

Secretaría de Salud Tabasco México

## **Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social**

Clara Magdalena Martínez Hernández<sup>1</sup>

### **RESUMEN**

Las intervenciones de atención médica intentan beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La Revolución Científico-Técnica, ha provocado la aparición de nuevas tecnologías y una creciente especialización, sin embargo se observa una fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica. El personal de salud se enfrenta ante la posibilidad de incurrir en una diversidad de errores médicos, por lo tanto debe asumir mayores responsabilidades ante la sociedad y no sólo responder a viejos imperativos morales. Actualmente a los preceptos de la ética médica “no haré daño”... y “actuaré en beneficio del enfermo”...se añaden los principios bioéticos de “justicia y autonomía” permitiendo la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializando este proceso. La preocupación social por la existencia de errores médicos está creciendo en todo el mundo y genera la necesidad de un intento de mejora de los posibles errores médicos y, sobre todo, de las negligencias. Este ensayo pretende analizar el error médico que ocurre en la práctica clínica desde el abordaje de los paradigmas biologicista y médico social, considerando la perspectiva bioética. En la medida que sean respetados los principios de la bioética los errores médicos irán en decremento. Se expone la situación actual de México y Tabasco ante el abordaje del error médico desde la óptica del paradigma médico social y se concluye que existe un largo camino que recorrer.

*Palabras clave:* Error médico, ética médica, bioética, paradigma biologicista, paradigma médico social.

### **INTRODUCCIÓN**

El objetivo de este ensayo es analizar el error médico que ocurre en la práctica clínica desde el abordaje de los paradigmas biologicista y médico social, considerando la perspectiva bioética y su contextualización en el Estado de Tabasco y en México.

### **EL ERROR MÉDICO EN EL TRÁNSITO DE LA ÉTICA MÉDICA A LA BIOÉTICA**

#### **Error médico en la práctica médica**

Las intervenciones de atención médica intentan beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el moderno sistema de atención médica puede aportar beneficios importantes, sin embargo, también involucra un riesgo inevitable de errores médicos.<sup>1</sup>

Un error médico es el resultado de un daño no intencional o complicación que es causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad.<sup>2</sup> Entendiéndose por intervención médica a aquella atención realizada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar procedimientos sobre el paciente.

Un indicador importante de la seguridad del paciente es el índice de errores médicos ocurridos en hospitales. Los efectos indeseables derivados de la prestación de atención de salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte. Los estudios realizados en varios países ponen de manifiesto un índice de errores médicos que varía entre el 3,5 % y el 16,6 % del número de pacientes hospitalizados.<sup>3</sup> Los errores médicos abarcan todos los efectos nocivos que pueden derivarse de la gestión médica, e incidir sobre los pacientes y sus familiares. Los errores médicos en los cuidados de salud pueden causar enfermedad, lesiones, discapacidad y hasta la muerte, y ocurren en uno de cada 10 pacientes internados. Son en su mayoría daños prevenibles. La verdadera incidencia de los errores médicos es muy difícil de conocer por varias razones. En primer lugar, hay una tendencia natural por parte del personal médico y paramédico al ocultamiento, principalmente debido al temor de sanciones o demandas.<sup>4</sup> Hay toda una cultura para favorecer que los errores pasen inadvertidos,<sup>5</sup> por otro lado no existen sistemas de información que permitan detectar la ocurrencia de estos.<sup>6</sup>

Los errores más frecuentes son:

*Mal uso de la relación médico-paciente:* Los errores médicos producidos por relación deficiente médico-paciente pueden deberse a la subvaloración de este aspecto por parte del facultativo, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación o a la inseguridad y la angustia que surge ante la enfermedad del paciente o ante situaciones humanas extraprofesionales que el médico desplaza sobre sus enfermos.

*Mal uso del interrogatorio:* De forma intuitiva, el paciente valora, de acuerdo con las preguntas que se le formulan, el grado de interés mostrado por el médico sobre su problema. El interrogatorio puede ser deficiente: por su brevedad, ya que se percibe como manifestación de apuro; por indiscreto, apreciación del paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problema; por inducir síntomas, sobre todo en pacientes muy sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia productora de grandes dificultades de comunicación; y por mala sistematización, error que causa serias dudas sobre la capacidad del médico, en pacientes con alto desarrollo cultural. El interrogatorio mal encausado expresa que el médico no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente y a qué nivel lo espera.

