



**Prevención de reclamos en la práctica médica**  
**Dr. Ignacio Maglio:**



Abogado Diplomado en Salud Pública. Jefe Sección Riesgo Medico Legal Hospital Muñiz.  
Miembro del Departamento Jurídico de Fundación Huésped e I.N.C.U.C.A.I..

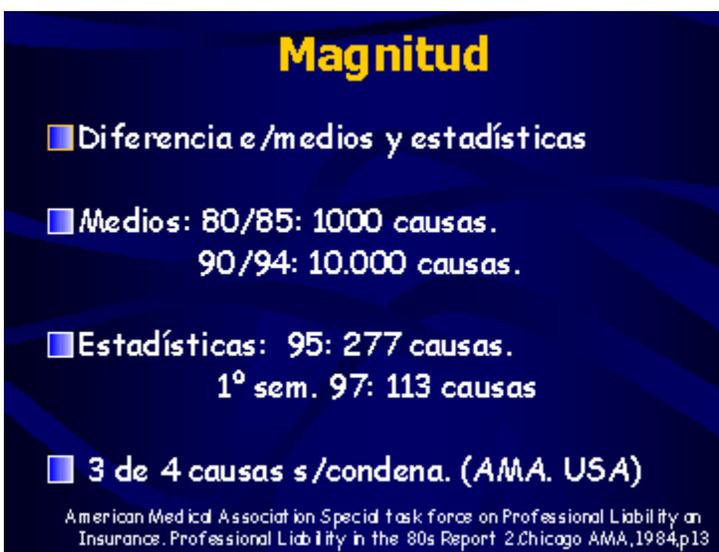
Cuando me pidieron que hablase sobre *mala praxis* yo preferí en vez de hablar *de mala praxis*, es decir para no abrumarlos con un discurso duro jurídico sobre las consecuencia de la responsabilidad médica plantear este tema desde otra mirada, desde la perspectiva de quien trabaja ya hace 20 años en las instituciones de salud en particular en el hospital Muñiz, y en donde, luego de muchos años hemos aprendido a convivir agentes sociales y agentes de la salud en armonía.

Muchos amigos médicos dicen que el mejor antídoto contra la *mala praxis* es la **eliminación sistemática de todos los abogados** pero, por razones obvias y de supervivencia, no comparto esta idea. De todas formas creemos que los problemas de responsabilidad médica de *mala praxis* responden a una diversidad de causas, son fenómenos multicausales, no es que exista *mala praxis* porque existen abogados inescrupulosos que reparten tarjetas en los hospitales, lo cual es cierto, y tampoco es que existe únicamente responsabilidad médica porque los médicos sean malos y malos peritos de ninguna forma. Es un fenómeno complejo en donde también tenemos que observar cual es la situación actual e la Argentina y en especial en Buenos Aires sobre los probemos de responsabilidad médica. Van a ver ustedes que hay una ausencia de cifras mas o menos confiables.

Vamos a comenzar indicando cual sería el diagnóstico en una situación de - si me permiten ustedes el atrevimiento - una suerte de perspectiva **epidemiológica jurídica**. Vamos a ver si realmente es un problema plantear que consecuencia traen los problemas de responsabilidad médica, para luego para luego plantear unas hipótesis de prevención frente a los problemas de responsabilidad o de *mala praxis*.

En primer lugar hay que referirse no solamente a los cuestionamientos judiciales, al planteo judicial, sino también vemos hoy más que nunca como se vehiculizan los reclamos a partir de denuncias mediáticas y vemos también que las denuncias en los medios contra médicos o instituciones de salud corroen uno de los sistemas fundamentales que hacen a esta relación tan particular que es la confianza. Sin esta confianza no hay ninguna hipótesis de buena práctica en ningún sentido. De manera tal que a veces los medios al publicar reclamos supuestamente contra el ámbito medico no hacen mas que pronunciar y promover esta desconfianza y corroer la confianza y en general no se le da la misma oportunidad a aquellos que están inculpados en estos supuestos reclamos mediáticos para una debida defensa de los intereses en juego, el daño ocasionado ya esta hecho.

De todas formas fíjense ustedes que la primera referencia que tenemos aquí, esta es una publicación que tiene sus años pero es ejemplificativa porque la vamos a comprar con cifras oficiales: el diario La Nación indicaba que entre la década del 80 y la década del 90 existían alrededor de 10.000 causas. O sea que la *mala praxis*, la fiebre de la responsabilidad médica en la Argentina se dispara a partir



de los 90 con 10.000 causas. No se dan las cifras, algunas instituciones como las de la Asociación de Médicos Municipales nos incidirán que se presentan en Bs. As dos demandas por día por lo menos en el ámbito civil. Pero lo cierto es que el Servicio de Informática Jurídica del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. en el fuero civil, para el mismo año, estableció que solamente existían menos de 300 causas. Fíjense ustedes la desproporción entre las estadísticas que se manejaban a nivel de los medios, un poco esto del mito de la responsabilidad médica. Hay un artículo muy interesante del doctor Krauss publicado en donde se decía que hay algo de mítico en realidad en cuanto a esto, porque también lo que conocemos nosotros es de la cantidad de causas que se inician cuántas terminan en condenas. Es decir, cuántas tienen condenas efectivas, a los agentes de salud o a las instituciones.

