

## Error en medicina

Alberto Agrest \*

*Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:8-10*

**E**l término "error" suele engendrar algún rechazo en el ambiente médico por el temor a que su comunicación pueda ser utilizada como testimonio para juicios de mala práctica.

Este tema puede encararse como "conducta inapropiada", como "seguridad del paciente", como "calidad médica" o como "error en medicina". Mi posición personal es que "seguridad del paciente" me parece una trampa semántica que debiera ser substituida por un título más realista, tal como "cómo reducir la incertidumbre sin engaños y sin extenuarse en el intento". "Calidad médica" es satisfacer expectativas y las expectativas son hoy absurdas e irracionales y muestran la muerte, la enfermedad y hasta la fealdad e imperfecciones como fracasos médicos.

En la "conducta inapropiada" y en el "error" sabemos que se hizo mal lo que pudo hacerse bien. Cuando todo se hace bien y, sin embargo, ocurre un daño inesperado, quedamos impresionados por la vigencia del azar.

Es cierto que la naturaleza tiene horror al vacío y que el hombre tiene horror al azar y cree que todo debe tener una causa previsible o "postvisible".

Ocuparse del error en medicina puede parecer un proyecto ingenuo de una personalidad obsesiva perfeccionista o una reacción de responsabilidad social para evitar daños físicos, psicológicos y las pérdidas económicas que el error médico ocasiona. Mal que me pese, mi preocupación por el error no adquirió otra trascendencia que el interés docente y el chismorreo desaprensivo hasta que los juicios de mala práctica y las necesidades del control de gastos de las empresas de salud mostraron la repercusión económica del error.

Ingresé al error en medicina hace 60 años cuando, como practicante menor del viejo Hospital de Clínicas, me tocó ver una paciente de unos 40 años que

había vomitado contenido gástrico y tenía molestias abdominales ocasionadas por un cólico leve. Llevaba unas 4 horas de evolución y había eliminado escasos gases. Era un día de intenso ajeteo en la guardia, me ayudaba un practicante menor y el practicante mayor y el médico interno brillaban por su ausencia. Mi examen clínico era negativo, la paciente no estaba distendida, no había tenido un solo cólico durante la observación y no tenía diagnóstico ni lograba convencerme de que era algo banal. La tuve en observación 8 hs y le indiqué que volviera al día siguiente a las 7 de la mañana porque debía ir a mi trabajo práctico de psiquiatría. A las 7,30 hs no había llegado, le comenté mis dudas al practicante menor de ese día y me fui al Hospicio. Cuando volví a las 12 la mujer estaba en la guardia muriéndose con una obstrucción intestinal. Había hecho una oclusión intestinal por bridas secundarias a una cesárea y era una época en la que las tubuladuras eran de goma, los sueros se preparaban en los hospitales y la hidratación se hacía habitualmente por vía subcutánea. Entre los insultos del médico interno y la angustia por mi error, me pregunté por qué me había equivocado. Primero era un error personal, la cicatriz de la cesárea era invisible por una incisión de Pfannenstiel, la enferma me había negado intervención quirúrgica seguramente porque consideraba la cesárea como normal en un parto. Probablemente ver una cicatriz hubiera mejorado mi nivel de alerta y desde entonces he odiado la incisión hipogástrica horizontal que el vello pubiano oculta, también era un error personal el desconocimiento del curso de una oclusión del delgado y la posibilidad de eliminar escasos gases en las primeras horas. Segundo, los errores que hoy llamaríamos de sistema: 1) no tener apoyo de médicos con más conocimiento, y 2) que el hospital no disponga de radiología en horas de la tarde y noche.