*Mal empleo del examen físico:* El examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus fallas son más significativas para el paciente, ya que valora este aspecto del trabajo médico como el más importante. La causa más frecuente de error médico por deficiencias en el examen físico es la subvaloración que realizan los médicos como efecto reforzador de la terapéutica de un examen físico que satisfaga al paciente.

*Mal uso de los exámenes complementarios:* El médico, en ocasiones, crea notable angustia cuando comenta sus dudas sobre los exámenes complementarios delante del paciente, o cuando los repite sin necesidad o sin una explicación adecuada.

*Mal uso de la información:* Información omitida o insuficiente, información excesiva, información angustiante, información técnica, utilización de términos con significados populares de mal pronóstico, informaciones contradictorias, falta de discreción con la información y descuidos en la programación de informaciones masivas, entre otras.

*Uso deficiente de las prescripciones:* El conocido chiste médico de las 203 aplicaciones, por la interpretación deformada de 2 ó 3 aplicaciones, sirve como ejemplo de la potencialidad iatrogénica de las prescripciones. Los métodos transmitidos en forma verbal, los escritos con letras ilegibles y, sobre todo, aquellos donde se utilizan diversos fármacos.<sup>7</sup>

La práctica médica ha determinado ser totalmente positivista, considerando al hombre como un ser puramente biológico, desconociendo su esencia social presente en el proceso salud-enfermedad. Como menciona *Pérez*, atendiendo a los postulados de esta doctrina, la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir la enfermedad. El punto de partida de cualquier análisis es solamente, el análisis de la enfermedad. Los errores médicos en la práctica médica abordados desde este punto de vista circunscriben al paciente al ámbito individual y únicamente biológico, se olvida así, al hombre como ser social y el marcado carácter humano que debe prevalecer en la atención médica que se sustenta en los principios de la ética médica.<sup>8</sup>

Ante la Revolución Científico-Técnica, la aparición de nuevas tecnologías reproductivas, de diagnóstico y otros avances determinan la creciente especialización, fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica, el personal de salud se enfrenta ante la posibilidad de incurrir en una diversidad de errores médicos, por lo tanto debe asumir mayores responsabilidades ante la sociedad y no sólo responder a viejos imperativos morales.

La profesión médica ya no puede confiar por entero en su propia conciencia, porque las cuestiones a las que sus miembros deben responder ya no están relacionadas simplemente por la clásica relación médico-paciente. En estos tiempos, como lo plantea *Marcelino Pérez*, el médico utiliza el método decisionista, donde importa sobre todo tomar una decisión adecuada al caso, a partir de la experiencia clínica precedente, condensada en pautas de conducta profesional y sin que interese fundamentar la decisión tomada en principio ético alguno. La absolutización del valor de la experiencia clínica en la toma de decisiones, conduce a la conformación de una moral médica, pero no de una ética clínica auténtica. Concluye este autor: “no basta pues establecer cómo se debe actuar, o sea, formular normas de acción (moral). Interesa más bien mostrar por qué se debe actuar de esa manera, es decir, determinar los principios de acción moral (ética)”.<sup>9</sup>

## **EL TRÁNSITO DE LA ÉTICA MÉDICA TRADICIONAL A LA BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Los problemas éticos, tanto de la sociedad en general, como de las profesiones más connotadas por su grado de vinculación al hombre mismo fueron objeto de análisis y formulaciones teóricas, así como regulaciones, incluso jurídicas, desde la más antigua civilización babilónica (2 000 años a.n.e.) por el rey *Hammurabi*. En el caso del ejercicio de la Medicina, aparecieron ya regulaciones en ese código babilónico y

reaparecieron después, en la Grecia Antigua, en el Juramento y los Aforismos de *Hipócrates*.

Hasta hace aproximadamente 40 años enseñar ética médica equivalía mostrar al futuro médico la manera en que el profesional de la medicina resolvía los dilemas a los que el ejercicio de su arte lo enfrentan. Esta manera de afrontar dichos dilemas para considerarse ética reflejaba siempre lo que debía hacerse con base en inmutables preceptos conformados durante dos milenios y medio que tiene de vida la profesión médica como arte y los 250 que tiene como ciencia. A lo largo de esta evolución, la participación del enfermo en la toma de decisiones ha sido prácticamente inexistente.