La Asociación Médica Americana estableció, eso sí lo pudieron chequear - hay que ver después si esto es extrapolable al contexto argentino - que **solamente una causa de cuatro que se iniciaron recibían condena, es decir, en tres causas no existían condena**, con lo cual eran en general demandas absolutamente injustificadas. De todas formas, esto provocó una crisis en el sistema sanitario americano y podemos pensar que en la Argentina también al observar el incremento de indemnizaciones. Fíjense allá por la década del '30 el promedio de indemnizaciones era de **450 dólares** y en los '90 podemos hablar, de hasta **90 millones de dólares**. Este fue el caso de una mujer en donde plantea una demanda por responsabilidad por error de diagnóstico en donde no se hizo un diagnóstico de cáncer a tiempo y esta mujer no pudo recibir una terapia adecuada.

La reforma Clinton, recordarán ustedes, intentó poner un dique de contención a los gastos, se hablaba de una estimación entre 15 mil y 50 mil millones de dólares por año que en realidad los

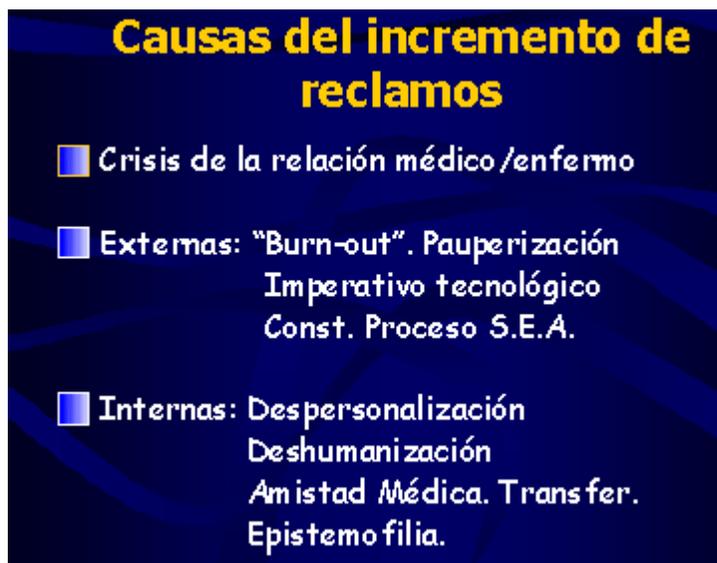


costos directos o indirectos de la responsabilidad médica tenían que ver con un fenómeno que desgraciadamente observamos hoy en la Argentina, que es la **práctica de la medicina a la defensiva**. Es decir, hacer justamente de más por temor a recibir un planteo judicial. Un dato interesante es que los aumentos de esta práctica de la medicina a la defensiva han sido por el incremento de costos de métodos de diagnóstico de alta o altísima complejidad. Lo que cualquiera de ustedes, un buen médico con un buen estudio semiológico, con una placa quizás, bastaba para realizar un diagnóstico más o menos austero, ahora se recurre a toda esta parafernalia tecnológica en el diagnóstico por imágenes por el temor a la responsabilidad médica y, recuerdo que desde este mismo lugar el presidente de la *Asociación Médica Argentina* no mucho tiempo atrás, llamó a todo esta situación "**el síndrome judicial**". Es decir, el conjunto de síntomas y signos que en algunos casos provocaba y provocó autolesiones en los médicos, depresión, angustia y hasta llegó a la muerte. En la Argentina, en la Capital, en el Gobierno de la Ciudad de Bs.As se estableció que **en más del 90% de los resultados de las prácticas de diagnóstico de alta complejidad, los resultados se informaron como normales**. Aquí tenemos también otra situación que puede vincularse a esta práctica de la medicina a la defensiva. *¿Cómo puede ser que tanta, tanta tecnología, tanta inversión, nos encontramos con que el resultado en general de estas prácticas es absolutamente normal?*

La fundación Isalud, el año pasado, estableció el único informe que tenemos de costos directos e indirectos de la responsabilidad médica, que en la década del '90 los costos se dispararon alrededor de casi **900 millones de dólares** y se estableció que la proporción para la década siguiente, la que está transcurriendo, el gasto sería en pesos alrededor de **4.400 millones de pesos**.

