

# MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE MALA PRÁCTICA MÉDICA UN ENFOQUE BASADO EN LA EXPERIENCIA COSTARRICENSE

Nathalie Araya Jácome  
Carlos José Valerio Monge

Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, Sabana Sur, San José, Costa Rica  
[dhrr@dhrr.go.cr](mailto:dhrr@dhrr.go.cr)

---

## RESUMEN

Al tratarse de la vida y de la integridad física y emocional del ser humano, la mala práctica médica implica un daño considerable. Las denuncias por esta causa están aumentando y los casos atendidos en la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica sugieren que muchas quejas podrían evitarse mejorando la relación médico-paciente para que existan comunicación clara y mayor confianza. Es necesario instaurar una cultura de conocimientos, respeto y comprensión de los derechos de los pacientes. Tanto la educación universitaria como la educación médica continua deben introducir contenidos de Derechos Humanos, Bioética y Derecho Médico y debe instaurarse el Comité de Ética Hospitalaria para que orienten la resolución de conflictos.

**Palabras clave:** mala práctica, prevención, educación, defensoría, Costa Rica.

## ABSTRACT

Medical malpractice can result in considerable damage because medicine deals with life and the physical and emotional integrity of the human being. Malpractice claims are increasing and cases denounced to the Costa Rican ombudsman suggest that many complaints could be avoided by improving the doctor-patient relationship regarding clear communication and greater trust. It is necessary to restore a culture of knowledge, respect and understanding of patient's rights. Higher and continuous medical education must include Human rights, Bioethics and Medical Right. Hospital Ethics Committees must be established to orient conflict resolution.

**Key words:** medical malpractice, prevention, education, ombudsman, Costa Rica.

*“Asustado por el misterio de la muerte que lo  
deja indefenso,  
el paciente sabe que debe abandonarse al  
conocimiento  
y a la conciencia del médico que representa  
su única posibilidad.  
Es el encuentro de una confianza y de una  
conciencia.  
Pero la confianza del paciente será tanto más  
grande,  
cuanto mayor sea la conciencia del médico”.*  
H. Anrys. Consejo de Europa

## 1.- RESPONSABILIDAD MÉDICA

La práctica de la medicina, por ser una actividad humana, está expuesta a resultados adversos. La principal dificultad que se presenta a partir de los efectos del ejercicio de esta profesión deriva en que se encuentran en juego los valores humanos más preciados por la sociedad, a saber, la vida y la integridad física y emocional del ser humano. Ello conduce necesariamente que la afectación que se genere a partir de una mala práctica médica significará para una persona un daño considerable.

En el manejo médico y en general, en la práctica de cualquier profesión, se parte del presupuesto que se cuenta con la capacidad técnica específica para el ejercicio de la actividad, es decir se dispone de pericia, y conocimiento de las pautas de la ciencia. Surge precisamente la responsabilidad cuando el actuar del profesional se aparta del criterio técnico y de la observancia de las normas que la ciencia dicta para la resolución de los casos clínicos. La jurisprudencia costarricense ha indicado que en el ejercicio de la medicina existe el deber jurídico de aplicar una técnica profesional adecuada, a partir de la cual debe responder el profesional, por una parte ante la víctima para reparar el daño generado y por otra ante la sociedad.

Se podría decir entonces, que surge la responsabilidad a partir del cumplimiento de las siguientes condiciones:

- a. Descuido, omisión y/o falta de diligencia en el tratamiento médico.
- b. De parte de un profesional de la Salud (médicos, auxiliares, técnicos).
- c. Que exista una prestación de servicios públicos y privados.
- d. Que produzca daños de cualquier tipo al paciente y que no sean consecuencia natural de un tratamiento adecuado. <sup>(1)</sup>

Es importante señalar que en Costa Rica no existe legislación especial que regule los supuestos de mala práctica médica ni tampoco existe un seguro por mala práctica médica. Los procesos incoados en contra de un profesional de las ciencias de la salud se sitúan dentro de los delitos que establece el Código Penal según sea el bien jurídico tutelado (lesiones culposas y homicidio culposo básicamente). Ello no obsta para que exista un aumento considerable de las denuncias que de esta naturaleza se presentan en los estrados judiciales. Las razones son de diversa naturaleza: en un principio por la difusión masiva por parte de algunos medios de comunicación colectiva en relación con algunas deficiencias del servicio de atención médica, el cambio en el perfil de los usuarios que han asumido autonomía e independencia en la toma de decisiones sobre su salud y la crisis que ha venido enfrentando la relación médico-paciente.