La ética médica tradicional se conforma por normas orientadas a la regulación de la relación médico-paciente, junto a exhortaciones al médico para llevar una vida pura y virtuosa.<sup>10</sup> Se ha basado en dos principios fundamentales: “no dañar” y “hacer el bien”. Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo xix, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas.<sup>11</sup> Hasta la fecha en algunas escuelas y Facultades de Medicina y en la práctica médica en México prevalece la ética médica tradicional y se alinea al paradigma biologicista de las Ciencias Médicas.

En la segunda mitad del siglo xx después de la II Guerra Mundial se descubrieron los crímenes de guerra cometidos por los nazis y los atroces experimentos realizados directamente en humanos con prisioneros. Estos hallazgos dieron origen al Código de Núremberg,<sup>12</sup> igualmente se gestaba una nueva disciplina El término bioético es reciente, y fue introducido en 1970-1971<sup>13</sup> por un médico oncólogo norteamericano, el doctor *Van Rensselaer Potter*, obligado a enfrentar la creciente deshumanización en el trato con pacientes en estadio terminal de cáncer, atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos, reflexiona sobre el efecto del impulso extraordinario del desarrollo científico-técnico, que había invadido el campo de las ciencias médicas, en el paciente, quien había sido visto hasta ese momento como alguien pasivo en el proceso salud-enfermedad, delegando o, más bien, obligado a delegar su derecho de libertad de elegir lo mejor para él, en el personal de salud. Potter, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, la bioética, para estudiar justamente los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico y que abarca, no sólo al hombre sano o enfermo, sino a todos los seres vivos que tienen relación con la mejor calidad de vida del hombre.

La bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. Comprende un campo mucho mayor, pues incluye la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y las normas de conducta que deben prevalecer en las formas modernas de la medicina social e institucionalizada. Los aspectos epistemológicos y morales de la atención en salud, no pueden continuar limitados a la relación médico-paciente.<sup>14</sup> Su evolución ha estado unida al proceso de desarrollo de la democracia, y de los derechos humanos en los diferentes países, por cuanto coadyuvan al desarrollo pleno del hombre, su libertad, su equidad.<sup>15</sup>

La bioética se ocupa de valorar en la sociedad las consecuencias del avance de la Biología Humana, permite explicar la relación entre el hombre y la naturaleza, en un lenguaje asequible al público y logra que este interrelacione a los científicos en la solución de los grandes problemas de la humanidad.<sup>16</sup>

Con el surgimiento de la bioética lo social penetra con amplitud en la ética médica. La inclusión de los principios éticos de justicia y autonomía, significan la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializando este proceso.<sup>17</sup>

Las relaciones entre la bioética y la ética médica tradicional son examinadas con frecuencia en su aspecto lógico-formal. Algunos las consideran disciplinas diferentes, aunque relacionadas; para otros representan lo mismo, como parte de la ética general en su aplicación a la actividad médico-científica.<sup>18</sup>

Hoy en día la bioética preocupa y ocupa a la sociedad entera y aún los problemas más alejados del lego son objeto de profundos y permanentes debates entre los miembros de la sociedad civil. En la medida en que la sociedad percibe mejor los postulados de los derechos humanos participa con mayor empuje y claridad en la definición última de la bioética. En otras palabras, la ética médica tradicional ha comenzado a ser parte de una ética social, con todas las ventajas y problemas que ello implica.

La bioética, más que una disciplina o una tendencia, constituye un paradigma en formación o conjunto de tendencias, que son expresión de la extensión del paradigma médico social a la esfera de la ética en salud, lo que explica su convergencia con otras corrientes, presentes en el desarrollo de la salud pública contemporánea, como la promoción de salud orientada hacia el empoderamiento, la abogacía y la lucha por la equidad en salud. Finalmente, la bioética médica es caracterizada como un campo de lucha dentro del pensamiento y la práctica salubrista contemporáneos, donde también se dirige el bienestar y la salud del hombre.<sup>19</sup>