Bien, vemos de alguna forma que el fenómeno está instalado, no sabemos la magnitud pero vemos a diario que colegas reportan casos, se publican casos en repertorios jurídicos pero cómo explicar este malestar contra la Medicina, este malestar contra el modelo biomédico. Evidentemente hay una serie de causas distintas, algunas reconocen su principal razón en la crisis de la relación médico-enfermo, esto es claro, **no es que esté**

**deshumanizado el acto médico sino que está deshumanizado el mundo entero**, como bien lo decía el profesor Mainetti y algunas causas reconocen una cuestión externa digamos, a esa relación tan particular, tan singular entre el médico-paciente, como por ejemplo esta situación del *burnout*, el síndrome de Tomás, la situación de *quemazón* de los equipos profesionales, que más que una noxa de naturaleza psiquiátrica



**Causas del incremento de reclamos**

- Crisis de la relación médico/enfermo
- Externas: "Burn-out". Pauperización  
Imperativo tecnológico  
Const. Proceso S.E.A.
- Internas: Despersonalización  
Deshumanización  
Amistad Médica. Transfer.  
Epistemo filia.

consideramos nosotros que es el producto de la **pauperización en la forma de ejercer la Medicina**.

Es decir, sabíamos que en el conurbano, por publicaciones recientes, que el **75% de los médicos matriculados tienen que tener entre 3 y 4 trabajos para tener apenas dos canastas familiares que les permitan subsistir con un mínimo de decoro**, es decir, en estas circunstancias uno puede preguntarse claramente si hay o puede promoverse responsabilidad y buena práctica.

También muchas veces los pacientes piensan como decía Marañón que uno se puede curar donde existan más aparatos, estos procesos de deshumanización de la Medicina y donde el proceso de *salud/enfermedad/atención* también genera expectativas desmesuradas en la comunidad como bien también lo decía José Alberto Mainetti.

Pensar y repetirle a la gente que la salud no es ausencia de enfermedad sino aquél completo estado de bienestar, físico y psico-social es absolutamente plantearles una utopía en donde **ningún agente de salud, ninguna institución puede comprometerse a ofrecer salud en estos términos** pero esto va a generar irremediablemente cuestiones de reproche, porque ninguno de ustedes puede garantizar seriamente aquél completo estado de bienestar que los jueces utilizan a la hora de valorar judicialmente cual es el derecho a

---

la salud, y que es lo que la gente reclama cuando plantea el derecho a la salud. Decíamos también los procesos de, la profusión de especialidades y subespecialidades, cómo se despersonaliza la relación, cómo se pierde de vista ese encuentro íntimo y personal entre el médico y el paciente. Cuando se fragmenta la atención, se deshumaniza la atención del paciente, y no se piensa que es, como decía también Marañón, *aquél ser humano de carne y hueso que ama piensa y sufre*.

Cuando el mal manejo de los aspectos transferenciales provoca también reclamos, cuando en tiempo oportuno no se advierten estas cuestiones que pueden intoxicar los vínculos clínicos, esto también genera responsabilidad médica y recordamos aquí, por ejemplo, a Diego Gracia cuando él decía *“médicos y pacientes no pueden ser amigos, deben ser médicamente amigos”*. Es decir, como un punto de inflexión, como un punto de equilibrio para no *cosificar* a esa persona pero tampoco no promover una relación desmedida.

Cuando la profesión se realiza por un amor desmesurado al saber o solamente al conocimiento y se pierde de vista que la Medicina también en un punto es una empresa social (médico significa, *medeos* en griego, ayudar a otro) evidentemente esto también provoca responsabilidad médica y mala praxis porque se *cosifica* a la persona.

Los catalanes (nosotros siempre cargamos a los gallegos pero ellos siempre nos dan lecciones fundamentales por lo menos en mi caso) ellos decían: **La salud no puede ser lo que dice la organización mundial de la salud, la salud es una manera de vida autónoma, solidaria y gozosa, es un bien-ser y no un bienestar.**

Es decir, yo podré ser más o menos sano en la medida que pueda cumplir con un proyecto propio de vida pero, anclado también en las necesidades de los demás: la perspectiva solidaria para no provocar atomismo moral.

