfermo, de toda actuación clínica, de todo profesional. Su sombra es omnipresente. Y es que, de hecho, puede llegar a considerarse como tal todo acontecimiento indeseable sobrevenido a causa de una actuación clínica o sanitaria. Así es que cuesta distinguir, en este conjunto heterogéneo, algunos supuestos muy distintos: lo que es un error negligente y culposo de lo que es un mal resultado, o de una complicación probable, y hasta del simple efecto adverso inevitable. Le cuesta al paciente y a la familia distinguir entre ellos, pero también le cuesta a la sociedad; y lo que es peor, también muy a menudo al profesional. Porque, aparte de la dificultad objetiva para hacerlo, en este último caso hay a veces una influencia emocional nada desdeñable. Existe aquel profesional que siente una culpabilidad excesiva a la más mínima ocasión, y aquel otro que, al revés, achaca cualquier mal resultado a la mala suerte o a causas ajenas a su proceder. Son diferencias de temperamento, posiblemente constitucionales, que pueden exacerbarse o mitigarse con el tiempo, pero que siempre subsisten como tendencias.

En el postoperatorio de una intervención quirúrgica cuesta, más de lo que parece a simple vista, saber cuál puede haber sido a veces la causa de su desafortunada evolución, y hasta qué punto, el cirujano es «responsable» de lo que pasa. Responsabilidad es un concepto que puede intentar entenderse de diferente manera. Puede tratarse de establecer quién se hace cargo de una tarea (quién debe seguir el postoperatorio y su mala evolución) y no hay duda en este caso que el cirujano es el responsable, es el «médico responsable» que reclama la ley; o puede tratarse de señalar quién se considera causante de la situación (cosa ya más problemática para nuestro cirujano). Son visiones distintas y aparentemente disociadas, pero que están inseparablemente unidas por el deber profesional: precisamente porque era el profesional responsable del enfermo, será responsable de lo que le pase y se le pedirá después «que responda» por lo que ha pasado. Ser responsable es ser garante de lo pactado y también, por tanto, estar a disposición de dar razones de las decisiones tomadas y de las actuaciones.

Pues bien, hablar de «medicina defensiva» es hablar de miedo a esta responsabilidad. Porque se parte de la confusión entre el tener que dar explicaciones y la presunción de culpabilidad. Y, con las vanas medidas de defensa a las que induce esta confusión, se pretende soslayar la mirada orwelliana, de «gran hermano», que el profesional nota clavada en su nuca. Siguiendo minuciosamente los protocolos preestablecidos querría que se evitara *a priori* cualquier sospecha, que se recuperara la tan añorada impunidad de hace unos años y, sobre todo, también aquella confianza «ciega» con la que llegaba el enfermo y en la que se mantenía (¡aquella que debía tener todo «buen» enfermo!). En cambio, la responsabilidad que hoy se le reclama se le antoja un desagradecimiento injusto. Y esta desconfianza social legitimaría para él las medidas de defensa: «lo han querido así, no es mi culpa, no he empezado yo».

Cuesta darse cuenta de hasta qué punto ha cambiado el contexto en el que nos movemos. Antes, con la primacía absoluta de la lucha contra la enfermedad que nos orientó durante siglos, se aceptaba la mentira, la imposición, la impunidad de nuestra acción, y todo ello se valoraba bien mientras ofreciera seguridad, aunque fuera ficticia. El paciente debía simplemente confiar en las aptitudes del profesional y en su recta conciencia. En cambio, ahora el ciudadano busca su seguridad en que la sociedad le garantice la competencia de

sus profesionales, y en no tener que quedar al albur de la imprevisible conciencia de estos. Prefiere que los nuevos profesionales tengan antes que nada «consciencia» de los nuevos derechos a respetar, del deber de personalizar la ayuda que presten y de que asuman la responsabilidad de lo que hagan. Es decir, anteriormente la iatrogenia era gestionada en la conciencia del profesional, con el remordimiento como sanción (para aquel que fuera sensible a él) y quedaba a resguardo de una relación clínica muy asimétrica en cuanto a información, con muchas posibilidades de ocultación de lo que el profesional no consideraba necesario mostrar para la eficacia terapéutica, para «el bien» del paciente. Ahora se pretende que todos seamos más conscientes de la iatrogenia como un problema que nos acecha y como un hecho a analizar y a corregir; con responsabilidad.

La responsabilidad se sustenta en algunas virtudes: las dos primeras serían aquellas que ya señalaba el frontispicio de la Academia de París: *in scientia, veritas; in arte, probitate*. En ciencia, gusto por la verdad; en su aplicación personalizada, integridad, adecuación al objetivo primordial. En las profesiones hay objetivos primordiales, como el de ayudar a los ciudadanos enfermos, en el caso de Medicina o Enfermería, y aquellos más laterales o francamente espurios como son los salariales, curriculares y de prestigio... o los de defensa personal y colectiva. Reconocido el objetivo perseguido (si es uno u otro), en cada caso concreto habrá que dar razones sobre el conocimiento desde el cual se ha actuado y sobre la prudencia con la que se ha procedido.

La responsabilidad requiere una tercera virtud fundamental: el valor. El valor, entendido como valentía, es tan importante que ha llegado a usurpar el nombre de todo «valor», entendido este último como aquello que está en las cosas, o en las posibilidades, y que hace que las prefiramos y que las prioricemos. De hecho, un cierto coraje es inherente a cualquier práctica clínica, y sin él se vuelve angustiada y desagradable, ya que se acaba viendo al enfermo como enemigo, a la enfermedad como una molestia y a la posible iatrogenia como un peligro de destrucción propia. Se necesita el valor para implicarse tranquilamente en las consecuencias de lo ejercido, para confiar en encontrar las razones de su porqué y para tener esperanza en que comprenderán lo acontecido. Recordemos que los simples motivos son buenas razones si con-

uerdan con lo que es razonable en la decisión y con lo que se ve ajustado para limitar o extender la actuación. En la formación, se debería reivindicar este tipo de valor moral. Sin él, es comprensible que se caiga por una pendiente deslizante hasta una «práctica defensiva».

Cuando el miedo domina la actuación, esta práctica se instala siguiendo otros objetivos menos admisibles para los demás (sean reconocidos o no) y con diversas manifestaciones. Entre ellas, las más comunes son la de sobreactuación para protegerse contra el peligro y la de la inhibición para evitarlo.

La sobreactuación pretende que quede claro que se hace todo lo posible y, por tanto, que no cabe haber cometido el pecado mortal de no haber actuado con suficiente diligencia para detectar, detener o luchar. En nuestro mundo occidental hay la firme creencia en que, en principio, actuar es mejor que no actuar, que lo peor es dejar escapar alguna posibilidad de acción. Cuesta entender que no todo lo posible sea siempre conveniente. Y en esto, hay que decir que la influencia del entorno actual es nefasta. Por de pronto, hay una extendida confusión entre «derecho a la salud» (así, *tout court*) y el derecho «a la protección» de la salud del que gozamos. Es decir, es hegemónica una mentalidad mercantilista y utópica del mantenimiento y de la recuperación de la salud, como si fuera un producto más que adquirir. Esto hace que el ciudadano a menudo exija alcanzar un resultado que ha imaginado como asegurado, y que le cueste aceptar que está en una situación difícil y que la ayuda que se le da tiene sus límites. Además, el aumento de la litigiosidad lo ha complicado: la población es más consciente de su derecho a pleitear y de que puede obtener beneficios económicos con ello; y la práctica judicial de lo civil no manifiesta mucha sensibilidad por los matices: su aplicación «objetivista» ha sido, junto al dinero de las compañías de seguros, el factor desestabilizador definitivo.

Finalmente, este peligro viene magnificado por los colectivos profesionales y por las administraciones, siempre más a la defensiva que los propios clínicos. Mientras que para estos la proximidad con el enfermo les hace ser más compasivos y prudentes, las decisiones en estas altas esferas son siempre más distantes y despiadadas. Quien redacta un protocolo o una guía lejos de la trinchera, prefiere ser garantista y evitar cualquier motivo de crítica por parte de algún futuro damnificado.