### **Derechos humanos y códigos de bioética**

La vinculación entre la práctica médica y la vida humana, es un fenómeno que ha generado una demanda social que ha obligado al establecimiento de normas que regulen el ejercicio profesional de los médicos. Esta demanda social ha dado origen a códigos, leyes y reglamentos de carácter universal en los que, por una parte se atiende la preocupación del médico por regular su actividad profesional y por otra, se garantiza a la sociedad el respeto a los valores fundamentales de la vida humana. De esta manera, la bioética se convierte en la directriz que norma, regula y sanciona la actividad médica. Actualmente, el quehacer médico se caracteriza por una mayor interacción entre la medicina como arte y la medicina como ciencia, bajo un perfil de desarrollo tecnológico cambiante día a día, influenciado por los cambios sociales globales y muy particularmente por los acontecidos en los años recientes, lo que ha llevado a un cambio en los valores humanos. Sin embargo, hay valores y principios fundamentales que permanecen al paso del tiempo, como es el respeto a la vida y a la dignidad humana. De igual manera se encuentra el reconocimiento de los derechos humanos, entre los que figuran los derechos de los pacientes y el derecho a la salud.

La preocupación social por la existencia de errores médicos está creciendo en todo el mundo y genera la necesidad de un intento de mejora de los posibles errores médicos y, sobre todo, de las negligencias. Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más conocido y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe

actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes: “no haré daño” y “actuaré en beneficio del enfermo”. Principios que siguen vigentes aún; a pesar de que en ese juramento no se menciona la capacidad determinante del paciente para participar en la toma de decisiones, ni del principio de justicia, que ya consideran los códigos de ética médica recientes, como son el de Nüremberg y las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica (en seres humanos y animales de laboratorio).

Estas guías de conducta ética han sido básicas para las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que, congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos, se refieren al establecimiento de guías o códigos nacionales de conducta ética y otras reflexiones deontológicas necesarias.

La existencia de códigos y reglamentos reconocidos por organismos gubernamentales, agrupaciones profesionales médicas, y organizaciones civiles de carácter internacional, son una evidencia contundente del avance que en materia de regulación de los servicios médicos se ha dado, principalmente en el siglo pasado.<sup>20</sup>

Sin duda, actualmente la sociedad sabe que los derechos humanos han adquirido realidad jurídica. Estos no constituyen una nueva moral ni una nueva religión; son mucho más que una lengua común a todos los seres humanos. Constituyen exigencias de la sociedad que el pensador o el científico debe estudiar e integrar en su saber, junto con las reglas y los métodos que caracterizan su formación, independientemente de que se dedique a la filosofía, a las ciencias humanas o a las ciencias exactas. En definitiva, lo que se trata de construir o promover de manera progresiva es una verdadera elaboración científica de los derechos humanos. Con este propósito, según Bandman, la bioética se ha incorporado a la ciencia en los últimos treinta años, rescatando la importancia del consentimiento bajo información como una forma básica de respeto a la dignidad del ser humano.<sup>21</sup>

## **EL ERROR MÉDICO ENFOQUE DESDE LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA**

La evolución de la bioética ha estado unida al proceso de desarrollo de la democracia, y de los derechos humanos en los diferentes países, por cuanto coadyuvan al desarrollo pleno del hombre, su libertad, su equidad.<sup>22</sup> Atiende así los principios y normas de conducta que rigen la práctica médica con la sociedad, abarcando el error médico, el secreto profesional y la experimentación con humanos.<sup>23</sup> En la última mitad del siglo xx las vertiginosas transformaciones del mundo han tocado todos los ámbitos y espacios y aún aquello que se creía inalterable ha tenido que cambiar. Según Sass y Bandman dentro de este cambio la autonomía del enfermo en la toma de sus propias decisiones se presenta como un derecho fundamental. En el caso de la bioética, las raíces de estos cambios son sumamente complejas y toda posible consideración debe incluir los aspectos sociales, políticos, económicos, y jurídicos para entender este fenómeno social.

Deontológicamente la bioética se fundamenta en cuatro principios *prima facie* lo que significa que deben ser respetados cuando no existen conflictos entre ellos, en la medida que éstos sean respetados, la incidencia de errores en la práctica médica irá

disminuyendo. Estos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Estos principios tienen dos niveles de jerarquización: público (justicia y no maleficencia) y privado o individual (beneficencia y autonomía) si existiera conflictos entre ellos, los segundos serán de obligatorio cumplimiento, siempre que no haya conflicto con los primeros.