También sintiendo placer, sintiendo gozo, el desterrar el discurso del placer en el lenguaje médico, jurídico provoca también reclamos y provoca también necesariamente insatisfacción. Fíjense sino lo que pasa en las *“campañas”*, (un nombre militar), de prevención en las adicciones y en las enfermedades infectocontagiosas como el VIH en nuestro país donde todos los discursos están anclados en el miedo, en el morir, en la culpa, en la victimización y en la culpabilización de la víctima. Quiero decir, estos programas han demostrado sus fracasos frente a otros que han anclado los discursos de prevención en los chicos y adolescentes del placer como en caso de Brasil y en donde las perspectivas sanitarias y epidemiológicas son absolutamente mejores que las argentinas. De todas formas, otras causas que pueden incidir en el malestar contra la Medicina, contra los médicos y contra las instituciones, están en esto que también nos ha explicado durante muchos años el profesor Mainetti, que son los procesos de medicalización de la vida. Cuando la Medicina se ejerce como un sistema de control o de ejercicio social y cuando se transforman los problemas que no son médicos en problemas médicos, esos procesos de apropiación: los procesos vinculados por ejemplo, al nacer y a la concepción, el parir, la situación de gravidez, son hechos naturales que se han transformado en problemas médicos que van desde episiotomías hasta cesáreas injustificadas. Esto invierte la relación de los actores, también invierte la relación de las personas que están involucradas en el acto médico. También tenemos que cuando atrás de un diagnóstico

técnico, supuestamente neutral (Mainetti nos enseñaba que la ciencia nunca es neutral, la Medicina tampoco), realizamos juicios negativos de asignación moral, ejemplo: lo que nos pasa en el hospital Muñiz, la antigua casa de aislamiento que hoy se reproduce en este nuevo milenio, como aconteció con la epidemia de Fiebre Amarilla, donde el hospital se transforma en una nueva situación de aislamiento, de estigmatización y en donde por ejemplo las personas que tienen Sida se transforman en *sidosos*, las personas que padecen tuberculosis se transforman en *tuberculosos*, el que sufre lepra se transforma en *leproso* y muchas veces los chicos nos dicen “*yo no quiero ser sidoso, yo soy Juan que tengo, vivo y convivo con VIH/Sida*”. Escuchamos muchas veces en las salas de pediatría “*estos chicos son víctimas inocentes del VIH*” como si los padres o las madres fueren culpables de tener una infección fatalmente grave. Escuchamos también que en las listas de espera para trasplante hepático no se inscriben a las personas que viven con VIH Sida porque hay juicios subyacentes, supuestos, en que la sobrevivencia del injerto puede ser distinta en aquellas personas que son inmunocompetentes y en aquellas que no. Escuchamos también por ejemplo, que en las listas de espera para trasplante pulmonar o hepático no se inscriben a personas que toman alcohol o que fuman. Fíjense ustedes como estos juicios de asignación supuestamente neutral van pasando a establecer **falta de provisión del derecho a la salud en aquellas personas que tienen enfermedades autoinfligidas**. Esto es lo que está pasando hoy no solamente en la Argentina sino también en el mundo. Entonces nos preguntamos también como a veces esa epistemología del acto médico se transforma y se degenera en los medios de comunicación social y se plantea la Medicina como el arte de curar o vemos ahora como han proliferado en los canales de cable, situaciones milagrosas promovidas por médicos, en donde se curan afecciones hasta hoy incurables

Entonces ahí ya se compromete un resultado y se repite también este clásico adagio que la medicina es el arte de curar, también como nos refería Mainetti (esta propuesta reservada a los dioses). ¿Cómo uno puede comprometerse a curar? Como un médico (y hablo de médico e involucro a médicas, hablo en términos de especie y no de género) puede comprometerse a un resultado cuando la misma ley de ejercicio, el mismo derecho impugna esta posibilidad y esa idea de derecho se asienta sobre una idea moral que es aquella de pensar que las relaciones médicas son relaciones exclusivamente de ayuda, de cuidado. Por eso algunos recordarán a Trudeau quien no hizo nada interesante en su vida, allá por el siglo XI d.C mandó a escribir en su epitafio, luego de ser sometido a innumerable cantidad de esfuerzos médicos, lo que se conocía como proyectos distanásicos, prolongación artificial de la vida a través de tormentos, se planteó esto:

*“La medicina no es el arte de curar siempre, es intentar curar a veces, aliviar a menudo y confortar siempre. Me pareció una fórmula, aparte de su riqueza poética y humana, que tiene profundas consecuencias jurídicas también porque a partir de esto, a ningún juez se le va a ocurrir reclamar un resultado a ninguno de ustedes.*

Otras posibles causas - decíamos que la *mala praxis* es un fenómeno multicausal - la **mercantilización de la Medicina** donde hoy se observa que la salud mas que un derecho fundamental, que hace a la esencia de la persona humana y que se deriva de aquel meta principio que es el principio de la dignidad humana, tiene mas que ver con una mercancía

o con un servicio que se juega con las reglas del libre juego de la oferta y la demanda en el mercado, nada mas lejos de la realidad. Todos sabemos que el Estado que no regula la salud, regala salud y el mercado especialmente en salud no se autoregula con equidad. Sino fíjense en Estados Unidos, campeones de la democracia, campeones de la libertades individuales, existen mas de 80.000.000 personas con un seguro inadecuado de salud. Pero también debemos mirarnos a nosotros mismos con franqueza, , a veces detrás de una demanda existe otro médico u otro colega que, quizás en forma inapropiada o inobservando algún deber deontológico, opina a veces en forma inoficiosa sin la documentación necesaria y esto genera también desconfianza.