A partir de ello, la iniciativa de implementar medidas preventivas obedece precisamente a la necesidad de rescatar la misión de la medicina y las disciplinas afines con un propósito común: *retomar la vocación de servicio con un contenido humanista y en respuesta a las necesidades de las personas y de la comunidad frente al proceso de salud-enfermedad*. El programa que se diseñe en este sentido no tendría otro norte, que evitar daños en la actividad médico- asistencial por una parte, o acaecidos éstos, disminuir o aliviar sus consecuencias para ambas partes, el paciente y el equipo de salud. No se trata de otra cosa que de garantizar respeto a los derechos humanos, donde se aplique la presencia permanente en el sistema sanitario del proverbio de “no dañar al prójimo”, conocido como “No maleficiencia” en el ámbito de la Bioética, y se rescaten los principios de dignidad del hombre y autonomía de la voluntad.

Establecidos los fines que se persiguen, deben clarificarse las estrategias a seguir para asegurar no sólo la reversión del aumento en la presentación de denuncias, sino también la recuperación por parte de la sociedad, de la confianza y el respeto hacia el sistema sanitario. Dentro de las medidas que podrían plantearse se tienen las siguientes:

## 2.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El deterioro de la relación médico- paciente se ha constituido en una de las principales causas que han generado el aumento de las demandas por mala práctica profesional. Esta relación ha sido definida por algunos como el encuentro de una “conciencia y una confianza <sup>(2)</sup>”, donde la preeminencia de la confianza adquiere un perfil fundamental y definitorio de la relación clínica que le otorga características especiales de consideración, cuidado y curación.

Este encuentro de dos partes ha tenido diversas manifestaciones alrededor de la historia. En un primer momento el modelo hacía énfasis en la ausencia de participación activa del enfermo en el proceso de atención en salud, lo que llevaba necesariamente a considerar al paciente como un objeto de contemplación cognoscitiva y de manipulación terapéutica. Con Freud y

algunos movimientos, se da una incorporación del sujeto- paciente bajo un nuevo fundamento contractual, que se caracteriza por un nuevo rol del usuario, en el que predomina el criterio del respeto a la dignidad humana, libertad y autonomía en la relación.

La cristalización de esta relación interpersonal se ha visto interrumpida por el desinterés del personal de salud -no generalizado claro está-, de desconocer el ser humano que se encuentra detrás del problema de salud y considerarlo como un caso clínico más sometido a su conocimiento. Esta situación, sumada al uso indiscriminado de modernas tecnologías de diagnóstico, múltiples tareas asistenciales, interconsultas y derivaciones limitan considerablemente el enlace y conocimiento personalísimo entre las partes y además encarecen la consulta médica. En suma es el paciente muchas veces, víctima de violaciones en sus derechos más básicos, como la información, comunicación, confidencialidad, privacidad y autonomía en su proceso de atención médica.

El objetivo es que este encuentro adquiera matices especiales, en que paralelamente a la libertad del sujeto, se incorpore el respeto a todos los derechos humanos de las personas y se goce de un ejercicio pleno de éstos, dentro del ámbito de la salud. Así las cosas, se tendría un vínculo dialéctico en el que ambas partes invierten, una, por una parte con sapiencia y formación, y la otra con confianza, recursos y decisiones. Adquiere ahora el paciente importancia por su condición de persona y no por el tipo de enfermedad que se trate.

Este vínculo es una de las variables que tiene gran impacto en la evolución del proceso salud- enfermedad. El paciente le entrega al galeno su patrimonio más importante y le relata su padecimiento de la forma más íntima y auténtica posible, en muchos casos a partir de una interpretación personal de su sintomatología, que le lleva al médico a conocer más allá de la persona. Se da pues un desarme del interrogatorio típico biologicista del médico para pasar a un análisis integral del caso; donde el ingrediente de afectividad de las partes es lo que logra establecer una relación de confianza.

Considerar al enfermo como una situación integral, como un sujeto particular acreedor de derechos presupone el deber de la sociedad de responder a su aspiración de restablecimiento de la salud e incluso salvación de su vida.

Una adecuada relación médico- paciente debe estar sometida a las más estrictas normas éticas, legales y culturales. Es necesario que cuente con el suficiente apoyo administrativo que garantice que paralelo a la relación de confianza existirá un sistema que provea rapidez, continuidad, coordinación y accesibilidad del servicio; con especial atención en tópicos de privacidad, confidencialidad y un adecuado manejo de la historia clínica de cada paciente.