*Beneficencia.* Tiene entre sus acepciones la realización activa del bien y la protección de los intereses del enfermo. La beneficencia implica tres conceptos: el de procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la medicina, la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir el mal innecesario. La ciencia sin conciencia puede ser quizás más peligrosa que la conciencia sin ciencia. La posesión de las dos, sin duda, hará del médico el profesional ideal, el verdadero médico virtuoso. El fin moral último del principio de beneficencia será promocionar los mejores intereses del paciente desde la perspectiva de la medicina. Esos intereses no son otros que su vida, su salud y su felicidad. El beneficio positivo que el médico está obligado a alcanzar es curar la enfermedad y evitar el daño cuando haya esperanza razonable de recuperación. Al médico, en principio, le está vedado hacer daño a no ser que éste sea la vía para llegar a la curación. La beneficencia se refiere a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios, es decir que los riesgos de la investigación deben ser razonables teniendo en cuenta los beneficios esperados.<sup>24</sup>

Aunque un acto no beneficie, puede ser éticamente positivo en la medida que evite dañar. Desde los escritos hipocráticos, ha sido precepto fundamental del médico el ayudar o al menos no dañar. Quien solicita o recibe un beneficio sabe cuanto significa para él, sólo quien sufre un daño puede acusar la gravedad de lo acaecido. Consecuentemente, es el afectado por la beneficencia o no maleficencia quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de actos que atañen principalmente sus intereses. Bajo el mismo criterio, le corresponde también evaluar si la omisión o la negativa a ejecutar un acto tienen consecuencias tolerables o un riesgo sustentable.

Es imprescindible la capacidad que posea un médico para evitar incurrir en un error médico, ya sea al realizar una conclusión diagnóstica o al emitir indicaciones terapéuticas no correspondientes con la afección verdadera que padece el enfermo.<sup>25</sup>

*No maleficencia.* Sólo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causarán daño físico ni psíquico.

El principio de no maleficencia, sinónimo del no dañar, de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas.

Estas aspiraciones se desarrollan en el sistema de valores morales que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.

Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, el personal de salud puede distinguir dos ideas fundamentales:

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que le faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o la comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

*Justicia.* El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan justicia distributiva, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad.

Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.

La justicia se refiere a la obligación ética de dar a cada persona lo que le corresponde moralmente, es decir que las cargas y los beneficios de participar en la investigación deben estar distribuidos equitativamente.<sup>26</sup>

Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos. Por ello, en el mundo contemporáneo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público.<sup>27</sup>

En el ámbito hospitalario se traduce en que todos los pacientes críticos deben tener iguales oportunidades, tratando de conseguir el mejor resultado con el menor costo económico, humano y social.<sup>28</sup>

*Autonomía.* Intencionalmente presento el principio de la autonomía como el último de los cuatro principios con la finalidad de profundizar en ella, presentando como una expresión de la autonomía al consentimiento informado. Así pues, la autonomía es uno de los principios que incorpora la bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Significa:

- Tener la libertad de elegir.
- Tener la capacidad de fijar una posición propia respecto a determinado hecho.
- Poder asumir la responsabilidad de sus propios actos.

Este principio ha sido generado en medios jurídicos e implica la capacidad de comprender las situaciones propias y de perseguir objetivos personales sin estar dominados por coacciones. A diferencia del modelo de beneficencia este principio entiende los valores y creencias del paciente como la principal consideración en la

determinación de la responsabilidad del médico; y se aplica a las responsabilidades del médico porque médicos y pacientes no son iguales en cuanto a la posesión de información y capacidad de controlar hechos y circunstancias.

La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

1. Descubrimiento de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
2. La información comprensible, es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso). El consentimiento comprende también dos aspectos:

1. Consentimiento voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias.
2. La competencia para el consentimiento, tanto física como psicológica.

El consentimiento informado protege, en primer lugar, a pacientes y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.

Dicho esto así todo parece claro y de fácil solución; sin embargo, el profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la integridad del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos.

En la práctica médica el consentimiento informado debe basarse en el pleno conocimiento del enfermo sobre el procedimiento en sí, sus fines, consecuencias probables y beneficios potenciales. Para otorgarlo, el sujeto ha de encontrarse en pleno ejercicio de sus facultades mentales y no debe ser sometido a presión o engaño de ninguna especie, de manera tal que el consentimiento sea expresión de su voluntad y libertad personales.