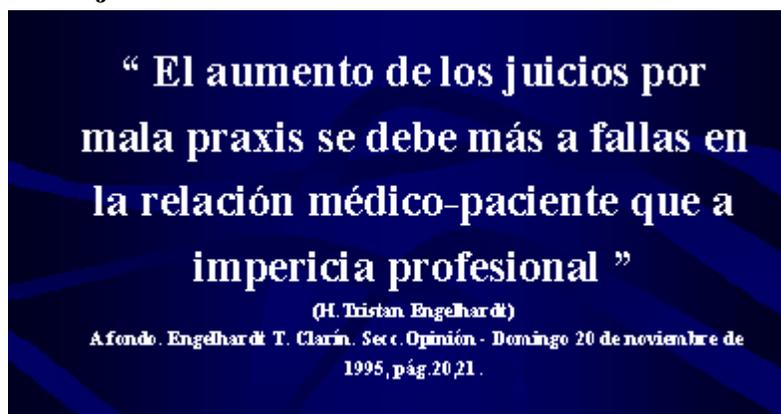
Pero también decimos que **la captación inescrupulosa de clientes a través de un sistema de corretaje de pseudos estudios jurídicos**, también influye, y más en los tiempos que corren de tanta carencia económica, la promoción de estas demandas.

Las consecuencias las conocen ustedes mejor que nosotros a nivel global, el Síndrome Judicial que describió el Dr. Hurtado Hoyo, provoca el incremento de costos y, en el ámbito individual, el ámbito vincular de las relaciones, yo les aseguro que (porque nosotros defendemos a muchos médicos que no han tenido la posibilidad detener seguros de responsabilidad médica) **un médico que se ha expuesto a un juicio ve casi sin quererlo en cada paciente, en cada próximo paciente, un potencial enemigo judicial.**

Vamos a algunas estrategias de prevención. Decía Englhart, el autor bioeticista americano, que **el aumento de los juicios se debe más a fallas en la relación médico-**

**paciente que a cuestiones de impericia profesional.**

Él indicaba, utilizando aquella teoría de la comunicación de Habermas que, solamente el esfuerzo en lograr una comunicación permanente entre ambos podía despejar esa sensación de ser extraños morales porque en un determinado



momento médico y paciente debían iniciar un camino entre sí.

Yo a veces creo que no se cuál ciencia es más de **ficción**, si el derecho o la Medicina porque el derecho está plagado de ficciones, una de ellas es pensar que entre los médicos y los pacientes existe un **contrato** y esto es así aunque ustedes no firmen nada y aunque no exista un contrato descrito en los códigos civiles y comerciales. Pero esto tiene profundas consecuencias jurídicas como el plazo de prescripción: ese paciente tiene 10 años para iniciar una acción por daños y perjuicios.

Pero lo interesante de Engelhart es que reproduce esta idea de ser *extraños morales*: fíjense lo que pasa cuando el paciente viene y no se quiere operar, no quiere amputarse una pierna, como en el caso de Fausto de Parodi, o el caso Bamont que rechaza un tratamiento con sangre o hemoderivados que es fundamental para su vida. ¿Y qué es lo

que hacemos nosotros cuando una persona no se quiere curar? Lo primero que hacemos es llamar al psiquiatra: esta persona está loca, no sabe lo que quiere, pensando también que hay un deber social de curación.

En EE.UU también se realizó un estudio, los americanos cuentan todo, vieron que miden todo, algunas cosas sirven y otras no sirven para nada, pero en este caso es uno de los pocos estudios que se realizaron en que el malestar contra ese ámbito biomédico tenía que ver muchas veces con que **el resultado de la atención médica recibida fue distinto al pronosticado.**

Tenemos también, el famoso **informe Harvard** que está publicado en un *New England Journal of Medicine*. Este estudio fue lapidario porque médicos revisaron en forma retrospectiva más de 30.000 historias clínicas en 50 hospitales en un solo Estado. Lo interesante de este estudio es que por **errores médicos** -insisto evaluados por pares y no hubo abogados, ni jueces, ni “aves de rapiña”- se estableció que para ese Estado en un año se provocaban **6000 muertes por errores médicos.**

<b>Incidencia de Efectos Adversos y Negligencia</b>	
<i>(Estudio s/30.195 H.C. en 51 Htales. New York)</i>	
Efectos adversos	1.133
Negligencia médica	288
Nº demandas	8
% de ser demandado	< 2%.
Muertes p/neglig/año/Estado	> 6.000

THE HARVARD MEDICAL STUDY  
T.A. Brennan et al. in Incidence of Adverse Events and Negligence Hospitalized Patients,  
JGIM 1991; 6: 377-384

Esto es infernal, si ustedes lo extrapolan a todo a EE.UU estamos hablando aproximadamente de **120.000 muertes por año solamente por errores médicos.** Pero lo paradójico de este estudio es que esto se cruzó con un servicio de informática jurídica de la corte suprema de Nueva York y se estableció que solamente 8 demandas se habían iniciado frente a estas causas. Es decir, cómo se explicaba que en una población conocedora de sus derechos individuales, en donde los juicios estaban a la orden del día, había tan poca litigiosidad frente a tanto daño.