Es triste ver quemarse a los mejores profesionales entre protocolos fríos y en centros sin ninguna calidez; y ver cómo siguen indiscriminada y acríticamente lo que creen pautado, sin intentar discernir a veces lo que más le interesaría al paciente, el cual quizás estaría mejor tratado fuera de una rutina que para él es abusiva o está mal aplicada. La sensata queja del cirujano Sherwin Nuland¹ hablando del caso de su hermano, lo explica bien: «la familia se aferra al hilo de la esperanza que se le ofrece con una simple estadística; y demasiadas veces, lo que se les presenta como realidad clínica objetiva no es más que la subjetividad de un ferviente adepto a aquella filosofía que ve a la muerte como el único enemigo a atacar. Para guerreros como estos, una pequeña victoria temporal justifica la devastación del campo en el que el moribundo cultivaba su vida». La habitual sobreactuación aquí reseñada, con su terrible iatrogenia acompañante, es verdad que no siempre es debida a una mirada individualmente defensiva, aunque quizás lo fue colectivamente en su origen. Sea como sea, son formas de iatrogenia rutinaria frente a las que deberíamos ser más exigentes.

Otra forma de «medicina defensiva», ya lo hemos indicado, es la de evitar hacerse cargo de aquellos casos con posibles efectos adversos. Pueden ser estos los de una complicación, del miedo a manchar una estadística, o de verse envuelto en un diálogo molesto para persuadir a quien se obstina en no escuchar; puede ser un largo y variadísimo etcétera. El caso es que el profesional, por una razón u otra, prefiere no implicarse cuando debería hacerlo para ayudar al enfermo. Y nos preguntamos: no tolerar la iatrogenia en absoluto y dejar al enfermo menos atendido ¿no es una forma de daño evitable y por tanto de iatrogenia a su vez? ¿No podría hablarse entonces de abstención iatrogénica defensiva? ¿No es una pusilanimidad culposa, aunque judicialmente sea ambigua a veces?

En otro plano de la relación clínica, en el más interpersonal, conviene denunciar que se utiliza una «medicina defensiva» en momentos no estrictamente técnicos, como pueda ser el de la información, pongamos por caso. Debe tildarse de «información defensiva» cuando se da un mal pronóstico sin ningún cuidado por las consecuencias que el enfermo deberá arrostrar, confundiendo sus derechos y sus necesidades, y solamente porque se cree que esta es la obligación legal menos discutible. La información no controlada y vol-

cada sin suficiente contemplación por las necesidades personales, por el ritmo, por los límites y por la forma que se adecuaría a su estado, resulta ser cruel: es alta y claramente iatrogénica. Como lo es también el mostrar descaradamente la ignorancia colectiva y la limitación estadísticamente inapelable de la actuación posible, en un intento de descargarse de la responsabilidad propia y reclamar la responsabilidad de la decisión al enfermo o a la familia: «la realidad es la que es cruel, y como que ustedes son adultos y autónomos, decidan ustedes, con los riesgos que aquí se indican; yo lo haré, pero no se quejen después de lo acordado ahora».

Y es que la actuación profesional puede ser muy dañina cuando no es lo bastante respetuosa ni atenta. Puede ser humillante cuando obliga a una espera exasperante, o utiliza palabras incorrectas, o cuando exhibe actitudes descuidadas. Muchas veces toda esta iatrogenia (que así puede considerarse, ya que el sufrimiento es ocasionado por el *iatrós*) se debe a la mala formación (¿o deformación?) que han tenido (¿o que han sufrido?) los profesionales, pero no es raro que algunas de estas prácticas a desterrar tengan su origen, o reciban un refuerzo poderoso, en el miedo al contacto interpersonal.

Ya dijimos que a la «medicina defensiva» la define una cierta mirada. Es una mirada de azoramiento que ha dejado de centrarse en el objetivo primordial de la ayuda al enfermo, porque su presencia le resulta demasiado imprevisible, difícil de analizar y de manejar, demasiado desconcertante.

Muchos profesionales, añorando la sólida relación anterior, con la seguridad e impunidad que creen que comportaba, querrían encontrar un nuevo modelo que la sustituyera pero que permitiera evitar la proximidad turbadora del sufrimiento. El malentendido consiste en pensar que prestar atención a los sentimientos es impropio de su función y disminuye su eficacia; y por esto confunde la profesionalidad con la insensibilidad aséptica y con el mantenerse impávido sin apartar la vista de la enfermedad (de lo objetivable, que es sobre lo que se le ha formado).

Según esta visión simplista, la alternativa al antiguo paternalismo sería el mero contrato de servicios que él, un científico (¿?), presta a un ciudadano que lo requiere, mirando de no involucrarse demasiado en problemas personales de este y manteniéndole a una distancia profiláctica. Y es cierto que de

esta manera se puede ejercer una Medicina de calidad en muchos casos, en los más rutinarios y leves; es posible en ellos hacer un buen trabajo conservando un respeto mínimo y una cortesía suficiente. Pero es peligroso creer que esta sea la relación clínica óptima, porque algunas necesidades legítimas de ayuda pueden quedar fuera de ella, sobre todo cuando las cosas van mal, la situación es peligrosa o el sufrimiento y la angustia son importantes. Entonces, las personas esperan más y fácilmente se sentirán defraudadas si no lo reciben; sobre todo, si sienten que incomprensiblemente se teme su acercamiento y se lo considera inapropiado. A menudo surge entonces el cada vez más frecuente conflicto entre una familia etiquetada de «difícil» y un médico etiquetado de «insensible».

Es por esto que conviene advertir a los profesionales que no se dejen embaucar con los cantos de sirena de una «medicina defensiva» que, aparte de ser iatrogénica ella misma y de ser gravosa para todos, no es ninguna protección segura, sino que acostumbra a ser contraproducente. La mera actitud de desconfianza hacia el enfermo, evitando su contacto y temiendo su litigio futuro, provoca en él frustración y agresividad. Sin hablar de que el siempre posible mal resultado se verá casi como consecuencia del escaso miramiento mostrado, de su indiferencia; casi de dolo.

Habría que persuadir a los profesionales de que no olvidaran que la mejor protección es la de presentar abiertamente su hospitalidad, es decir, la que se le presupone a un buen anfitrión para recibir bien a su huésped; con curiosidad por su mundo y dando muestras de que le interesa y que va a implicarse en su problema. Habría que recordarles que su práctica conlleva siempre una relación «con otro» que debe ser previa a cualquier actuación «sobre» el otro. Que es cierto que esto significa un esfuerzo suplementario, pero que es un esfuerzo imprescindible y además gratificante. La honestidad personal (moral e intelectual) y la relación estrecha y respetuosa conforman la mejor prevención, la defensa más eficaz. Hay que enseñar a los futuros profesionales a mostrar: su gusto por ayudar, su interés por el enfermo en concreto, su dedicación para tratar la enfermedad, transparencia en aceptar los límites y su modestia cuando se trata su conocimiento o habilidad. Es más, si la curiosidad es la madre del conocimiento, extenderla hacia este nuevo ámbito de la relación, aporta más comprensión de la realidad. Creemos que son cosas que

ya nos indicaba el Nomos hipocrático al decir: «esto es lo que precisa quien quiera dedicarse a la Medicina, recorrer las ciudades y ser considerado médico, y no solo de nombre [...] Sin ello, llevará consigo una pobre despena, que no le dará alegría y que será fuente de cobardía o de temeridad: cobardía que denota incompetencia, y temeridad que denota inexperiencia».²

Para recorrer las ciudades con tranquilidad, el profesional de la salud debe saber mantenerse próximo (y ser el prójimo) de los enfermos que trata, no temer acercarse a ellos y tener el valor de asumir su responsabilidad, es decir, de estar dispuesto a dar las razones que haga falta del porqué de sus decisiones y del cómo se han llevado a cabo por el bien del enfermo. Así no se necesitan defensas y mostrar que se puede vivir la profesión con ilusión y sin miedo, responsablemente.

Notas

1. Nuland S. *Cómo morimos*. Alianza Editorial. Madrid; 1995. p. 247.
2. Hipócrates. *Nomos*. *Tratados hipocráticos I*. Bibl. Clásicos Griegos. Madrid; 1983. p. 94.