Los problemas relacionados con menores, incapacitados y enfermos mentales son mucho más complejos, y la participación de este tipo de individuos sólo es admisible si está en juego su bienestar, aun con el consentimiento de los padres o tutores legales. En cuanto a los presos, según la Declaración de Manila, se mantiene el criterio de que quedan al margen de cualquier tipo de experimentación porque su situación les impide emitir un consentimiento libre de presión.<sup>29</sup>

Las principales demandas emitidas por parte de la población en México se deben principalmente por falta de información a los pacientes y a sus familiares, por prácticas

no autorizadas a pacientes que conducen a la aparición de errores médicos en la atención médica con consecuencias en ocasiones fatales.

## CONTEXTO DEL ERROR MÉDICO EN MÉXICO Y TABASCO

### ¿Qué sucede en México?

En México los pacientes manifiestan cada vez más su inconformidad en el rubro de la atención médica. Las controversias surgidas por la práctica médica son atendidas en las distintas instancias jurisdiccionales, Comisión Nacional de Derechos Humanos o en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico dentro de la resolución alternativa de conflictos; las principales áreas médicas afectadas son: traumatología y ortopedia, ginecoobstetricia, urgencias y cirugía.

Un estudio realizado por Cote y otros, reveló que de 371 dictámenes de los archivos de la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República (1976-1992), en 31,44 % (89) existió falta médica; en 78,65 % (222) existió negligencia y en 21,34 % (60) impericia; la especialidad más afectada fue ginecoobstetricia con el 35,95 % (101) y cirugía general 10 % (54) ocupó el segundo lugar.<sup>30</sup>

Ante esta situación y en respuesta a la demanda de la sociedad el Presidente de la República doctor *Ernesto Zedillo Ponce de León* crea el 19 de Octubre del año 2000 la Comisión Nacional de Bioética, la cual tiene como objetivos:

- Proponer una guía ética para la atención médica y la investigación.
- Fijar los criterios o principios éticos mínimos que deberán observarse para la atención médica en las instituciones públicas y privadas de salud.
- Difundir entre la sociedad y los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud los principios y valores que deben regir el ejercicio de su actividad.
- Fomentar el respeto de los principios éticos en la actividad médica.
- Opinar sobre los protocolos de investigación en seres humanos y desarrollo de nuevos medicamentos, así como su uso correcto en la práctica médica.
- Dar a conocer los criterios que deberán considerar los comités de ética y de bioseguridad de las instituciones de salud.
- Apoyar el desempeño de los comités de ética de las instituciones de salud.
- Recomendar, en general, los criterios que deberán observarse en la reglamentación de la investigación en seres humanos.<sup>31</sup>

## ESCENARIO EN TABASCO

En Tabasco, así como en el resto del país predomina la esencia biologicista de los paradigmas de las Ciencias de la Salud, conduciendo esta tendencia a la casi nula participación del paciente en las decisiones médicas, por diferentes razones, teniendo el médico tratante la dirección y decisión casi total del proceso, hecho que viola evidentemente el principio de autonomía al paciente y su familiar.

Los pacientes se encuentran poco o mal informados de su padecimiento o de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizarse y se someten ante el planteamiento del personal de salud bajo el supuesto de que son sabios e infalibles,<sup>32</sup> y

sólo cuando se presentan consecuencias fatales como discapacidad o defunción por un error médico recurren a instancias establecidas para dirimir los asuntos de mala praxis como son la Comisión Nacional y Estatal de los Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o la Procuraduría General de la República.

A pesar de contar con un Programa Nacional de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud en cuyos objetivos se considera como fundamental la seguridad del paciente a través de la prevención de los errores médicos, es de vital importancia deshacernos del enfoque biologicista en el que estamos formados (y me incluyo dentro de este paradigma) e involucrar al paciente, su familia, el entorno, la sociedad y la respuesta que ha generado hacia el error médico.

Un aporte de este ensayo hacia los servicios de salud en Tabasco es la consideración del error médico como un problema social, este debe ser tratado a nivel inter e intrasectorial involucrando a las instancias relacionadas con la atención médica. Establecer a la bioética como el eje rector de la práctica médica velando por el respeto estricto de sus principios, a través de la información a la sociedad usuaria de los servicios y capacitar al personal médico sobre los principios bioéticos que nos rigen. Pero ante todo la participación de las autoridades del Sistema de Salud para que a través de estrategias gerenciales formen parte de esa respuesta social organizada tan requerida en este grave problema.