Se llama la atención de seguido acerca de los eventuales problemas éticos y legales que implica la incorporación de la consulta médica virtual, y que han permitido un acceso rápido y eficaz de una relación médico- paciente a quien le requiera. Tómese simplemente en consideración que ello puede implicar un aumento considerable en los riesgos por pérdida de confidencialidad, dispersión de información (los usuarios tienen mayor acceso pero no necesariamente con la orientación debida), facilita la automedicación y genera un aumento en los sentimientos de aislamiento, desamparo y soledad del paciente, sin entrar a puntualizar los vicios en la ausencia de acercamiento y conocimiento de las partes.

En definitiva, la reconquista de la relación médico paciente, constituye una de las mejores armas que permitiría evitar gran cantidad de denuncias por mala práctica médica, la garantía de confianza entre las partes y la aceptación presunta por parte del paciente de que su médico tratante, realiza el mejor de los esfuerzos en la consecución de su salud, proporciona un ligamen tal, que dado un acaecimiento de daños, generaría sin duda alguna, un arreglo extrajudicial de partes.

### **3. GARANTÍA DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El derecho a la información al paciente es una derivación del Derecho Humano a la

**Autonomía de la voluntad** o a la **libre de -terminación** de las personas como seres autónomos. Así es como surge el concepto de **información clínica y consentimiento informado**.

En Derecho Médico se conoce como derecho a la información el derecho autónomo del paciente de conocer la información disponible, en términos adecuados, comprensibles y suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento con el propósito fundamental de que el paciente cuente con el conocimiento necesario acerca del proceso de su salud y ello le permita además poder expresar su consentimiento para las intervenciones a las cuales se le puede someter.

Conforme con el Derecho Médico, la práctica de la Moderna Medicina y como criterio vertido por la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica, no existe una guía exhaustiva ni criterios unánimes al momento de ofrecer información a un paciente. Sin embargo, se reconoce que -para todos los casos- para que la información y la comunicación se produzcan se debe construir y consolidar una **relación de confianza** que permita la participación activa entre ambos de un mutuo intercambio de información.

*“La relación de confianza nunca puede desarraigarse por completo de la relación médica. Por ende, el médico debe ser una persona de integridad y cultivar la virtud a la confianza. De hecho, la fidelidad es quizá la más fundamental de las virtudes del médico, tan indispensable como la beneficencia y la renuncia al propio interés”<sup>(3)</sup>*

La información al paciente puede asumir las formas de comunicación verbal, no verbal, y/o escrita entre el paciente y el personal de salud. La combinación balanceada y el empleo adecuado de estos tipos de comunicación con el paciente garantizan el éxito de la relación entre las partes involucradas y hacen óptima la prestación del servicio.

*“De hecho, son muchos los estudios que muestran que los pacientes desean ante todo una buena relación y una comunicación eficaz con sus médicos, lo que produce en ellos, cuando se da, una gran satisfacción con los cuidados médicos que reciben, satisfacción que ayuda poderosamente a reducir la ansiedad y el estrés en el enfermo (...)”*

El ejercicio pleno de las facultades del paciente, le permite realizar actos y contratos que impliquen la adquisición de obligaciones con la sola manifestación de su voluntad (siempre que ésta cumpla con los requisitos establecidos por el ordenamiento jurídico costarricense: capacidad del sujeto, aptitud del objeto y formalidades fundamentalmente). En este sentido, la protección que se le brinda a la información, se deriva de la tutela que le da el sistema normativo costarricense a la expresión del derecho al consentimiento y la importancia de su manifestación de voluntad. Así las cosas, se considera la información como un presupuesto necesario para el ejercicio de dicho derecho, en el entendido que entre mejor conozca el usuario los riesgos e implicaciones de los negocios u acciones que realizará, mayor responsabilidad tendrá en su proceso de decisión y con mayor capacidad podrá autorizar determinado acto jurídico.

El campo sanitario no es ajeno a ello. El derecho a la información clínica no constituye una dádiva a favor del paciente, sino un derecho que le asiste y que permite incorporar al enfermo al proceso de toma de decisiones médicas, no ya en el rol pasivo de *paciente* sino como *agente* de promoción de su propia salud. En otros términos, aboga por la protección de su autonomía -en tanto se trata de un agente moral independiente- y, además, sale en favor de los sectores más desprotegidos de la sociedad permitiendo que sus representantes hablen en nombre de ellos y defiendan sus mejores intereses.