Primum nocere: notas en torno a la práctica médica

Pablo de Lora

Profesor de Filosofía de la Universidad Autónoma de Madrid

I. Introducción

Forma parte del núcleo duro de la deontología profesional médica que el primer deber del sanitario es el deber de beneficencia o no-maleficencia (resumido en el clásico aforismo *primum non nocere*). La iatrogenia, de otra parte, es entendida como el conjunto de efectos indeseables que acarrea el quehacer médico, y es común creer que se trata de un problema que hay que abordar y resolver, y de ello dan buena cuenta las contribuciones que engrosan esta compilación.

En los breves apuntes que siguen voy a sostener un cierto contrapunto: la tesis que defenderé, nada original por cierto, es que hay formas de iatrogenia inevitables pero también deseables, o al menos justificadas. En dos supuestos, al menos: a los efectos de la formación del médico y para el avance mismo de la ciencia y técnica biomédicas. Estructuraré el ensayo del siguiente modo: en la sección II trazaré una taxonomía de «tipos ideales» (no en un sentido virtuoso sino paradigmático) de médico, en función del cruce entre los parámetros del daño evitable/inevitable, de la condición del enfermo y la probabilidad del daño del tratamiento. Así, describiré las circunstancias y condiciones de posibilidad de cada uno de esos tipos a los que llamaré médico «malo», «humano», «osado» y «austero» y la relación de esas prácticas profesionales con la iatrogenia. El siguiente cuadro resume esa taxonomía:

Daño del tratamiento	Evitable	Inevitable
Probable	El mal médico	Médico osado
Improbable	Médico austero	Médico humano

En la sección III abundaré sobre la tesis de la necesaria iatrogenia del médico en formación. Haré finalmente una observación a modo de conclusión.

II. Tipos ideales (de médico): el malo, el humano, el austero y el osado

Resulta casi una trivialidad decir que la actividad médica es una actividad arriesgada, tanto en lo que hace al diagnóstico cuanto a la curación o tratamiento mismo.¹ Y también, claro, que los riesgos se generan ya sea que se decida intervenir como que se decida no hacerlo. Los médicos juegan así con el daño que genera la patología o condición misma del paciente de no ser tratada y el propio perjuicio que puede causar el tratamiento. Hablar de esos perjuicios y su carácter evitable implica, obviamente, un cierto contexto: lo que es evitable en pleno centro de Barcelona (la muerte que sobreviene a una parada cardiorrespiratoria) no es evitable en la cima del Montardo en la Vall d'Aràn. La evitabilidad es también, obviamente, dependiente del contexto científico-médico en el que nos hallemos. El avance de la biomedicina es la lucha por ocupar espacios de evitabilidad. Y hablamos de prácticas médicas también en un ámbito preciso del ejercicio de la Medicina: allí donde las obligaciones exigibles son de medios y no de resultados (medicina curativa), a diferencia de la conocida como «medicina satisfactiva» en la que sí se pueden exigir obligaciones de resultados.²

Con respecto al tratamiento, su adversidad se mueve en el terreno de la incertidumbre. De nuevo, dependiendo del contexto científico en el que juzguemos la actuación médica, sabemos que hay daños muy probables si se instaura o prosigue con un determinado tratamiento o actuación terapéutica, y hay tratamientos que cuentan con muy baja probabilidad de generar consecuencias adversas.

El mal médico sería aquel que genera un daño que es muy probable frente a una condición cuyos efectos perniciosos eran de otro modo evitables. Pensemos en los casos extremos como el de la amputación del miembro no gangrenado, la enfermera que alimenta por la vía equivocada al neonato³ o,

como en el célebre caso del doctor Maeso, el anestesista heroinómano que se sirve de las vías que usa para administrar los opiáceos a sus pacientes. Son los casos de los que yerran negligentemente, de acuerdo con la conocida como *lex artis ad hoc* (a lo que antes he aludido bajo la denominación de «ciencia médica normal»), negligencias que pueden llegar a ser criminales si resultan inexcusables en la falta de diligencia, o directamente dolosas. No es este el ámbito de la iatrogenia sino el de la mala praxis.

Existe, por otro lado, un margen para el «error humano», para la emergencia de un daño improbable frente a una patología que no era abordable de otro modo. Se trata pues de contingencias con las que, sencillamente, tenemos que convivir y asumir. Tomemos el caso que se resuelve en STS de 10 de mayo de 2005, un supuesto interesante porque el demandante es un médico, que solicita ser indemnizado con 150 millones de pesetas por el daño producido por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Allí ingresa derivado de urgencias presentando un cuadro de «Epistaxis». Tras una serie de tratamientos y reingresando con nuevos sangrados en nariz imposibles de controlar, se practica por facultativos del Servicio de Radiología una embolización de la arteria maxilar interna izquierda, de la que tuvieron que desistir al no poder dejar el catéter en posición correcta. Posteriormente, los mismos facultativos reiniciaron la intervención, si bien empleando esta vez una técnica distinta, excepcional y de mayor riesgo, consistente en la punción directa de la carótida primitiva izquierda. La técnica empleada para la embolización arterial produjo al paciente una obstrucción de la arteria carótida interna izquierda y un infarto occipital izquierdo, de resultas de la cual el paciente-médico, quien hasta la fecha desarrollaba sus funciones con normalidad, padece ahora graves secuelas.

La mayoría del tribunal absuelve al considerar que estamos en el margen de lo inevitable, que hay un deber por parte del paciente de soportar el resultado porque «... por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente... La técnica quirúrgica –prosigue el tribunal–, por más sofisticada que haya llegado a ser en nuestros días, tiene siempre un componente, mayor o menor,

de agresión a esa maravillosa, pero delicadísima, arquitectura que es el viviente humano. Actuar quirúrgicamente sobre el cuerpo humano es operar sobre un organismo cuyos puntos débiles –incluso con la tecnología de alto nivel de la que hoy se dispone– difícilmente pueden llegar a conocerse de antemano en su totalidad».

Para la magistrada discrepante, en cambio, el daño –evitable– se habría producido por recurrir a una técnica quirúrgica «desproporcionada», es decir por no haber sido «más modestos». Esta sería prototípicamente la iatrogenia relevante de la que habría que preocuparse, como por cierto recomendaba Richard Smith en un trabajo ya clásico sobre la materia en el que recuerda las lecciones popperianas en *El conocimiento de la ignorancia*.⁴

El actual contexto socio-jurídico, sin embargo, no favorece la actuación de este médico «austero», que abraza la idea de que renunciar también es curar y que, por tanto, evita dispensar un tratamiento que tiene escasas probabilidades de mitigar el daño cierto que genera la condición del paciente, y sí en cambio muchos riesgos de constituir un perjuicio en sí. Como se destaca acertadamente en el borrador del documento «Prevención y control de la iatrogenia» del grupo de trabajo conjunto OMC/SESPAS: «Entre los indiscutibles “motores” (*drivers*) de nuestra actual exposición iatrogénica destaca la incardinación entre la prevalente cultura médica colectiva y la galopante cultura de la medicalización... la creencia generalizada en la ilimitada capacidad de la ciencia médica, uno de una serie de mitos, tanto en la cultura de la Medicina occidental moderna y en la sociedad en general, que sustentan nuestra demanda de un resultado perfecto y nuestra falta de tolerancia ante la morbilidad y la mortalidad inevitables. Tales expectativas, generalmente exageradas, sobre las posibilidades reales de la Medicina y hasta de la salud pública para evitar la enfermedad y postergar la muerte, impulsan una hiperutilización de las prestaciones sanitarias frecuentemente innecesaria, nociva por su extensión y por ello multiplicadora de los riesgos de iatrogenia».