## **CONCLUSIONES**

- La Revolución Científico Técnica ha propiciado gran avance en la atención médica, sin embargo la compleja combinación de procesos involucra un alto riesgo de cometer errores médicos, más aún cuando en este avance ha faltado el armónico acompañamiento de la aplicación de la bioética en la práctica médica contemporánea.
- El enfoque biologicista en la práctica clínica ha fragmentado al paciente en especialidades y subespecialidades, la atención médica se deshumanizó. La figura del médico es autoritaria, él es quien decide sobre el paciente.
- La bioética abarca la responsabilidad profesional y las normas de conducta de la moderna medicina social, es por tanto una extensión del paradigma médico social.
- En la medida que sean respetados los cuatro principios de la bioética y se aplique correctamente el consentimiento informado, los errores médicos irán en decremento.
- México y Tabasco tienen un largo camino que recorrer en la aplicación de la bioética como paradigma médico social.

## **SUMMARY**

### **Medical errors in clinical practice, from the biological to the medicosocial paradigm**

The medical attention interventions try to benefit patients, but they can also cause harm. The Scientific and Technical Revolution has provoked the appearance of new technologies and an increasing specialization; however, it is observed a fragmentation, depersonalization and dehumanization of medical attention. The health personnel can make diverse medical errors and, therefore, it should assume greater responsibilities

before society and not only to respond to old moral imperatives. At present, to the precepts of medical ethics “I will not do any harm... and I will act for the benefit of the sick...” , the bioethic principles of “justice and autonomy” are added, allowing the incorporation of society and of the patient with his cultural, human and ethic dimensions, and socializing this process. The social concern for the existence of medical errors is growing in the whole world and it generates the need of an attempt to improve the possible medical errors and, above all, the negligences. This paper intends to analyze the medical error occurring in clinical practice from the approach of the biological and medicosocial paradigms, considering the bioethic perspective. As the principles of bioethics be respected, medical errors will decrease. The present situation of México and Tabasco as regards the approach of the medical error from the view of the medicosocial paradigm is exposed, and it is concluded that there is a long way to go.

*Key words:* Medical error, medical ethics, bioethics, biological paradigm, medicosocial paradigm.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Patient Safety Foundation. National Agenda for Action: Patients and Families in Patient Safety. 2001 [citado 2004 Oct 29] Disponible en: <http://www.npsf.org>
2. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución A55/13 2002 Marzo pág.1 [citado 2004 Nov 30]. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/pdf)
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Nat Acad Press. 1999. p. 4. [citado 2004 Dic 12]. Disponible en: <http://www.iom.edu/report.asp?id=5575>
4. Lee T. A broader concept of medical errors. *New Engl J Med*. 2002; [citado 2004 Dic 2]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/347/24/1965>
5. Mazor K, Simon S, Yood R, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004; [citado 2004 Dic 2]. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/1>
6. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución A55/13 2002 Marzo pág. 1 [citado 2004 Nov 30]. Disponible en: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/pdf)
7. González R. Los secretos de la prevención de iatrogenias. Editorial. *Rev Cubana Med* 2003;42(6) [citado 2005 May 14]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42\\_6\\_03/med01603.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_6_03/med01603.htm)
8. Pérez A. Ética Médica, Bioética y Axiología, su importancia para el estudio del pensamiento social médico contemporáneo en América Latina. IX Simposio Internacional de Pensamiento Filosófico Latinoamericano [citado 2004 Nov 2004]. Disponible en: [http://www.filosofia.cu/cpl/ix\\_simposio/](http://www.filosofia.cu/cpl/ix_simposio/)
9. Pérez M. Pérez A. Ética Médica y Bioética. Fundamentar la bioética desde una perspectiva cubana en "Bioética desde una perspectiva cubana". La Habana: Edit. Félix Varela; 1997:32-6.
10. González R, González L. Recuento histórico de la Bioética en la Genética Médica, *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002;(5): [citado 2004 Ene 20]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi1852002.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi1852002.htm)