Entonces la escuela de salud pública de Harvard, para completar este estudio se informó, a través de 60 compañías de seguros médicos durante los últimos 20 años, para conocer cuáles eran las causas si se podían cualificar por las cuales se iniciaban las demandas.

<b>Causas más Frecuentes de Demandas</b>		
	Nº demandas	Nº condenas
Desempeño inapropiado	40.104	12.590
Ausencia de negligencia	3.539	1.580
Error diagnóstico	31.981	9.762
Errores de medicación	5.847	2.014

*(Physician Injuries Association of America. 60 comp. 20 años)*

Fíjense que el mayor porcentaje se lo llevaba este eufemismo que ellos llamaron “**desempeño inapropiado**”. “Desempeño inapropiado” en realidad significaba problemas nucleares en las relaciones médicas, falta de información, ausencias de consentimiento sobre las prácticas que se iban a implementar y entre otras cosas violaciones a la intimidad y a la confidencialidad de los pacientes. Es decir, vemos y vamos a ver luego, que esta regla ética fundamental y jurídica como es la **confidencialidad** es una de las más importantes pero una de las más frágiles también. Entonces en el Estado de Nueva York concluyeron que tenían una clara tradición en cuanto al respeto de los derechos y obligaciones de los pacientes a través de la modificación del código de salud de Nueva York y que esta situación actuó como el mejor antídoto –¿verdad?- contra los problemas de responsabilidad médica.

El **error en Medicina** fue bastante poco estudiado, aquí tenemos sólo algunas referencias, pero para tener idea de la dimensión del estudio Harvard y del daño, si esto se extrapola -como decía antes- a todo EE.UU significarían alrededor de **120 atentados a torres gemelas por año**. Fíjense, Bin Laden, un poroto al lado de la *mala praxis* médica, porque la dimensión del daño es escalofriante. De todas formas, hay que pensar, fíjense ustedes lo que significan los porcentajes tolerables de error en actividades críticas como la aviación, la actividad nuclear o la finanzas. Trabajar con el 0%, 1%, ¿tengo una seguridad total? **no**. Esto significa por ejemplo para el ámbito de la aviación 2 aterrizajes inseguros por día, 15000 piezas de correo perdidas por hora, o 32000 acreditaciones bancarias erróneas por hora, obviamente en el ámbito de EE.UU. de todas formas, el error en Medicina, siempre de alguna forma se ha subestimado.

Muchos de ustedes conocen lo que aquel antropólogo argentino residente en México describió como los rasgos estructurales del **modelo médico-hegemónico**, donde hay una formación enfática en cuanto a considerar a la muerte y al daño como efectos absolutamente adversos de la práctica. A partir de eso se inició una suerte de **ocultamiento** y mucha gente evidentemente no sabe y no conoce que en determinados momentos tiene posibilidades de reclamar. También hay una dificultad para reconocer y manejar el error a partir del nuevo paradigma que impregna la Medicina de estos días y que impregna el modelo jurídico también como lo es el paradigma de la **Medicina Basada en la Evidencia**, en donde, por ejemplo, si ustedes le pegan una hojeada rápida al programa médico obligatorio (PMO), que es aquel paquete mínimo decoroso que se resolvió ofrecer en la Argentina como atención digna de los pacientes y de las cuales ustedes están obligados a

MBE

- Evidencia de quién, quiénes y en qué lugar
- Intereses corporativos
- Falta de publicación de resultados negativos
- Insuficiencia de contextos sociales
- Falacia inductivista
- Subestimación de la experiencia, la creatividad y la incertidumbre.
- No se ofrecen evidencias, sino argumentos

---

conocer y prescribir, se establece y fundamenta el paradigma basado en la evidencia en donde pareciera que todo está resuelto de acuerdo a estos protocolos. Pero uno puede preguntarse **¿esta evidencia de quien es?**, y en qué contextos se toman. También la posibilidad de que existan intereses corporativos o de la fármaco-industria.