Esto fue hace 60 años, aún me reprocho el error pero me sirvió para reconocer mis errores y analizarlos, para perder el narcisismo, para confesar mis errores sin temor a perder prestigio ni temor a juicios de mala práctica, para aprender de mis errores y los de los demás, sin necesidad de criticar desdeño-

---

\* Conferencia Magistral dictada en el Ateneo del Hospital de Gastroenterología "Dr C Bonorino Udaondo", Buenos Aires, Argentina. El jueves 7 de diciembre de 2006.

samente a los que se equivocaron. Sirvió también para organizar asistencia médica en donde el error era fuente de aprendizaje, sirvió para aprender que con el reconocimiento del error mejora la calidad de la atención médica, que mejora nuestra dignidad al atrevernos a decir la verdad y que mejoramos la economía de la salud. Finalmente, ha servido para que pusiéramos en marcha un proyecto que consiga la formación, en cada servicio asistencial, de comités de error que sirvan para mejorar la calidad de atención, que hoy pomposamente se propone como seguridad del paciente y que yo llamaría reducción de la inseguridad del paciente. Comités que sirvan para aumentar los conocimientos, que sirvan para que todos los agentes de salud -médicos, enfermeras, técnicos y aún administrativos- se sientan integrantes de un equipo de salud. En último término que decir la verdad muestre que se puede ejercer el derecho a la dignidad, derecho al que parece haberse renunciado masivamente y han abjurado quienes tenían el deber de ejercerlo.

En 1990 publiqué un libro titulado *Reflexiones inexactas de un observador médico* cuyo primer capítulo se titulaba "A la espera del eticazo", en el que su primer párrafo decía que en la actividad médica la metodología es simple: se parte de la ignorancia, se adquieren conocimientos, se tiene la intención de aplicarlos, se decide esta aplicación, se consigue la aceptación de quién soportará esta aplicación, se logra el cumplimiento de lo que se aceptó y se evalúan los resultados. Si éstos son favorables se repite el procedimiento cuando se presenta la oportunidad; si los resultados no son satisfactorios se analiza la posibilidad de error en cada eslabón de la cadena. Hay que agregar un *acto de responsabilidad social*: si el resultado fue satisfactorio, se predica, si el resultado fue un fracaso, *se confiesa el error*.

Como ven, creía que los médicos debían ser esencialmente parresias, como Sócrates, quien sabe que será condenado si dice la verdad y, sin embargo, la dice. Para esa época no conocía el término, pero consideraba que esto era fundamental para mejorar nuestra profesión y que debía aplicarse este concepto a todas las actividades que afectan a nuestros semejantes. Por otra parte y por muchos años había considerado el enorme valor docente del análisis de los errores.

Con todo esto como era de esperar no logré despertar ningún interés hasta que el errar se hizo caro. Como dijera Bill Clinton: "es la economía, estúpido".

En el año 1999 un informe del Instituto de Medi-

cina de EE.UU. mostró que 44.000 a 98.000 pacientes morían en los hospitales cada año por errores médicos prevenibles. El error se convertía así en la 8ª causa de muerte, mayor frecuencia que las muertes anuales provocadas por el cáncer de mama, el SIDA o los accidentes de tránsito.

El informe titulado "Errar es humano; construyendo un sistema de salud más seguro" llamó poderosamente la atención del público. Esto provocó una reacción de un grupo de contratistas de servicios de salud que concluyó que se podía conseguir mayor seguridad utilizando órdenes computarizadas, hospitales que tomaran decisiones de acuerdo a las indicaciones de medicina basada en la evidencia y muy fundamentalmente con médicos intensivistas en los servicios de cuidados intensivos.

La otra consecuencia de este informe fue que la Comisión conjunta para la acreditación de las organizaciones de cuidados de salud comenzó a exigir que en el proceso de acreditación los hospitales debían informar las medidas de seguridad para los pacientes y la mayoría de los hospitales comenzaron a seguir una política de informar a los pacientes o a sus familiares de la producción de errores prevenibles. Hasta el American board de especialidades médicas comenzó a exigir para el mantenimiento de la certificación la demostración de capacidad en proveer cuidados con mayor seguridad para el paciente, una de las demostraciones de esta capacidad era la reducción del tiempo de actividad médica porque el tiempo excesivo de labor estresante llevaba al agotamiento y esta medida de reducir el tiempo de esta actividad era importante para reducir el número de errores.