A ello coadyuva, además, el recurso a la doctrina de la «pérdida de oportunidad» por parte de los tribunales que tienen que dirimir las causas por responsabilidad médica. Los orígenes de la doctrina –que fundamenta el resarcimiento no ya por el daño efectivo causado por la actividad sanitaria, sino por

su ausencia, es decir, *por haberse perdido la probabilidad de obtener un beneficio*⁵– se sitúan en Francia (1889) cuando un procurador deja escapar la oportunidad de tramitar un procedimiento y obtener una resolución judicial que hubiera podido beneficiar al cliente.⁶ En España, la que pasa por ser sentencia de acogida inaugural de la doctrina es la del Tribunal Supremo de 10 de octubre 1998, que resuelve la reclamación por la amputación de un dedo de un trabajador, dedo que pudo haber sido restituido si se hubiera cuidado mejor en el trayecto al centro hospitalario.⁷ Con posterioridad, la casuística se articula en torno a la no disponibilidad de un recurso físico o humano: desde la ausencia del personal sanitario auxiliar capacitado para hacer una prueba que hubiera hecho más improbable el resultado fatal, o hubiera permitido evitar un medio de diagnóstico con mayor probabilidad de causar un daño (STS de 17 de abril de 2007); o el uso de una ambulancia, y no de un helicóptero, para trasladar a un buceador hasta un centro que cuenta con una cámara hiperbárica, demora que no le permite evitar la tetraplejía provocada por el accidente sufrido en la descompresión (STS de 7 de julio de 2008).⁸

Lo más relevante a los efectos de nuestra discusión es que la doctrina de la pérdida de oportunidad le pone las cosas muy difíciles al médico austero, generando un perverso bucle que refuerza tanto la práctica médica osada –hagamos lo imposible– cuanto la más insensata medicina defensiva –hagamos lo inútil.

III. El médico en formación: la inevitable osadía

Nuestro último tipo ideal surge del cruce entre el daño muy probable del tratamiento emprendido frente a las inevitables consecuencias de la condición que afecta al paciente si no es tratado. Estamos, así, frente al médico osado; no frente al milagrero o curandero a la manera del malogrado doctor Rosado que triunfó en la televisión española de finales de la década de 1970 del siglo pasado, sino del personaje del doctor Thackery en la serie *The Knick* (remedo del cirujano William Halsted), o, más recientemente, del doctor Robert Bartlett, quien, de manera visionaria, abrió el camino para el uso de

la ECMO en el tratamiento del distrés respiratorio en neonatos. Los ejemplos de este tipo de osadía –para la cual muchos reclaman el mismo tipo de control que aplicamos a la experimentación con seres humanos en el ámbito de la biomedicina– podrían multiplicarse al infinito para dar cuenta de la historia de los avances y fracasos de la Medicina. Me voy a centrar, sin embargo, en otro tipo de «osadía médica»: la osadía institucionalizada que encarna la propia formación del médico.

Y lo haré recalando en las relevantes consideraciones que vierte el prestigioso neurocirujano británico Henry Marsh en su reciente y aclamada obra *Do No Harm. Stories of Life, Death and Brain Surgery* (2014). El libro se abre con la siguiente cita de René Leriche: «Todo cirujano lleva consigo un pequeño cementerio donde, de cuando en cuando, acude a rezar –un lugar para la amargura y el lamento en el que debe buscar una explicación a sus fallos».⁹ A lo largo del texto Marsh tiene el coraje moral –y clínico– de relatar muchos de esos estropicios de los que fue directo responsable: el de la mujer a la que dejó paralizada tras operarle de un tumor en su espina dorsal por no haber sido más conservador o temeroso; el empiema subdural no diagnosticado a tiempo; las cirugías fútiles que llevó a cabo por no querer, ni poder, enfrentarse a la familia del paciente; las operaciones que practicó sobre la pequeña Tanya, que apenas si le pudieron brindar unos meses de calidad de vida decente cuando volvió a su Ucrania natal. Dice Marsh que a los cirujanos les resulta difícil admitir que cometen errores, y encuentran todo tipo de subterfugios para descargar su culpa. No es su caso: «Cuanto más pienso en el pasado –señala ya avanzada la obra– más errores emergen hacia la superficie, como el venenoso metano que surgiera de un lago de aguas estancadas».

Los cirujanos, los médicos en general, contemplan sus equivocaciones con espíritu caritativo, recordándonos que la Medicina avanza gracias al error, como ha destacado Joshua Rothman en su reseña de *Do No Harm*.¹⁰ También es el caso de Marsh que siente la obligación de mostrar el camino equivocado a los más jóvenes, para no volverlo a transitar.

Así y todo, Marsh reconoce que la formación del médico plantea un dilema moral irresoluble pues siempre hay un primer momento de riesgo máximo, es decir, alguien que se expone a las manos o a la ciencia de quien no es el

más adecuado o preparado.¹¹ Otro afamado divulgador médico, Atul Gawande, narra del siguiente modo la primera vez en la que, siendo un residente en su cuarta semana de formación quirúrgica, tuvo que poner una vía central: «Hay algunos “riesgos leves”, le dije [al paciente], tales como sangrado o colapso pulmonar; en manos experimentadas, complicaciones como esas ocurren con una probabilidad inferior al 1%. Pero las mías no eran, por supuesto, manos experimentadas. Y los desastres que conocía pesaban en mi conciencia: la mujer que había muerto por un sangrado masivo cuando un residente le laceró la vena cava; el hombre al que habían tenido que abrir el tórax porque un residente había perdido la guía que acabó yéndose al corazón del paciente; el hombre que había sufrido un infarto cuando de resultados del procedimiento había hecho una fibrilación ventricular».¹²

Dice Marsh al respecto que: «Si los pacientes pensarán racionalmente preguntarán a su cirujano cuántas operaciones ha hecho del tipo para el que se le solicita consentimiento». Pero, claro, si esta tendencia se impusiera de manera colectiva, sencillamente no habría formación médica posible. De ahí que, frente al aforismo clásico que resume el núcleo de la deontología médica (*primum non nocere*) conviene recordar que primero, en un sentido diacrónico, es el daño y no puede ser de otra manera.

En un antiguo trabajo específico sobre la información que puede dar el médico residente al paciente y sus familiares –no tanto sobre su incipiente actividad clínica, sea terapéutica o de diagnóstico–, Juan Antonio Garrido Sanjuán daba cuenta de este asunto y recordaba cómo, a diferencia del *Manual de ética del Colegio de Médicos* de Estados Unidos, el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España no hace referencia al médico en formación.¹³ En su versión actual, el Código establece en su artículo 10 que un elemento esencial de la información al paciente es la «identidad del médico» que le atiende y la de quien asista a aquel,¹⁴ y, en el capítulo dedicado a la docencia médica, se dispone la necesidad de que los médicos en formación realicen las tareas adecuadas a su período formativo con supervisión y de que los responsables de esa formación velen porque en la práctica se minimicen las molestias que ello pueda suponer para los pacientes. Pero igualmente se añade que: «En presencia de pacientes o de personal no médico hay que evitar corregir al docente en lo relativo a la práctica médica» (artículo 63).

En los consentimientos informados a los que se somete a los pacientes en los hospitales españoles no se contempla específicamente este hecho aunque, eso sí, no escasean las proclamas de los Comités de Ética en las que se proclama grandilocuentemente que el proceso de obtención del consentimiento informado supone «aportar información en cantidad y calidad suficiente, para que el paciente competente pueda tomar decisiones respecto a su proceso y garantizar el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones».¹⁵ Es verdad que en esa misma guía se apunta genéricamente que los pacientes que ingresan en un hospital docente, tienen derecho a ser informados de que en el proceso de su atención sanitaria puede que participen alumnos de Medicina y/o Enfermería y que estos deberán identificarse como tales cuando vayan a dispensar sus servicios y recabar el permiso del paciente. ¿Pero cuánta información sobre su pericia deben desvelar?