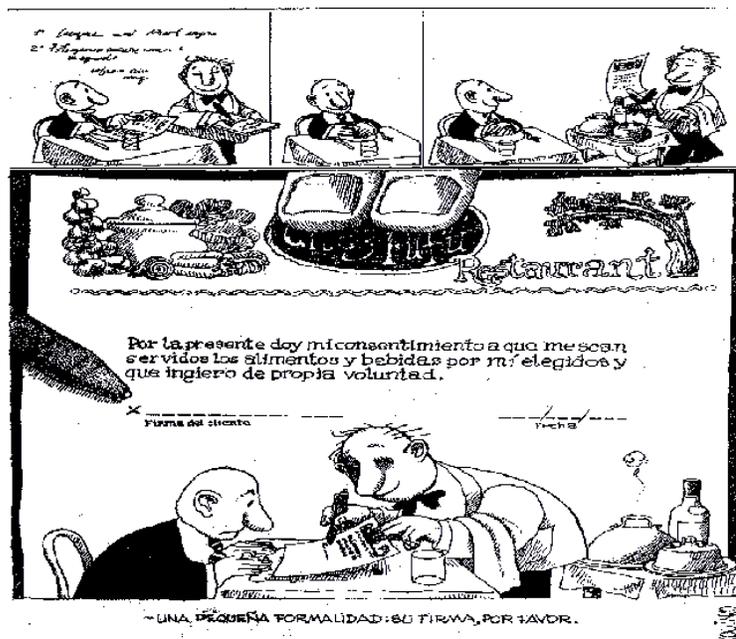
Los problemas que existen ahora y que ustedes conocen bien a partir, por ejemplo, de la última reforma de la declaración de Helsinski de Edimburgo, donde no se publican los resultados negativos, la insuficiencia de valorar los contextos sociales, las falacias inductivistas en aquel sentido: pensar que un modelo vigente en New Jersey puede extrapolarse sin más a la Argentina. Y lo más importante: que **estos modelos subestiman la experiencia, la creatividad y la incertidumbre que fundamenta y que le da sentido al acto médico**, sino cualquiera de ustedes podría ser reemplazado por un ordenador de última generación que analiza y cruce estas variables. **Agrest** decía -a mí me pareció una definición muy simple y muy ejemplificadota- que: “ *La Medicina es arte y ciencia, en arte no hay evidencias y en ciencia no hay certidumbre*. A mí me pareció una forma muy simple, contundente de escuchar alguna voz que se alce contra este nuevo paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia.

También es bueno que la gente sepa y que los jueces también se den cuenta que **todo conocimiento nuevo en Medicina debe ser considerado como un error transitoriamente irrefutable**. Evidentemente uno supone que esto va a entrar claramente en crisis porque se subordinan todos los procedimientos, los protocolos y las normas a la eficacia y a la eficiencia y no se tienen en cuenta los valores morales y los principios que sostienen cualquier sistema y cualquier proceso de derecho a la atención médica.

Bien, entonces para prevenir cualquier reclamo es evidente remodelar, refundar las relaciones clínicas a partir de que nosotros hemos visto en estos últimos años que la judicialización de las reglas éticas de la buena práctica médica, que son la veracidad, la confidencialidad y el consentimiento informado, que hasta no hace mucho tiempo eran sólo reglas éticas, es decir, obligaban en conciencia. Hoy vemos que se han incorporado en el discurso y en las normas, es decir, es **derecho positivo**. Fíjense ustedes, la cantidad de normas en que hoy incorporan estas reglas como obligaciones elementales de los médicos. El **consentimiento informado** entonces es un imperativo moral más que una chapa o una patente de corsario o una patente de inmunidad judicial. El consentimiento informado como tal les permite a ustedes respetar, sin lugar a dudas, aquel derecho fundamental que es el derecho a disponer del propio cuerpo de las personas. Es un deber médico insustituible. Ni siquiera el farmacéutico, ahora que está tan de moda esta facultad de sustitución en la prescripción de la receta, ni siquiera el farmacéutico puede sustituirlos en este deber inexcusable que es la obligación de decir la verdad, de informar, y es respetar que las personas a veces digan que no.

Algunos de ustedes ya conocen este cuento tan maravilloso de Quino que utilizamos para ejemplificar qué no es un consentimiento. Fíjense, esta persona va al restaurante, pide una comida, está contento esperando, con hambre, su botella de vino y su comida, y el mozo enarbolando este papel antes que la persona pueda comer, le pone este papel que dice así:

“RESTAURANTE FU-FU: por la presente doy mi consentimiento que se me han servido los alimentos y bebidas por mí elegidos y que ingiero por propia voluntad”. Firma el cliente, fecha, y la cara del mozo que -con absoluta parsimonia- le dice: “una pequeña formalidad, su firma por favor, señor”.



El **consentimiento informado** no debe ser una transferencia de riesgos a la figura del paciente y tampoco les otorga a ustedes una patente de inmunidad judicial.