11. Amaro Cano, Marrero A, Valencia M, Casas S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer 1996;12(1) [citado 2005 Feb 2].  
Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12\\_1\\_96/enf06196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm)
12. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud México. 2002; [citado 2005 Ene 25]. Disponible en:  
<http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>
13. Pérez A. Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias Rev Cubana Enfermer 1999;15(2):133-40. [citado 2005 Mar 3].  
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n2/enf14299.pdf>
14. Sass Hans-Martin. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. En: Bioética, temas y perspectivas. Washington DC: OPS; 1990. p. 18-24. (Publicación Científica, No. 527).
15. Salas R. Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana. Rev Educ Méd Sup 1997;10(1) [citado 2005 Mar 22]. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol10\\_1\\_96/ems05196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol10_1_96/ems05196.htm)
16. Barrios García B. Dilemas bioéticos del diagnóstico prenatal en "Bioética desde una perspectiva cubana". La Habana: Edit. Félix Varela; 1997:205-8.
17. Pérez A. Ética Médica, Bioética y Axiología, su importancia para el estudio del pensamiento social médico contemporáneo en América Latina. IX Simposio Internacional de Pensamiento Filosófico Latinoamericano [citado 2005 Mar 21].  
Disponible en: [http://www.filosofia.cu/cpl/ix\\_simposio/](http://www.filosofia.cu/cpl/ix_simposio/)
18. Pérez M. Ética Médica y Bioética. Fundamentar la bioética desde una perspectiva cubana en "Bioética desde una perspectiva cubana". La Habana: Edit. Félix Varela; 1997:32-6.
19. Pérez A. Ética Médica, Bioética y Axiología, su importancia para el estudio del pensamiento social médico contemporáneo en América Latina. IX Simposio Internacional del Pensamiento Filosófico Latinoamericano [citado 2004 Nov 2004]. Disponible en: [http://www.filosofia.cu/cpl/ix\\_simposio/](http://www.filosofia.cu/cpl/ix_simposio/)
20. Código de Bioética para el Personal del Hospital General de México; [citado 2005 Ene 12]. Disponible en:  
[http://hgm.salud.gob.mx/hospital/hosp\\_codigo2.html](http://hgm.salud.gob.mx/hospital/hosp_codigo2.html)
21. Bandman EL, Bandman B. Bioethics and Human Rights Litte. Boston: Bown and Company; 1998.
22. Salas R. Principios y enfoque bioéticos en la Educación Médica Cubana. Rev Educ Méd Sup 1997;10(1) [citado 2005 Mar 22]. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol10\\_1\\_96/ems05196.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol10_1_96/ems05196.htm)
23. Pérez A. Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias. Rev Cubana Enfermer 1999;15(2):133-40. [citado 2005 Mar 3].  
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n2/enf14299.pdf>
24. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cubana Salud Púb 2002;28(2). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/spu>
25. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. Secretaría de Salud México 2002; [citado 2005 Ene 25]. Disponible en:  
<http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm>
26. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cubana Salud Púb 2002;28(2). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/spu>
27. González R, González L. Recuento histórico de la Bioética en la Genética Médica. Rev Cubana Med Gen Integr 2002;(5): [citado 2004 Ene 20].  
Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi1852002.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi1852002.htm)

28. Sánchez A, Sánchez V, Bello M. Aspectos éticos de los Cuidados Intensivos. Rev Cubana Med Intens y Emer. Trabajos de Revisión [citado 2005 Mar 9]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_4\\_03/mie15403.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm)
29. Sánchez A, Sánchez V, Bello M. Aspectos éticos de los Cuidados Intensivos. Rev Cubana Med Intens y Emer. Trabajos de Revisión [citado 2005 Mar 15]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_4\\_03/mie15403.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm)
30. Cote L, García P. Error Médico en Cirugía. Boletín informativo de la Federación Latinoamericana de Cirugía. Bogotá, abril –junio 2003; vol 8, no. 2; [citado 2005 Ene 25]. Disponible en: [http://www.amcg.org.mx/cami\\_inv\\_errormed.html](http://www.amcg.org.mx/cami_inv_errormed.html)
31. Secretaría de Salud México. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Su quehacer. Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico. México 2001; p. 47-67. [citado 2005 Feb 27]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia\\_4/consolidacion\\_del\\_arb\\_med.pdf](http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/consolidacion_del_arb_med.pdf)
32. Carrillo M. Concepto de responsabilidad profesional. La responsabilidad profesional del médico. 3ª. Ed. México DF: Editorial Porrúa; 2000; p. 45-62.

Recibido: 10 de mayo de 2005. Aprobado: 30 de junio de 2005.

*Clara Magdalena Martínez Hernández*. Paseo Tabasco 1504. Tabasco 2000.

Villahermosa Tabasco. México. E-mail: [cmartinez@saludtab.gob.mx](mailto:cmartinez@saludtab.gob.mx)

<sup>1</sup>Directora de Atención Médica de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México. Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Puebla. México.