Los artículos 10.4. de la Ley General de Sanidad y 8.1. de la Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establecen el derecho de los pacientes a que les sea advertido si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéutico que vayan a serles aplicados pueden utilizarse en un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, habría de comportar peligro adicional para la salud.¹⁶ En la interpretación que de dichos preceptos hizo en su día Pablo Simón en un trabajo publicado en esta misma colección, con tales proyectos «docentes» el legislador estaría haciendo referencia a la actividad formativa del médico –ya residente o mero estudiante de Medicina, pero aún no especialista titulado– y la cuestión sería la de determinar si la institución sanitaria tiene el deber de desvelar dicha información, y los pacientes, a la luz de dicha información, el correlativo derecho de exigir que sea un profesional titulado y cualificado el que les atienda y no un estudiante o residente.¹⁷

En esa tensión nos tenemos que mover. Recuérdese que, tal y como se señala en el artículo 12c de la Ley de Calidad de 2003, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales. Pero, por otro lado, está en juego la confianza misma en ese sistema, en los servicios sanitarios públicos, como señala la jueza que condenó al Servicio Andaluz de Salud por el daño

producido por la intervención quirúrgica en solitario de un médico residente de cuarto año.¹⁸

De hecho, la normativa vigente, el artículo 14 del Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, establece un deber general de supervisión al médico en formación, y un principio de adquisición progresiva de responsabilidades que corre en paralelo con un control decreciente sobre el residente (artículo 15). Así, se determina que en el primer año de residencia la supervisión será necesariamente «física», abriéndose implícitamente la puerta a que la supervisión sea «a distancia» y no necesariamente por un especialista (artículos 15.3. y 15.4.). Ambas posibilidades, y la realidad misma de la actuación de los MIR en la prestación sanitaria, han dado lugar a una cierta jurisprudencia sobre la cuestión que tiene su icono en la sentencia del Tribunal Supremo de 30 de diciembre de 1999 que condena por responsabilidad civil tanto al médico adjunto como a la médico residente por la muerte producida en una niña de 6 años a la que no se diagnosticó a tiempo la apendicitis que le afectaba. Al médico adjunto se le censura no haber agotado los recursos exploratorios para arribar al diagnóstico correcto, y a la médico residente –que llega a firmar el alta de la niña– por extralimitarse en sus funciones.¹⁹

IV. Conclusión

La actividad médica en general, y la actividad formativa en particular, implica riesgos para los pacientes. Muchos son inevitables, y en concreto los que tienen que ver con los especialistas en prácticas tienen una inevitabilidad añadida. La lección que debe derivarse de todo lo anterior es que un sistema público que proporciona atención sanitaria de manera universal y sin atender a la capacidad de pago, es posible, entre otras cosas, porque una cierta solidaridad social frente al infortunio lo mantiene. Pero esa solidaridad tiene la doble faceta de hacerse cargo del infortunio de la enfermedad que a todos, antes o después nos asola, y la de asumir –resignarse si se quiere– que no

siempre vamos a poder ser tratados en las condiciones óptimas puesto que los médicos necesitan formarse.

Ello no quiere decir, por supuesto, que no deba haber supervisión y que esta habrá de discurrir por los cauces razonables, pero sí tiene, me parece, una especial incidencia en relación con la doctrina de la pérdida de oportunidad que antes he analizado. Para ilustrarlo, repárese en cómo en dos supuestos relativos a un presunto error diagnóstico tanto la Audiencia de Barcelona como la de Málaga absuelven a dos MIR de su responsabilidad. Ni uno –médico residente en servicio de puerta– había percibido la presencia de un hematoma intraparenquimatoso (dejando al paciente en observación) ni el otro había ordenado la realización de electrocardiograma y estudio enzimático a un paciente que posteriormente falleció por infarto agudo de miocardio, pues en el momento del ingreso no mostraba los característicos signos y síntomas de una cardiopatía isquémica.²⁰ Se perdieron oportunidades, sin duda trágicamente, pero debemos pensar bien si es algo distinto a eso lo que queremos colectivamente: una Medicina exuberante en la conjura del riesgo, extrema en la disposición de los recursos, probablemente inhumana e inviable.

Notas

1. Las acciones médicas, en manos de quienes no cuentan con la acreditación oficial y no mediando el consentimiento informado, son actos criminales, como nos recuerda gráficamente Alessandra Colaianni: «... con el afán del conocimiento científico yo, junto con dos compañeros de clase, diseccionamos el cadáver de una mujer de 98 años, separando los músculos con el escalpelo y serrando sus huesos. Forzar la introducción de un tubo por la garganta de un individuo inconsciente, explantar un corazón y colocarlo en el cuerpo de otro individuo, trepanar el cráneo, estas son acciones permitidas cuando las realiza un médico, pero son la materia de las películas de terror y competencia de los jueces penales cuando no son realizadas por un médico especialista acreditado»; véase *A long shadow: Nazi doctors, moral vulnerability and contemporary medical culture*, *The Journal of Medical Ethics*, 2012; 38: 435-438, 436-437.

2. La actividad se aproxima por ello a la del contrato de obra. Véase al respecto, Jérez Delgado C y Juan Pérez García M. La responsabilidad civil médico-sanitaria en el ordenamiento jurídico español, Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, XXVI, semestre 2, 2005, p. 221-250, p. 232.
3. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/07/03/madrid/1341326718_934835.html.
4. The Ethics of Ignorance, The British Medical Journal. 1992; 18: 117-118, 134.
5. En ese sentido el resarcimiento no trae causa de una comisión por omisión.
6. Con posterioridad, las pérdidas de oportunidad han tenido que ver con posibles contrataciones frustradas y supuestos similares. Sobre todo ello véase Vicandi A. La pérdida de oportunidad en la responsabilidad civil sanitaria. ¿Se puede cuantificar lo incuantificable?, Derecho y Salud. 2015; 25(2): 9-66, 12.
7. *Ibidem*, p. 13.
8. Otras sentencias relevantes son: STS de 3 de diciembre de 2012; STS de 20 de noviembre de 2012; STS de 3 de julio de 2012 y STS de 13 de octubre de 2011. Los juristas discuten al respecto de la doctrina si esta constituye en puridad un medio de facilidad probatoria del daño, o más bien un daño en sí mismo, esto es, la pérdida del valor esperado, es decir, un daño no indemnizable en su totalidad sino en función de dicho valor esperado, lo cual choca contra un principio basilar del derecho de daños (el principio de reparación íntegra); véase Vicandi, 2015, p. 15-16.
9. St. Martin's Press, 2014 (la traducción es mía). Hay traducción al español de Antón de Vez P. Ante todo no hagas daño, Madrid: Salamandra, 2016.
10. Anatomy of Error, The New Yorker, 18 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.newyorker.com/magazine/2015/05/18/anatomy-of-error>.
11. Así también Luis Fernando Barrios Flores citando a Engelhardt: La responsabilidad profesional del Médico Interno Residente, Derecho y Salud. 2003; 11(1) enero-junio: 1-22, 2.
12. Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science, Picador, 2002, p. 11-12 (traducción propia). Hay traducción al español, Complicaciones. Confesiones de un cirujano sobre una ciencia imperfecta, Barcelona: Antoni Bosch, 2010.
13. Garrido Sanjuán JA. Formación en comunicación y consentimiento informado en nuestro sistema de residencia: ¿qué información puede y debe dar un residente?, Medicina Clínica, 1998. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-formacion-comunicacion-consentimiento-informado-nuestro-2675>, última consulta el 30 de enero de 2017.
14. Sobre ello véase Barrios Flores, op. cit., p. 10.
15. Así, por ejemplo, véase la Guía del Comité Asistencial de Ética del Gobierno de La Rioja. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/849-elaboracion-del-consentimiento-informado>, última consulta 30 de enero de 2017.

Los médicos internos y residentes participarán en la información, de acuerdo al nivel de formación marcado en el programa correspondiente, y con el grado de tutela que en él figura.
16. El tenor literal apenas si varía entre ambas leyes. En el caso de la Ley General de Sanidad se establece que: «[Todos tienen derecho] A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente Centro Sanitario»; en la Ley 41/2002 se dispone que: «Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud».
17. Simón Lorda P. El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas, en Problemas prácticos del consentimiento informado, Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2002; 5: 10-62, 46-47.

18. La información procede de la edición andaluza del diario *El Mundo* de 18 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.elmundo.es/andalucia/2015/10/18/56236aa8e2704ef81a8b45cc.html>, última consulta el 30 de enero de 2017.
19. La sentencia generó en su momento ríos de tinta. Sobre ella puede verse, entre otros, el comentario de Barrios Flores (op. cit., p. 13-15).
20. Se trata del Auto de la AP Barcelona, Sec. 8ª de 31.12.2001 (EDJ 2001/72213) y de la Sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga de 18.3.2000 (EDJ 2000/18178).

**Prevencción de la medicina
defensiva**

Juan José Rodríguez Sendín

Francesc José María

Prevención de los efectos adversos sanitarios y contra la medicina defensiva

Juan José Rodríguez Sendín

*Presidente de la Organización Médica Colegial**

Complejidad del sistema sanitario

Los sistemas sanitarios, como consecuencia de su extraordinaria complejidad, no son suficientemente seguros, ocurren múltiples y pequeños fallos, cada uno de ellos insuficiente para causar un accidente o proceso adverso. Estos fallos son latentes, muchos de ellos imprevisibles y se encuentran en constante cambio. Pueden originar accidentes cuando concurren varios de ellos o adquieren capacidad para hacerlo. En consecuencia, se pueden provocar errores por una compleja interacción de múltiples factores.¹ Es infrecuente que los accidentes y errores sanitarios ocurran solo por conductas inadecuadas.