No es necesario escribirlo, muchas veces ustedes dicen: “esto va a burocratizar el acto médico”. No, les conviene hacerlo por escrito en aquellos casos en que la ley lo exige, como el caso de las serologías por VIH Sida, como en los casos de la amputación, en los casos de ensayos clínicos. Solamente en esos casos.

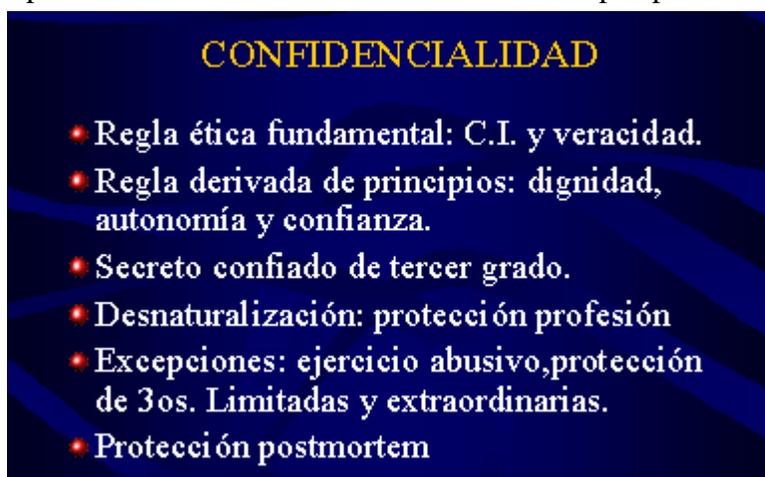
Algunos consejos muy prácticos, muy sencillos. Saber que en los encabezamientos cuando los hagan en forma escrita, figure el nombre del paciente y el médico. Parece una verdad de Perogrullo pero al hospital hoy llegan, por ejemplo, oficios donde nos piden saber quién estuvo en el quirófano el 5 de Mayo del año 1997 porque el paciente no tenía idea quién era el médico y uno de los primeros derechos es a saber quién es la persona que se está enfrente. Utilizar frases y oraciones cortas, pocos signos para evitar frases compuestas, utilizar un lenguaje coloquial habitual, supervisar estos modelos que ustedes hagan con los comités de ética hospitalarios, esto también es muy importante porque en estos comités ustedes van a encontrar un ámbito de discusión interdisciplinaria, multidisciplinaria, secular y democrática que va a permitir generar mejores modelos de estructura abierta de consentimiento.

Por último, como les decía antes, esta regla de la confidencialidad, es decir, **proteger ni más ni menos la intimidad de cada uno de los pacientes**. Esa intimidad es un derecho fundamental. Es aquél reducto donde anida la historia personal, familiar y social de cada persona que los convierten seres únicos e irrepetibles y aquél lugar en donde debe

claramente respetarse este principio inclusive -como muchas veces se lo ha caracterizado- como el **secreto médico**. Pero en la confidencialidad ustedes están jugando con proteger también la **dignidad** de esa persona como un sujeto con aquella obligación de respetar esa persona como un fin en sí mismo y no nunca como un medio.

Un consejo práctico que les doy, que a veces existe este dilema práctico, que la confidencialidad y el respeto por la intimidad es el único deber desde la perspectiva de

los agentes de salud y el único derecho desde las personas que subsiste después de la muerte de las mismas. Recordemos en forma paradigmática aquel caso Ponzetti de Balbín contra Editorial Atlántida, cuando la viuda de aquel dirigente radical le reclamó a esta revista haber publicado en su tapa al cuerpo de Balbín agonizante, exánime, en



**CONFIDENCIALIDAD**

- Regla ética fundamental: C.I. y veracidad.
- Regla derivada de principios: dignidad, autonomía y confianza.
- Secreto confiado de tercer grado.
- Desnaturalización: protección profesión
- Excepciones: ejercicio abusivo, protección de 3os. Limitadas y extraordinarias.
- Protección postmortem

una sala de terapia intensiva. En aquél momento la corte, maravillosamente, en una pieza casi de literatura, utilizando como mencionaba Borges, cuando se aseguró su inmortalidad aquel momento cuando decía: *“moriré el día en que muera la última persona que me recuerden”*. **Y como para el derecho la muerte no tiene explicación pero sí tiene sentido**, éste es el sentido del respeto a la regla de la confidencialidad más allá de la muerte. El derecho a la imagen, el derecho al honor, en definitiva: el derecho al recuerdo.

Entonces recordamos también a nuestro amigo español López Azpitarte cuando él para significar esto decía: *“cuando alguien llega a conocer la intimidad de otra persona debería repetirse sin tregua que nada de aquella es suyo ni le pertenece”*.

*Muchas gracias.*

- La conferencia del Dr. Ignacio Maglio se dictó el día 1º de Julio de 2005 en el marco de las **Jornadas IntraMed 2005**, “Médicos en el Siglo XXI”.