En razón de los riesgos inherentes al tratamiento o aquellos que pueden sobrevenir como el caso de transfusión de sangre y la probabilidad de infección por el VIH u otro agente patógeno, la doctrina española del Derecho Médico por ejemplo ha señalado que al paciente se le debe informar acerca de las consecuencias seguras de la intervención, los riesgos típicos de la intervención o aquellos cuya producción deba normalmente esperarse según el estado y conocimiento actual de la ciencia. Se debe informar acerca de los riesgos personalizados, es decir aquellos que se derivan de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como las circunstancias personales o profesionales relevantes; se destaca que se debe comunicar acerca de las contraindicaciones y, finalmente acerca de la disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el sujeto lo desea. En conclusión se debe informar sobre los siguientes aspectos:

- a. *El diagnóstico de la enfermedad y su evaluación.*
- b. *El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto.*
- c. *Otras alternativas posibles de tratamiento incluidas las menos riesgosas posibles.*
- d. *Efectos secundarios de la aplicación del tratamiento, riesgos y secuelas, incluidos los derivados de la no intervención.*
- e. *Conocer al médico que le trata y al responsable de su atención.*

Para efectos de seguridad ante las partes y de aplicación por parte de los centros de atención, el formulario del consentimiento informado es el instrumento mediante el cual se deja constancia escrita de que al paciente se le informó acerca de su proceso de atención médica. Este instrumento sirve de elemento de prueba y ofrece seguridad jurídica a ambas partes acerca de las condiciones de la atención médica en casos especiales. Este formulario debe constar en aquellos procedimientos que sean invasores, aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que supongan riesgos e inconvenientes, notorios y previsibles, no inherentes a la actuación clínica y que repercuten de manera importante en la vida cotidiana del paciente.

La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica ha podido acreditar que muchas de las denuncias sometidas a su investigación por mala práctica profesional, posterior a su análisis y estudio revelan resultados muy interesantes. Un porcentaje elevado demuestra que en el proceso de atención médica el profesional de salud observó las normas técnicas de la ciencia y siguió puntualmente los protocolos de atención tanto en el momento de diagnosticar la patología como a la hora de prescribir el tratamiento al enfermo, no obstante el problema obedecía fundamentalmente al desconocimiento que este último poseía de su proceso de atención en salud, es decir; más allá de una deficiencia cognitiva y de técnica por parte del profesional médico, existía una inobservancia del derecho a la información que le asiste al paciente.

El personal asistencial omite en gran cantidad de casos, explicar en términos claros y precisos los pasos que ha llevado el acto médico desde su etapa de diagnóstico hasta el seguimiento del tratamiento, situación que genera no sólo incertidumbre en el paciente, sino también que acudiera a instancias jurisdiccionales para dirimir los conflictos y encontrar las razones que provocaron los problemas de salud que en este momento presenta (e.g, reacciones adversas a medicamentos, no restablecimiento total de la salud, etc).

Es por tanto concluyente que la garantía del derecho a la información, es un deber ineludible del personal médico hacia el paciente, quien por derecho propio tiene la prerrogativa de conocer todas las incidencias de su proceso de atención médica y que evita en alguna medida la presentación de denuncias judiciales que más que obedecer a errores médicos, corresponden a hechos de desconocimiento del particular.

#### **4.- MECANISMOS DE RE-CERTIFICACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA**

Los avances científicos y tecnológicos que se están produciendo en las ciencias de la salud son impresionantes, incluso en especialidades

muy restringidas el acceso a la información es de gran magnitud aunque con un período de vigencia no muy amplio. Por otro lado, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en el país y ello supone importantes cambios en la prevalencia de los problemas de salud de la población. Esta situación obliga al profesional a incrementar los métodos de formación y estudio constante que permitan un mejor desempeño laboral, idoneidad y solidez en los conocimientos y una mayor garantía para los individuos y el colectivo.

Ante este hecho, y con la gran responsabilidad que la sociedad descansa en el profesional médico, de tutelar y proteger del bien jurídico de mayor importancia como lo es la vida, resulta urgente; el diseño y la ejecución de métodos que aseguren la idoneidad y capacidad del equipo de atención en salud que brindan los servicios médicos que recibe la población costarricense.