Los efectos secundarios no deseados en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes debe ser una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios. Para que los resultados de una atención sanitaria sean óptimos, es indispensable una buena relación entre el paciente y el médico, para ello es requisito previo que el paciente esté bien informado. Pero las informaciones por sí solas no bastan, se debe establecer y garantizar una correcta comunicación. Esta información y comunicación entre el paciente y el médico deben ocurrir en la consulta. Los médicos están obligados a respetar la deontología médica y vigilar que todos los tratamientos se basen en la ciencia médica internacional.

La Medicina no es ni debe considerarse un mercado donde se pueden comprar diferentes diagnósticos y tratamientos.² Los ciudadanos y pacientes

* Presidente de la OMC desde mayo de 2009 hasta marzo de 2017.

deben tener acceso a información independiente pero no a información diseñada para conseguir ventajas competitivas. Las autoridades nacionales competentes y los profesionales de la salud deben seguir siendo la principal fuente de información sobre los medicamentos para el público en general.³

El problema de los accidentes y errores sanitarios es sistémico y fruto de la compleja red asistencial, la cual origina que cualquier episodio de un paciente, con demasiada frecuencia se convierta en una historia interminable desde la primera consulta hasta que termina, especialmente cuando se cronifica.

El error es humano, pero puede ser evitable construyendo sistemas más seguros

Los errores son esperables en la mejor organización, porque son propios de la condición humana y la misma no cambia si las condiciones no lo hacen y estas a su vez no pueden hacerlo si los errores no se identifican y con ellos las causas o las circunstancias que los determinan y provocan. Cuando conocemos un error y sus causas, estas se pueden modificar y, en consecuencia, evitar que ocurra. Cuando no es posible o son desconocidas como sucede en el caso de respuestas individuales excesivas o imprevisibles como la hipersensibilidad, se puede aumentar los mecanismos de defensa o crear otros nuevos que protejan a los ciudadanos y pacientes. Porque lo importante debe ser no quién se equivocó, sino cómo ocurrió el error y por qué fallaron las defensas.

En Estados Unidos, la publicación en 1999 por parte del Institute of Medicine (IOM) de un informe titulado «To Err is Human - Building a Safer Health System» (*Equivocarse es de humanos - construir un sistema sanitario más seguro*), en el que se calculaba que el número de muertes anuales causadas por errores y accidentes en los hospitales americanos era del orden de 45 a 98.000 (y de las cuales se consideraba que se podrían haber evitado la mitad), fue un hito decisivo. Tras el informe del IOM, se reconoció la gravedad del problema en casi todos los estudios efectuados en los países industrializados. Entre las acciones que recomendaba el IOM destacaban: prestar una atención especial, clara y manifiesta a la seguridad, aplicar sistemas no punitivos para informar y analizar los errores en los centros sanitarios, establecer unas nor-

mas de seguridad fáciles de comprender, como normalizar y simplificar los equipos, el material y los procesos e implantar programas de formación interdisciplinarios, como la simulación, incorporando métodos comprobados de dirección de equipos.

Es posible lograr un sistema sanitario más seguro mejorando la seguridad de los pacientes mediante el conocimiento de los errores y efectos adversos, mediante el estudio y prevención de los mismos si se conocen con anterioridad y con la investigación y el estudio de la epidemiología de los errores y la seguridad clínica de los pacientes. Todo lo cual supone introducir sistemas y métodos que faciliten la declaración de errores, disponer de la información más detallada posible de los mismos para el mejor análisis de sus consecuencias y causas, así como la posterior formación e investigación para su prevención.

En las guías de práctica clínica (GPCs) tampoco está la solución. Asistimos a una plétora de GPCs para casi todo tipo de patologías. Estas pretenden estandarizar la práctica de la mejor evidencia disponible en el tratamiento de enfermedades aisladas. Consideración aparte merece la atención a pacientes crónicos pluripatológicos que suponen el 5% de la población y consumen más del 70% del gasto sanitario, donde está demostrado que la aplicación estricta de las guías a cada una de las patologías que padece el paciente puede conducir a una carga excesiva, y potencialmente a un inapropiado tratamiento⁴ con consecuencias indeseables y graves para el paciente. La aplicación estricta de las GPCs en pacientes pluripatológicos supone una carga que puede ser inviable para el paciente y su entorno, que lleva a la polimedicación y pautas de tratamiento de difícil adherencia. Así por ejemplo, aplicando estrictamente las GPCs a una mujer de 76 años, independiente y activa, que padece: osteoporosis, artrosis en ambas rodillas, diabetes mellitus, hipertensión arterial y EPOC, todas ellas de intensidad moderada, precisaríamos 9 GPCs, utilizaríamos 12 medicamentos administrados en 19 dosis, en 5 tomas al día, además de Alendronato semanal. A esto hay que añadir 14 recomendaciones si se agrupan las sugerencias dietéticas en una sola o 29 si estas se individualizan. En este caso documentado se produjeron 3 interacciones graves y 5 leves.⁵

Las GPCs están dirigidas a pacientes con una sola patología y sistemáticamente excluyen de los estudios a pacientes con comorbilidad y polimedica-

dos, por lo que debería fomentarse la investigación y los ensayos clínicos dirigidos a este tipo de pacientes con el fin de diseñar GPCs que ayuden a priorizar las intervenciones terapéuticas y desmedicalizar en lo posible el exceso de fármacos, así como fomentar la prevención cuaternaria, es decir intentar evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por las intervenciones médicas. Se evita el daño obviando actividades innecesarias, siendo estas más perjudiciales se si aplican.

El contexto emocional del riesgo y de los errores sanitarios

El contexto emocional del riesgo y de los errores sanitarios viene determinado por vivencias donde solo interactúan la cultura de ira, vergüenza, culpa, miedo, frustración y desconfianza y donde es muy difícil encontrar la colaboración o el reconocimiento profesional del error o accidente por las consecuencias negativas que de tal actitud puedan derivarse. Y así el riesgo sanitario y los errores se han convertido en el negocio de la reclamación donde lo más importante de la respuesta está en el beneficio máximo que se puede obtener ante la falta de previsión de indemnizaciones en función de los daños ocasionados. La judicialización máxima está servida y con ella los largos procesos donde, a pesar del daño sufrido, las indemnizaciones no llegan o lo hacen tarde y donde el profesional, casi siempre médico, tiene que defenderse ante la búsqueda por parte de los gabinetes jurídicos de máxima culpa indemnizatoria, al depender habitualmente sus beneficios profesionales de la cuantía de las mismas. Tal situación es la causa del incremento de las denuncias por enojo y mala praxis, así como la proliferación e incremento de demandas y cantidades desorbitantes por daños sufridos.

Los errores se pueden prevenir, buena parte son evitables pero como consecuencia de las situaciones comentadas y del miedo a los largos procesos judiciales que de ellos se puedan derivar, los médicos y el SNS históricamente han reaccionado ocultándolos, encubriéndolos, negándose a contestar, lo que a su vez dificulta conocer la epidemiología de la seguridad y de los errores y en consecuencia avanzar en su prevención.

La seguridad de los pacientes y la medicina defensiva

Las peculiaridades de la profesión médica junto con crecientes demandas infundadas y algunas aventuras judiciales que aumentan los temores y aprensiones del profesional médico, producen lo que conocemos como medicina defensiva. Ante la imposibilidad de no incurrir en errores, la respuesta es aumentar sistemáticamente las prácticas a todas luces innecesarias, pero en ningún caso permitirían que algo quede por hacer dentro de una práctica profesional, por muy simple que pueda parecer.

La falta de soluciones como las ofrecidas para los daños producidos por otros accidentes como los laborales y de tráfico provoca litigiosidad sin límite al no permitir aplicación pronta y segura de las indemnizaciones con daño e incertidumbre tanto en pacientes, profesionales, centros e instituciones sanitarias. Pero también induce el ejercicio de una Medicina deshumanizada, sin valores, defensiva, fraguada en la evitación, el miedo y la defensa del profesional, lo que complica sobremedida la sostenibilidad del SNS aumentando sus costos, listas de espera y riesgos para los pacientes. La seguridad de los pacientes es una cuestión prioritaria y no es posible avanzar en ella sin conocer la epidemiología y causas que las provocan o disminuyendo las prácticas médicas defensivas.