El Congreso de EE.UU. se unió a este esfuerzo. La Cámara de Representantes aprobó una legislación en 2003 y el Senado en agosto de 2004, la cual intenta aumentar la denuncia de errores médicos y los problemas de seguridad de los pacientes. Las leyes establecen protección para el personal que provee esta información y crea organizaciones destinadas a analizar los datos de seguridad e implementar las mejoras.

A pesar de todos estos esfuerzos, las encuestas en EE.UU. muestran que el 55% de los que responden a la encuesta no están satisfechos con la calidad de los servicios médicos cuando hace 4 años sólo el 40% estaba insatisfecho, más aun, el 40% creía que la atención había empeorado en los últimos 5 años y sólo 17% que había mejorado.

Existe una diferencia en la visión de lo que es im-

portante para la seguridad de los pacientes entre los expertos en seguridad y los médicos. Para los médicos lo importante son los sistemas para evitar errores médicos y aumentar el número de enfermeras, menos importante es para los médicos que los procedimientos riesgosos se hagan en centros con gran volumen de pacientes, que las unidades de terapia intensiva estén a cargo sólo de intensivistas y colocar todas las órdenes médicas en sistema de computación o computarizar las historias clínicas.

Los médicos somos los que más nos oponemos a la información de los errores médicos, preocupados por la posibilidad que inciten a los juicios de mala práctica y también por temor a perder prestigio y por no atentar contra la creencia de infalibilidad de la corporación médica a la que pertenecemos. Por otra parte, los administradores de los servicios de salud son proclives al ocultamiento de los errores para reducir los juicios de mala práctica con su consecuente costo económico y de prestigio.

En realidad el problema de la seguridad de los pacientes debiera ser más fácil de resolver que otros problemas de la salud, como qué hacer para proteger a la población sin cobertura o cómo proveerle medicamentos que requieren enormes inversiones y cambios ideológicos político-económicos.

Lo que parece necesitarse es una cultura que estimule a participar más que a esconder los errores o los casi errores. El principal obstáculo parece ser no las leyes ni el dinero sino una falta de consenso entre médicos y público sobre cómo enfrentar el problema del error.

Una conclusión parece ser que tomado como negocio la seguridad no mejorará.

Lo que parece claro es que los médicos somos el mayor obstáculo para la denuncia de los errores, aun los médicos, más exitosos y éticos en otros terrenos tienden a ocultar cuidadosamente sus errores.

No hay duda de que el temor a los juicios de mala práctica es grande y que estos juicios son muy traumáticos.

Es necesario pues un plan de motivación de los

médicos para informar sus errores. Uno podría ser que la denuncia le otorgue inmunidad y la no denuncia actúe como agravante. En estas condiciones se podría sustituir los seguros de mala práctica por un fondo de compensación al que aportarían todos los médicos y los pacientes. El directorio de este fondo constituido por médicos, abogados y representantes de los pacientes tratarían las denuncias y determinarían el monto de la compensación de acuerdo a guías que permitirían uniformidad en las compensaciones. El resultado sería que los montos indemnizatorios serían mucho menores y también que serían indemnizadas las personas que a pesar de los daños sufridos no querellan.

Este fondo de compensación recibiría las denuncias de los comités de errores de los servicios asistenciales y sería el encargado de negociar con los pacientes o sus representantes los montos de compensación.

Los médicos que no denunciaran los errores que motivan una querrela perderían la representación del fondo de compensación.

Hay que agregar que se puede provocar daño sin negligencia como producto de azar inesperado. Daño que aun sin mala práctica debiera ser compensado.

Me parece que estos fondos de compensación podrían ser inicialmente estatales.

Los comités de error no sólo debieran recibir las denuncias, sino hacer auditorías periódicas para descubrir errores o casi errores no denunciados

Todo esto parece difícil fundamentalmente por la desconfianza generalizada de los médicos, los pacientes y la justicia, y los estímulos de abogados inescrupulosos. Superar esta desconfianza es necesario para una convivencia normal, quizás la corporación médica sea la que mejores condiciones tiene para realizar este esfuerzo y difundir esta actitud.

También es posible reducir querellas injustificadas con recursos de desincentivación, como limitar honorarios de abogados y que los querellantes tengan que pagar los gastos del juicio, si lo pierden.