El Sistema de Acreditación, Educación Médica Continua y Recertificación es liderado en Costa Rica por el Colegio de Médicos y Cirujanos y es de suscripción voluntaria apelando a la conciencia del profesional y su vocación de servicio. Ello si bien no vincula a todos los profesionales a efectos de colegiatura o de ejercicio profesional, sí constituye un elemento de prestigio profesional y de reconocimiento social. Asimismo podría tener alcances para efectos de concursos, puestos laborales o postulaciones en cargos académicos o asociativos, así como el prestigio que en la medicina privada podría disfrutar tomando en consideración que el usuario buscaría el profesional que goce de mayor idoneidad y excelencia académica.

El proyecto involucra un proceso educativo de actualización y adiestramiento continuo, que se concreta en actividades y/o experiencias de formación. El objetivo es mantener, desarrollar o incrementar los conocimientos, las destrezas técnicas y la capacidad para establecer adecuadas relaciones interpersonales, de modo tal que mejoren el quehacer profesional y aseguren la prestación de un servicio óptimo.

Dispone el Reglamento promulgado para tal efecto que los médicos comprometidos en un **Programa de Educación Médica Continua** deben acumular un mínimo de créditos educativos por año que comprenden horas de teoría o de práctica para obtener el reconocimiento de recertificación.

Ello justifica un control de calidad de profesionales y técnicos en salud en ejercicio de tal forma que el sistema permita verificar y mantener un nivel deseado de calidad, en el uso de equipo apropiado, inspección continuada y acciones correctivas cuando sea necesaria.

## 5.- CREACIÓN DE COMITÉS ÉTICOS HOSPITALARIOS

La creación de comités científicos como un órgano preventivo y educador es una iniciativa ya implementada en otras latitudes y no tiene otro norte que propiciar que un equipo interdisciplinario (profesionales en ciencias de la salud, representantes comunales, abogados, científicos sociales, entre otros), participen activamente en la generación de recomendaciones y resoluciones en casos vinculados a problemas que surjan como consecuencia de la atención médica en un centro hospitalario.

Este grupo podría funcionar como un sistema de control de calidad profesional e institucional que a priori y a posteriori valore periódicamente la calidad del servicio que se está brindando en el centro de atención, evaluando métodos, técnicas, procedimientos y otros tópicos de interés.

## 6.- EDUCACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL EN CONCEPTOS DE ÉTICA MÉDICA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En la actualidad la formación que ofrecen las facultades de medicina en relación con aspectos jurídicos y bioéticos para el ejercicio de la profesión es mínimo. Es de claro reconocimiento que los profesionales distan mucho de tener conocimientos sobre el régimen de sus

propios derechos y obligaciones, responsabilidades a las que se encuentran expuestos, normativa vigente y vinculante en el ejercicio de su actividad, y en suma de los derechos que le asisten a los usuarios de sus servicios.

### Consideraciones

Es determinante incluir como parte del currículo de las carreras de medicina y en forma obligatoria cursos de Ética profesional y de Derecho Médico, a través de los cuales se podría generar en el futuro profesional, una mayor conciencia y brindarle mejores y más herramientas, para que con idoneidad, responsabilidad y destreza pueda realizar un adecuado desempeño de su labor.

### CONCLUSIONES

Existe suficiente evidencia -a partir de los casos atendidos en la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica- de que la muchas quejas presentadas ante esa instancia pueden evitarse en la medida en que mejora la relación médico-paciente, de forma que exista clara comunicación y el fortalecimiento de la relación de confianza.

Se hace necesario instaurar una cultura de conocimientos, respeto y comprensión de los derechos de los pacientes.

Tanto la educación universitaria como la educación médica continua debe introducir contenidos de Derechos Humanos, Bioética y Derecho Médico de modo que el profesional en medicina cuenta con formación integral en conocimientos que humanicen su profesión.

Debe instaurarse el Comité de Ética Hospitalaria con un instrumento al servicio de los funcionarios hospitalarios que orienten, asesoren y faciliten la resolución de conflictos entre trabajadores de la salud y pacientes.

### BIBLIOGRAFIA

1. Procuraduría de Derechos Humanos de El Salvador. *Manual de calificación de violaciones a derechos humanos*. San Salvador, El Salvador.
2. Maglio, I. 1998. *Prevención de daños y abogacía hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina.
3. Pellegrino, E.D. 1990. *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bioética. Temas y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., Estados Unidos.