La consecuencia de la medicina defensiva es una práctica deshumanizada donde el paciente está bajo sospecha, lo que produce un franco deterioro de la relación médico-paciente, se resiente el necesario equilibrio psicológico para la práctica médica desde la libertad y autonomía y crecen gastos destinados a salud en detrimento de mejores destinos, así como posibles secuelas de molestias o riesgos para el paciente.

Diálogo entre las partes: baremo de daños sanitarios

Es necesario contribuir al diálogo entre ciudadanos, profesionales, centros y administración para afrontar el problema, aumentando y mejorando la

información en salud para lo cual es imprescindible introducir modificaciones que complementen la legislación actual mediante un baremo de daños sanitarios (BDS) a semejanza de lo ya existente para los accidentes de tráfico o laborales que faciliten el conocimiento y declaración de errores, automatizando las declaraciones profesionales y las indemnizaciones por los daños sufridos y alejando las vivencias y connotaciones extremas que actualmente tiene la gestión de los riesgos y procesos adversos sanitarios. Independientemente de otras consecuencias, como la extensión progresiva de la medicina defensiva, la máxima seguridad de los pacientes no puede estar basada exclusivamente en la búsqueda de la responsabilidad individual y la mayor indemnización posible ante un tribunal.

El BDS constituye un instrumento de calidad y protección del SNS que disminuirá la medicina defensiva, aumenta la seguridad de los pacientes, profesionales y de las instituciones y entidades que operan en el ámbito sanitario.

El objetivo del BDS es aumentar la seguridad jurídica tanto de los pacientes y sus familias como de los profesionales contribuyendo a reducir litigiosidad, lo que a su vez disminuirá la medicina defensiva que está determinando no solo el encarecimiento insostenible de los sistemas de salud, lo que a su vez genera más daño tanto por su abuso como por la disminución de recursos disponibles para atender otras necesidades socio-sanitarias. Un BDS permitirá la fácil y rápida determinación y cobro de indemnizaciones una vez comprobado el daño producido sin necesidad de recurrir a la culpabilidad indemnizatoria muchos años después y siempre que se demuestre la culpabilidad del accidente. Se lograría un mejor cálculo de los costes y de las cuantías lo que facilitaría la determinación de las primas de los seguros de responsabilidad civil. No hay razón alguna para que no se produzcan similares efectos y experiencias positivas de las provocadas por los baremos por accidente de circulación o laborales. En todo caso el BDS no afectaría al plano de la responsabilidad que habría de continuar rigiéndose por la normativa vigente.

La situación actual con inexistencia de BDS para establecer las indemnizaciones por daños ocasionados con ocasión de actividades sanitarias en centros públicos o privados, ocasiona muchas y graves consecuencias indirectas al incentivar la medicina defensiva que encarece y aumenta los riesgos de la atención sanitaria. *El actual baremo de accidentes de tráfico es insuficiente al*

existir más de 110 situaciones y consecuencias no previstas en el mismo a los que se aplican criterios para decidir indemnizaciones con alta variabilidad.

Entre las ventajas que supondría su regulación estarían el aumento de la seguridad jurídica, la reducción de la litigiosidad en aumento progresivo, la agilización del cobro de indemnizaciones, y un mejor cálculo de costes y cuantías que harían más fácil la determinación de las primas de los seguros de responsabilidad civil, cada día más difíciles de establecer. El BDS constituye un instrumento de calidad y protección del SNS que disminuirá la medicina defensiva favoreciendo la seguridad de los pacientes, de los profesionales y de las instituciones y entidades que operan en el ámbito sanitario. Sin embargo, existen algunos aspectos que requieren análisis y valoración específica como:

- a) utilidad de los criterios recogidos en el baremo para calificar discapacidades;
- b) determinar la responsabilidad objetiva y subjetiva en el daño sanitario;
- c) definir y concretar qué se entiende por daño moral, qué modalidades se deben considerar en el ámbito sanitario y cómo realizar su evaluación, y
- d) decidir sobre la concurrencia de responsabilidades entre profesionales y entre profesionales y pacientes.

Notas

1. Modificado de Reason J. Human Error, 1990.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. Salisbury C. Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *Lancet*. 2012; 380(9836): 7-9.
5. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 Agosto 10; 294(6): 716-24.

Mala praxis y cobertura de la responsabilidad civil

Francesc José María

Abogado. Vocal de la Asociación Juristas de la Salud. Asesor del Consorci de Salut i Social de Catalunya

1. Introducción

Ha sido recurrente en las distintas épocas de la historia la exigencia de responsabilidades a los médicos por los daños producidos por la mala práctica en el ejercicio del arte. Nos podemos remontar al Código de Hammurabi en la antigua Mesopotamia, dieciocho siglos antes de Cristo, que establecía la amputación de la mano como pena por dejar tuerto a un paciente en una operación de cataratas.

En la Edad Media, Alfonso X el Sabio promulgó las Siete Partidas que disponían penas de destierro a alguna isla por cinco años si, como consecuencia de su práctica profesional, el médico provocaba la muerte del paciente además de la obligación de indemnizar a su señor si aquel fuera siervo.

Eran épocas en las que quizás estuviera justificada la práctica de una medicina defensiva por las terribles consecuencias que podía comportar el error en el ejercicio.

Por suerte para los profesionales de la Medicina, hoy contamos con unas pólizas de responsabilidad civil que cubren el riesgo económico derivado de los errores, las negligencias y las malas prácticas y la última reforma del Código Penal de 2015 contribuye a ello con la parcial despenalización de las imprudencias profesionales al establecer un marco de mayor «tranquilidad» reconduciendo al ámbito patrimonial la mayor parte de las reclamaciones que se producen por dichos motivos, cuyas consecuencias son solo económicas y quedan cubiertas por dichos seguros.

No existen datos fiables sobre las reclamaciones de los pacientes en nuestro país más allá de las que publica el Servicio de Responsabilidad Profesional del

Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya, de las que se deduce que en los últimos años el número de reclamaciones ha tendido a estabilizarse en torno a las trece anuales por cada mil asegurados.

2. ¿De qué estamos hablando?

Cuando nos referimos a la medicina defensiva estamos hablando de determinadas *prácticas no justificadas desde un punto de vista clínico con las que se pretende, más o menos conscientemente, evitar las denuncias por mala praxis*. Dichas conductas son rechazables por ser contrarias a la buena práctica clínica y a la deontología profesional.

Algunas de las manifestaciones de medicina defensiva son: el número excesivo de pruebas cuando está claro el diagnóstico, la realización de intervenciones o tratamientos para complacer al paciente, el incremento de las visitas de seguimiento, la utilización del consentimiento informado como escudo usándolo como una garantía de exoneración de responsabilidad, o la selección adversa de pacientes.

Los estudiosos del tema coinciden en que las prácticas más comunes son la reiteración de pruebas o la realización de pruebas que pueden ser consideradas fútiles. Ambas suponen la *vulneración del principio de no maleficencia* en relación con los pacientes al someterlos innecesariamente a exploraciones que en algunos casos pueden entrañar sus propios riesgos y a las molestias derivadas (desplazamientos, ausencia del trabajo o del centro de estudios, etc...) y también en relación con el sistema de salud por el incremento innecesario del gasto sanitario especialmente preocupante en el marco de recortes presupuestarios que han afectado a la sanidad pública en los últimos tiempos.

Es intolerable, ética y jurídicamente, la actitud médica que para prevenir un posible error diagnóstico, continúa efectuando pruebas cuando ya dispone de las necesarias concordantes con el estado clínico del paciente que permiten la realización del diagnóstico y el establecimiento de la pauta de tratamiento. Especialmente inaceptable es dicha práctica en los servicios de urgencias.

Una de las consecuencias de la medicina defensiva es la *pérdida de confianza* en la relación entre el profesional sanitario y su paciente, confianza que está en la base de dicha relación. El derecho a la protección de la salud no solo no se preserva con actuaciones médicas defensivas sino que se vulnera.

La alternativa a la medicina defensiva es la Medicina centrada en la persona basada en una buena información al paciente y el diálogo para compartir decisiones.

Quienes practican la medicina defensiva en busca de su seguridad jurídica olvidan que deben obedecer al principio *alterum non laedere* y que deontológicamente están obligados a buscar otra seguridad: la del paciente.

3. La prevención de las consecuencias de los daños producidos en el ejercicio profesional

La mejor manera de prevenir la comisión de errores o malas prácticas pasa por la creación de un entorno seguro para el desarrollo de la actividad de los profesionales sanitarios y por proporcionarles una cobertura adecuada de la responsabilidad civil profesional en la que puedan incurrir y que les aporte tranquilidad al menos en la esfera patrimonial.

3.1. Creación de un entorno seguro de atención al paciente

La creación de un entorno seguro de atención requiere, en primer lugar, de un *cambio cultural en las organizaciones, los profesionales y pacientes* para que se aborden de forma positiva los acontecimientos adversos que puedan acaecer a lo largo del proceso asistencial interiorizando una *cultura no punitiva de seguridad*. Ello implica la necesidad de formación en seguridad del paciente partiendo del reconocimiento de la inexistencia del riesgo cero en la atención médica como en cualquier otro ámbito de la actividad humana.

En segundo lugar, es preciso *diseñar un marco de gestión de la seguridad en las organizaciones* que debe contemplar:

- La mejora de los sistemas de detección y prevención de incidentes tales como: infecciones nosocomiales, errores en la identificación de los pacientes, errores en la medicación, errores en los procedimientos, úlceras de presión, caídas...
- El fomento de las buenas prácticas orientadas a minimizar los daños asociados a la práctica asistencial (*benchmarking*).
- Una adecuada comunicación médico-paciente basada en la información veraz y comprensible sobre el estado de salud y en el diálogo previo a la toma de decisiones.
- Una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades para lo cual un instrumento eficaz es la historia clínica compartida.

Desde el punto de vista de las organizaciones, la creación de ese entorno seguro debe venir acompañada del desarrollo de *unidades funcionales de seguridad del paciente* en los centros sanitarios así como de la implementación de *sistemas de gestión de conflictos* derivados de los resultados no satisfactorios.

3.2. La cobertura de la responsabilidad civil de los médicos en Catalunya

En la comunidad autónoma catalana funciona un tipo de cobertura de la responsabilidad civil profesional/responsabilidad patrimonial basado en un modelo cuyas características singulares son la licitación y gestión conjunta de dos pólizas por los tomadores del seguro: la póliza del Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya cuyos asegurados son los médicos colegiados y la póliza del Servicio Catalán de la Salud cuyos asegurados son las instituciones sanitarias y el personal que presta sus servicios en ellas, médicos incluidos.

Así pues podemos afirmar que en esta comunidad autónoma, como en tantas otras, los profesionales de la Medicina tienen sobradamente cubierto el riesgo de tener que indemnizar a un paciente que ha sufrido una lesión o un daño que no debía soportar como consecuencia de su actividad y, de entrada, no deben temer por su patrimonio.

4. ¿Y el médico qué debe hacer para prevenir la medicina defensiva?

Resumiendo el médico debe preocuparse por realizar una buena práctica clínica, para lo cual además de actualizar sus conocimientos y habilidades mediante la *formación continua* que la ley contempla como un derecho y obligación del profesional sanitario, seguir las *guías clínicas* y los *protocolos* y esforzarse por *trabajar en equipo*, es aconsejable:

- Realizar anamnesis y exploraciones físicas completas.
- Cumplimentar correctamente las historias clínicas dejando constancia de los incidentes no deseados.
- Dar de forma adecuada buena información al paciente atendiendo a sus requerimientos y facilitar el diálogo para compartir decisiones.
- Informar al paciente de los riesgos y posibles efectos secundarios.
- Notificar los acontecimientos adversos cuando se producen tanto a la organización como al paciente que ha sido víctima de los mismos.

En resumen, la mejor prevención es la utilización de «tecnologías punta» como son el habla, la escucha (activa) y la escritura.

Aportaciones

Aspectos éticos sobre la seguridad clínica*

Josep M. Busquets

Secretario del Comitè de Bioètica de Catalunya

El miedo a las consecuencias que se derivan del error es el incentivo mayor a la práctica de la medicina defensiva. Un tipo de asistencia que no satisface a quien la recibe, ni a quien la practica y que puede generar mayor daño del que pretende evitar.

La perspectiva ética obliga a actuar de una manera más exigente de la que exige la ley. Trata de los deberes que tenemos tanto profesionales como pacientes para que se actúe de manera autónoma y responsable.

La conducta responsable se basa en:

1. Intentar no cometer errores.
Formándose adecuadamente, adquiriendo el conocimiento y las habilidades necesarias. Siendo prudentes al estar pendientes de lo que hacemos y hacerlo con seguridad. Ante todo, no hacer daño. La Medicina es una disciplina encaminada a la acción. La abstención a menudo no se valora. Cuesta más saber cuando no se tiene que aplicar un procedimiento que aprender a aplicarlo.
2. Responder al daño si se ha producido.
No existen las actividades humanas que tengan riesgo cero. Cuando se produce el daño se debe reparar.
3. Aprender de los errores. La vergüenza pública hace que las personas intenten no reincidir en las actitudes que les incomodan. Se debe aprender de los errores para no repetirlos.

4. Asumir la responsabilidad. El trabajo en equipo comporta muchas ventajas, pero entre ellas no se incluye no hacerse responsable de los propios actos. Actuar solidariamente comporta la implicación con un compañero, pero no dar amparo al gorrón irresponsable.
5. Ser transparente significa no ocultar ni los errores propios ni los errores de los demás, aunque eso entre en colisión con el deber de confidencialidad hacia los otros profesionales. Ello ha de permitir la mejora de las condiciones que ocasionaron el error, tanto si causa daño como si no lo causó.
6. La relación asistencial se fundamenta en la confianza, las mentiras o las medias verdades la devalúan. Pero esto no debe interpretarse como la obligación sistemática de comunicar los errores a los pacientes. Siempre debería individualizarse cada situación pues las consecuencias de una información indiscriminada, puede dar lugar a una disminución de la confianza y un aumento de la medicina defensiva que se pretende evitar.
7. Se debe fomentar la actuación responsable, aquella que obedece a las necesidades individuales de cada paciente y no solo a la que establecen las normas, leyes, instrucciones, guías de práctica o protocolos.

Johannes Moderaman, un ingeniero de tráfico holandés, demostró que los accidentes disminuyeron en algunas comunidades al suprimir gran parte de las señales de tráfico. Estar pendiente de lo que ocurre en la calzada, y no tanto de las señales, aumenta la responsabilidad de los conductores. Aun cuando la atención sanitaria y el tráfico son ámbitos distintos, comparten similitudes en cuanto a la génesis de la confianza mutua y la responsabilidad.

* Aportación de Josep Maria Busquets que complementa las ponencias del seminario «Iatrogenia y medicina defensiva» publicadas en este cuaderno.

Relación de participantes

Coordinadores

- Andreu Segura, coordinador del grupo de Ética y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Àngel Puyol, profesor de Ética y Filosofía Política de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ponentes

- Margarita Boladeras, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política, Universidad de Barcelona.
- Francesc Borrell, médico de familia. EAP Gavarra, ICS. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Barcelona.
- Marc Antoni Broggi, médico y presidente del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Pablo de Lora, profesor de Filosofía de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Francesc José María, abogado. Vocal de la Asociación Juristas de la Salud. Asesor del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Juan José Rodríguez Sendín, médico y presidente de la Organización Médica Colegial de 2009 a 2017.

Especialistas invitados

- Josep Maria Busquets, secretario del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Victòria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

- Xavier Castells, jefe de Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona.
- José Luis Conde, Organización Médica Colegial.
- José Augusto García, director general del Consorci de Salut i Social de Catalunya.
- Ricard Meneu, vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.
- Màrius Morlans, médico y vicepresidente del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Bernardo Perea, director de la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid. OMC.
- Joan M.V. Pons, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS) y miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.
- Bernabé Robles, neurólogo y presidente del Comitè de Ética Asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Miguel Ángel Royo, responsable del Área de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Maria Sala, médico del Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona.
- Núria Terribas, jurista y directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*

17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS