

ERROR Y CERTEZA EN EL JUICIO CLÍNICO IMPLICACIONES ÉTICAS DE LOS ERRORES EN MEDICINA*

Dra. Elena Lugo

* Presentación realizada en el curso “Problemas de ética en medicina”, realizado en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en Mayo de 2001, publicadas en el Boletín del *Consejo Académico de Ética en Medicina* (CAEEM), 1: 135-152, 2001.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de esta presentación es analizar la naturaleza, sentido y significado de los errores en la práctica médica. Para alcanzar dicho objetivo hemos de examinar los conceptos *verdad médica*, *conocimiento* y *certeza*. A su vez intentaremos profundizar la comprensión de lo que constituye el *daño*, la *intención* y la *responsabilidad*, al igual que la *disponibilidad para revelar los errores cometidos* ante los colegas y ante los afectados.

Estudiosos del tema relacionan el problema del error en medicina con las condiciones esenciales e ineludibles de su práctica, a saber: inserción en un proceso temporal, limitaciones humanas y una base cognoscitiva en constante fluctuación y aumento. También se considera la infraestructura del sistema institucional en cuanto factor que puede facilitar e inclusive propiciar la comisión de errores en la práctica médica.

A continuación nos plantearemos las siguientes preguntas sobre los errores en medicina: ¿Contamos con evidencia de su incidencia? ¿Va esta en aumento? ¿Qué factores sociales contribuyen a su posible aumento? ¿Se preocupan los médicos de los errores? ¿Cómo reaccionan? ¿En qué consiste un error en la práctica médica o cuál es el criterio para identificar un error en esta área de la actividad - en sí falible - del ser humano? ¿Cómo diferenciar los errores entre sí para asignar grados de responsabilidad a quienes los cometen? ¿Cómo experimenta el médico su error, y qué significa éste a nivel profesional y personal? ¿Deben discutirse los errores entre los colegas? ¿Deben revelarse los errores a los pacientes afectados e incluso a los no afectados? ¿Debe un médico revelar el error de otro médico al paciente afectado por éste? ¿Qué medidas correctivas y preventivas pueden proponerse para reducir los errores médicos?

En esta reflexión nos animan dos finalidades de carácter ético:

- Promover la formación de una conciencia moral de depurada bondad y recta acción, capaz de aceptar con humildad los errores para crecer en libertad interior ante estos;
- proponer medidas para fortalecer una infraestructura institucional en cuanto cultura moral con sus recursos preventivos ante los errores y sus incentivos para la excelencia e integridad profesional correspondientes.

I. ERRORES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

1. Estadísticas

Iniciamos la exposición con una breve referencia a las estadísticas sobre la incidencia de errores en la práctica médica. Según la literatura académica los errores médicos, tales como desaciertos en el diagnóstico (35% causan la muerte), tratamientos equivocados, medicamentos mal aplicados, etc., constituyen el 4% de los daños sufridos por los pacientes en su etapa de internación[†].

Otros indican que en una sala de terapia intensiva ocurren en promedio de tres a cuatro errores por cada paciente allí internado y en cada uno de los turnos de su cuidado. Leape señala 180.000 muertes en 1994 a causa de errores que pudieron prevenirse[‡]. Muchos de ellos son menores o suponen poco riesgo, pero algunos pueden ser serios y otros con graves consecuencias (29%).

En un artículo del prestigioso diario *New York Times* del 19-4-1998, Weinstein revela que el 25% de las muertes de pulmonía con paro cardíaco se debe a errores médicos; el 50% de los diabéticos recibe tratamiento inadecuado; y el 85% de los medicamentos recetados carecen de validez científica[§].

Ante estas estadísticas relevadas en los EE.UU., donde la formación del médico centra su atención en promover un conocimiento científico válido y destrezas técnicas eficaces, y la vigilancia cuidadosa de la práctica institucional, surge con urgencia el interrogante sobre el por qué y el cómo de los errores médicos.

2. Explicación

Sin pretender ofrecer una explicación exhaustiva ni definitiva, me adelanto a proponer las que estimo esenciales, a saber:

- La complejidad del juicio clínico;
- la incertidumbre inherente al conocimiento clínico;
- la formación del médico con expectativas idealistas de perfección;
- la cultura secularista y científico / técnica y las expectativas correspondientes;
- la estructura y dinámica de las instituciones hospitalarias.

Es evidente la complejidad del juicio clínico en la unidad de terapia intensiva, en la sala de emergencia, en el quirófano y en los alumbramientos, pero complejidades análogas no dejan de presentarse también en la práctica diaria del médico, con lo cual cuenta con múltiples ocasiones para cometer errores.

[†] Cf. John Lantos, "Mistakes in Context", incluido en la antología *Margin of error, the ethics of mistakes in the practice of medicine*, Robin y Zoloth, Maryland, University Publishing Group, 2000, pág. 73.

[‡] Cf. Luciano Leape, "Error in Medicine"; en: *Journal of the American Medical Association*, 272, 23, 1994, 1851-7.

[§] Cf. J. Linderson, Nelson, "Rush from Judgement", en: *Margin of Error...* op. cit., pág.153.

La complejidad de juicio clínico se puede explicar según varios factores:

- *El contenido del conocimiento científico y clínico*, el cual es en sí mismo limitado. Es limitado porque se debe seguir investigando y porque lo conocido reviste un carácter de incompletud. Asimismo los criterios y técnicas para medir o evaluar estadísticamente los datos científicos son imperfectos.
- El paciente es en sí mismo un ser original; su umbral de dolor, su anatomía y fisiología son particulares, al igual que las múltiples interacciones entre los sistemas que comprenden su cuerpo y la vinculación estrecha entre su cuerpo y su vida psíquica y espiritual.

Desde una perspectiva epistemológica, el juicio clínico supone armonizar el modelo científico de cómo el cuerpo funciona y está estructurado, con una perspectiva cultural de lo que significa estar enfermo, al igual que con una apreciación de la vivencia concreta de la enfermedad tal como la expone el paciente.

El juicio clínico no es la mera aplicación de paradigmas y reglas a una situación concreta, sino que supone un proceso de deducción a partir de normas y de inducción en términos de la experiencia adquirida, así como intuición para captar la individualidad del paciente. En algún punto, o en alguna variante de ese proceso complejo, el error puede ser siempre posible y, a veces, inevitable.

La incertidumbre en la práctica médica contribuye a dificultar la detección del error. Algunas veces no se logra entender suficientemente todos los elementos de la fisiología, bioquímica, patología y de la cada vez más importante genética humana, ni interpretar con precisión la interacción de los mismos.

No se puede desestimar que las intervenciones técnicas para hacer un diagnóstico pueden complicar el cuadro de la condición bajo estudio y no ser, como es su intención original, instrumentos exactamente calibrados para asegurar la certeza del diagnóstico.

Mas aún, la incertidumbre es interpretada de diversos modos según las actitudes y creencias del profesional. Para unos la incertidumbre como factor inevitable incentiva la asunción de más riesgos en el tratamiento. Para otros, en cambio, la incertidumbre genera una mayor cautela. Tomemos, por ejemplo, el caso de una persona básicamente sana en la cual se presenta una enfermedad aguda y de dudoso diagnóstico. Unos intervendrían con terapia experimentales como único recurso para salvar la vida, aún arriesgando un proceso de morir más doloroso; otros objetarían semejante intervención sugiriendo sólo terapias establecidas.

La incertidumbre en cuanto elemento constitutivo de la práctica médica genera situaciones en las cuales el error es siempre una posibilidad, aun cuando el mismo no cause daño perceptible ni suponga peligro para la salud ni para la vida.

Cada médico se plantea a sí mismo si su cuidado pudo ser más esmerado; si la dosis del medicamento era la precisa para determinado paciente en un momento específico; si el tratamiento propuesto se inició en el momento óptimo para lograr los resultados deseados, o si se reconocieron oportunamente las complicaciones. En caso del fallecimiento de su paciente, el médico se cuestiona si hubo otros procedimientos que pudieran haber prolongado o bien salvado esa vida.

Es difícil evaluar lo que pudo haber ocurrido en caso de proceder de modo diferente al seleccionado. Las interconsultas realizadas para obtener una segunda e incluso una tercera opinión no garantizan la certeza, sino que a veces sólo aumentan el número de probabilidades en el juicio clínico.

La formación del médico con expectativas idealistas de perfección puede obstaculizar el reconocimiento y aceptación constructiva de los errores propios. Según se comenta, la atmósfera de las escuelas de medicina y de los programas de residencia clínica, al elevar la exactitud y la precisión en la práctica clínica a niveles casi absolutos, imposibilitan la confrontación ecuánime con los errores. Algunos docentes presentan hasta los mínimos detalles de un caso como si estos fuesen elementos obvios de constatación y a los cuales se puede aplicar con gran precisión reglas muy claras. Ante este panorama el alumno inhibe su capacidad de reconocer y admitir errores por miedo a aparecer inepto y negligente.

Con frecuencia, un pacto de silencio acompaña los errores en el entrenamiento de los médicos. La interpretación del error se centra en el agente y supone el perfeccionamiento como meta del entrenamiento, y una distribución de méritos o castigo, según sea el caso, entre los alumnos.

En el plano de la competencia profesional y de las virtudes que constituyen la ética clínica se debe promover la excelencia y la integridad. Y esa promoción comienza en un ambiente educativo orientado a proveer no sólo modelos, mentores y héroes de la medicina, sino también apoyo, conducción y corrección, así como comprensión empática y compasiva ante el error considerado como parte ineludible del proceso de aprendizaje.

Es laudable que en su práctica clínica se exija al médico la más rigurosa preparación y refinado discernimiento entre lo correcto y no correcto. Ello es fundamental en cuanto a su responsabilidad para con el paciente. Es esencial que los médicos se esmeren en establecer criterios de excelencia en sus juicios sobre los diagnósticos y los procedimientos de evidencia comprobada, pero deben procurar no convertirse en personas insensibles ante sus propios errores e inmisericordes ante los errores ajenos.

Tanto a los médicos como a las enfermeras se los socializa para ejercer sin permitirse errores. Esa actitud puede generar la tendencia a encubrirlos cuando dichos errores ocurran inevitablemente. Si se consideran casi infalibles, entonces la comisión de un error será percibida como un fracaso personal de dimensiones trágicas. En cambio un cierto grado de humildad ayuda a reconocer que un médico o enfermera no logra controlar todos los aspectos del cuidado del paciente, lo cual no debe conducir a una actitud de indolencia o fatalismo, sino a admitir los propios límites y dejarse complementar por otros.

La cultura secularista de mentalidad científico - técnica fomenta una visión de la medicina como una intervención hecha bajo el dominio de la razón natural. Y se hace con menoscabo de la Providencia Divina al generar la expectativa social de obtener resultados explicables por medio de la ciencia y logrados con recursos técnicos.

La responsabilidad y el predominio de la causalidad benévola en las intervenciones médicas reciben todo el aprecio social, y se oculta el error - ineludible en la acción humana - considerándolo más bien como un acto de negligencia. La sociedad tiende a interpretar los resultados indeseables o los riesgos en sí mismos como errores de implicaciones morales e indicativos de culpabilidad por parte de los profesionales. La sociedad está tan confiada en los alcances predecibles de la ciencia y la técnica (bajo el supuesto control humano) que cuando no se logra lo esperado se procede a señalar fallas en las destrezas, en el conocimiento o en el nivel de la terapia, sin tomar en cuenta la enfermedad como la causa posible del fracaso terapéutico.

Consideramos que la distinción entre errores culpables y no culpables es esencial desde el punto de vista ético moral, profesional y legal.

Irónicamente, la tecnología sofisticada en la cual la sociedad descansa para controlar y superar las enfermedades y las dolencias exige destrezas más refinadas, cuidados más solícitos y conocimientos más complejos. Si bien es cierto que todo ello ayuda a prevenir errores, supone también, por su sofisticación, una mayor susceptibilidad a errores.

Así pues surgen errores nuevos: el desacierto en la interpretación de pruebas y omisión de su uso cuando puede ser considerado útil. Como señala M. Grady, la innovación médica y la tecnología avanzada transforman lo que antes era considerado riesgo natural en riesgo o falla médica **.

Así pues, por un lado la educación médica no parece tolerar errores en medicina y, por otro, la sociedad se mantiene muy rígida en sus expectativas. Los litigios sobre mala praxis y el consiguiente temor de ser acusado de impericia que genera en los médicos confirma la apreciación de que las causas de comisión de errores no se limitan a la posible negligencia como tan a menudo se indica. Es decir, los errores en medicina ni son de un solo tipo ni pueden interpretarse tan sólo desde el punto de vista del agente que actúa, sino que también exige echar una mirada sobre el contexto en que ocurren: la práctica médica, su profesionalización y la sociedad en la cual se ejerce.

La estructura y la dinámica específica de una institución hospitalaria puede incluir factores psicosociales que contribuyen a que el trabajo que allí se realiza sobre la base de procedimientos uniformes y de excelente calidad, se pueda tornar rutinario y, de ese modo, expuesto a errores por falta de atención y concentración.

Por ejemplo, un programa de trabajo demasiado exigente, bajo presión de tiempo e incluso limitación de espacio, con descripciones poco claras de las tareas a realizar, puede conducir a la fatiga y la frustración, lo cual predispone a cometer errores inadvertidos. La carencia o deficiencia en la capacitación de los profesionales, a veces motivadas por razones económicas, conduce a un desconocimiento de los peligros contemplados en el área de la seguridad laboral, y así se producen accidentes. La falta de sueño o descanso, las emergencias y las urgencias, al igual que la constante exposición al dolor y la muerte, y las carencias de fármacos o de recursos básicos en el cuidado de la salud pueden generar disposiciones negativas y propensión a reducir la competencia y la integridad en el trabajo. Un sistema hospitalario debe diseñarse y administrarse de modo que pueda descubrir, prevenir, minimizar e incluso absorber sus errores.

** Cf. Kenneth De Ville, "To Err is Human: American Culture, History and Medical Error", en: *Margin of Error*, op. cit., pág. 30.

Los errores médicos no constituyen incidentes aislados, sino contextualizados tanto en la práctica clínica, en la profesión médica, como en la sociedad e instituciones en las cuales estas se ejercen. Tampoco son sucesos estrictamente individuales sino que suponen una red de interacción comunitaria.

En este punto de nuestra presentación resulta oportuno y tal vez necesario definir y distinguir los tipos de error según la práctica médica.

II. DEFINICIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS ERRORES

No resulta tan fácil definir el error en un área tan compleja como la medicina, en la cual tampoco es sencillo establecer criterios de perfección o idoneidad que nos sirvan de modelo ideal en la práctica y de referencia en la evaluación.

La medicina puede concebirse como un sistema cultural integrado a la cultura general. Incluye por consiguiente una serie de propuestas sobre obligaciones profesionales y procedimientos contractuales, expresiones sobre deberes y derechos articulados según una concepción de la finalidad de la medicina y de sus objetivos correspondientes. El sistema o subsistema cultural de la medicina presenta una serie de presupuestos, expectativas y métodos que expresen el criterio o *estándar* de lo correcto, en oposición a lo incorrecto en la práctica clínica cotidiana.

Según el diccionario *The american heritage* un error (del latín *errare*: fluctuar de una dirección a otra sin rumbo preciso) es una falta o falla a modo de desvío en relación con una vía recta. Un error puede definirse como un acto en sí mismo o como la omisión de un acto, sin intención de causar daño y que no logra la finalidad prevista por la recta intención y la disposición benévola de la conciencia.

Con frecuencia, en la práctica médica se identifica el error con los resultados indeseables, pero creo que se pueden citar situaciones en que el paciente, por su singularidad física, no responde a un tratamiento, sin que por ello pueda suponerse un tratamiento inadecuado. En otras ocasiones se admite una falla pero no se reconoce responsabilidad personal sino que dicha falla es atribuida a una irregularidad técnica o a una deficiencia del sistema. También se reconoce que muchos errores no conducen a daños perceptibles. Pero tolerar estos últimos y no procurar su prevención puede conducir a errores de graves consecuencias. En todo caso lesionan la excelencia e integridad de la práctica médica.

No obstante las dificultades para definir y clasificar los errores en medicina, y responder a ellos, existe un consenso en la identificación de los siguientes tipos:

- *Errores en la técnica*

Fallos en aspectos instrumentales en el orden del conocimiento y de las destrezas. Ocurren con más frecuencia entre los alumnos en programas de formación (por ejemplo, añadir una concentración de potasio superior a la prescrita según el criterio establecido en el fluido para la diálisis).

- *Errores en la formulación de un juicio*

Aplicación incorrecta de un conocimiento a la situación clínica. En principio puede ocurrirle a cualquier médico (por ejemplo, derivar la conclusión incorrecta a partir de los datos de las pruebas de laboratorio).

- *Errores en el seguimiento de las normas*

Suponen una falta de prudencia al no reconocer las propias limitaciones en cuanto al conocimiento y las destrezas clínicas, y actuar precipitadamente en un acto clínico (por ejemplo, no solicitar la opinión o la intervención de otro médico experto o de más experiencia ante la situación clínica). Según Bosk, los errores normativos constituyen faltas de mayor gravedad moral, mientras que los técnicos y los de juicio (aun cuando deban prevenirse porque pueden causar daño serio al paciente y gastos innecesarios para la institución) son de incidencia rutinaria y se asemejan a accidentes^{††}.

- *Errores de interpretación*

Este cuarto tipo de error no ha recibido suficiente atención en la literatura. Según R. Charon, estos errores son el resultado de un proceso sostenido de falencias en el entendimiento con el paciente. En esta área se incluyen prejuicios que pueden influir sobre la consulta del paciente e incluso derivar en su internación. Estos errores surgen de una posible estrechez o parcialidad de parte del médico, el cual subestima el papel significativo de las ciencias humanísticas para entender al paciente en su singularidad histórico - existencial y en su contexto cultural (por ejemplo, un médico centra su atención en el expediente clínico y subestima el relato que el paciente ofrece sobre su vivencia personal de la enfermedad y del dolor).

La psicología cognitiva nos ofrece otra manera de clasificar los errores que contribuye a distinguir los accidentes (en inglés *slips*) de los errores de clara responsabilidad moral. Sin desarrollar el tema, señalo la interesante distinción que ofrecen Rasmussen y Jensen al diferenciar tres niveles básicos para las acciones o prácticas humanas.

1. *Nivel de destrezas*

Uso de patrones o esquemas de pensamiento y acción a modo de instrucciones preconfiguradas y en gran medida inconscientes (un error sería una acción u omisión automática causada por falta de atención o por fiarse de la rutina, lo cual puede agravarse cuando se experimenta fatiga, hastío o falta de sueño). Se trata más de equivocaciones accidentales que de errores que pueden en cierto grado presuponer negligencia o en algunos casos insuficiencia de la sensibilidad moral. Creo que este nivel coincide con los errores denominados anteriormente como errores en la técnica.

2. *Nivel de reglas*

Aplicación de una regla de uso común a cierta categoría de problemas en una situación más compleja o de factores novedosos no presentes en la categoría general (por ejemplo, en una situación determinada el error consistiría en no interpretar correctamente el caso porque las reglas aplicadas resultan insuficientes o inapropiadas). En este punto inciden los errores en el juicio.

^{††} Cf. C. I. Bosk, *Forgive and remember – managing medical failure*, Chicago, University Press, 1979.

3. Nivel de conocimiento

Se requiere un proceso de razonamiento complejo para lograr una síntesis de muchos factores (por ejemplo, un error sería carecer del conocimiento necesario y precipitarse a ofrecer un juicio sobre una situación que se interpreta mal). Estos errores coinciden con los normativos y desde la perspectiva de la ética profesional- clínica son considerados los más graves.

En resumen, por un lado tenemos el proceso de conocer, que presenta dimensiones intelectuales - muy ligadas a la memoria - perceptivas, emotivas y volitivas; por otro, el mundo circundante y cambiante; y finalmente la escasez y opacidad de la información. En esta interacción se puede incurrir en errores tanto al reaccionar automática pero apresuradamente como al aplicar la regla correcta a la situación equivocada o bien al razonar de modo incompleto e incoherente.

III. CONSIDERACIONES ÉTICAS

** Significado del error para el médico*

En la mejor de las situaciones el médico ha de reconocer el error con humildad, ser responsable de sí mismo y proponerse una autoeducación para el refinamiento de su conciencia moral.

Lo ideal es que cada médico pueda reconocer, enfrentar y discutir sus errores con sus colegas, aceptar la plena responsabilidad (lo cual puede suponer revelar el error a los pacientes afectados) y analizar las causas individuales y colectivas para prevenir mejor los errores en el futuro.

Evidentemente esto es necesario pero no suficiente.

Es recomendable que el médico responda a la experiencia emocional y espiritual de estos eventos. Aunque el médico reconozca que todos cometemos errores y que por lo general a nadie le agrada cometerlos, también debe admitir que las consecuencias de tales errores médicos pueden ser de gran magnitud e impredecibles a largo plazo. Su práctica clínica en la unidad de terapia intensiva, en la sala de emergencias, en cirugía y obstetricia, presentan múltiples y diversas ocasiones para la imprecisión, a veces con resultados fatales. Por consiguiente, resulta comprensible que el médico experimente temor ante el descrédito de parte de pacientes y colegas, culpabilidad, ira, vergüenza y humillación ante sí y sus colegas.

Christensen^{‡‡} señala que los médicos experimentan aislamiento en relación con sus respuestas emocionales a los errores; y raras veces viven un proceso comunitario y esclarecedor de las condiciones conducentes al error, de modo que pueda restaurar su autoestima lesionada y recibir apoyo y comprensión de parte de sus colegas.

En virtud de la imagen de docto y diestro que el médico proyecta, se puede comprender cuán difícil es para él aceptar exponerse a una disminución de la autoestima, como también a la temida acusación de mala praxis o impericia. Ambas amenazas motivan al médico a desestimar los errores, no sólo en su práctica sino también en la de sus colegas, a encubrirlos, o bien a admitirlos sin investigar sus causas.

** Virtudes que pueden ayudar*

Como recurso positivo para aceptar y aprender de los errores, N. Richards propone la virtud de la humildad, en la medida en que supone tener claridad sobre sí mismo. Richards argumenta que una persona que se conoce a sí misma con realismo acepta sus rasgos valiosos al igual que los menos valiosos, experimenta una mejor disposición para perdonar a otros, pueda apreciar a otros con mayor justicia y tiene expectativas razonables frente a sus acciones y las de los demás^{§§}.

^{‡‡} Cf. J. F. Christensen y otros, "The Heart of Darkness: the Impact of perceived mistakes on physicians", en: *Journal of general intern medicine*, 1992,7, págs. 424-43.

^{§§} Nerven Richards, "Humility", en: *Encyclopedia of ethics*, New York, Garland, 1992.

Pero la virtud de la humildad no entraña sólo un valor moral instrumental sino uno intrínseco, porque nos capacita para mirar en nuestro interior con transparencia y aceptación de nosotros mismos; nos facilita un conocimiento de nosotros mismos que es esencialmente compasivo, ya que reconoce que el sufrimiento es inevitable y exige bondad hacia uno mismo, pero sin caer en un tipo de autocompasión que debilite el carácter.

Se trata de un conocimiento de sí mismo que, lejos de limitarse a un mero ejercicio del intelecto, incluye una serie de actitudes centradas en el amarse a sí mismo tal como uno se autodescubre, sin menoscabar el esfuerzo por superar las debilidades, sin incurrir en un fatalismo ante los errores ni enmascarar la gravedad de los mismos.

** Comunidad de apoyo*

Las virtudes se aprenden y cultivan en comunidad. De ahí la importancia de fomentar una comunidad médica que reconozca y cultive explícitamente la humildad, la honestidad y la compasión. Una comunidad benévola y a la vez estricta; que armonice las exigencias rigurosas de la competencia en el conocimiento y la praxis clínicas; que acentúe la responsabilidad personal, incluyendo simultáneamente el sencillo reconocimiento de los errores, a los que se considerará como una manifestación de la limitación humana en el conocimiento y la praxis, tanto en el plano individual como en el de infraestructura. Vale decir entonces que los errores no se pueden ver como sucesos aislados sino como realidades inherentes a la práctica institucional en la que los profesionales participan en corresponsabilidad.

** Los errores como oportunidad de aprendizaje*

Los errores se podrían apreciar como oportunidades para aprender y no sólo como incidentes para castigar.

Por una parte, el arrepentimiento y la moderación de la propia arrogancia son, al igual que el remordimiento, efectos que redundarán en la prevención de futuros errores; por otra, la comunidad no está llamada a aumentar la miseria sino a promover el crecimiento moral y la prevención.

En este sentido pienso que un supervisor puede expresar su indignación y repudio ante una falta de responsabilidad e inclusive ante un error automático o accidental de uno de sus subordinados, pero ha de hacerlo en privado y sin humillar, de modo respetuoso, para propiciar la reflexión y no provocar la venganza, el rencor, la actitud defensiva de parte del ya agobiado ofensor. El subordinado, sea este alumno, interno, residente o colega, necesita que la persona depositaria de la autoridad no sólo le ayude a restaurar o corregir el daño que el error ha causado, sino que demuestre empatía, le facilite el aprendizaje y contribuya a su sanación.

** Algunas medidas preventivas*

Las medidas preventivas ante los errores deben reflejar un entramado institucional construido a base de la conciencia bondadosa y recta de cada profesional y empleado.

Plano del conocimiento y juicio clínico

Entre los recursos de prevención de errores en el plano del conocimiento y juicio clínico, considero que en primer lugar el médico necesita una *rigurosa y continua formación científica, una práctica constante y cuidadosa con particular atención a los detalles de su procedimiento, y una comprensión cada vez más personalizada de su paciente, visto este como persona depositaria de vivencias individuales*. Ciertas prácticas asociadas al juicio clínico, tal como el tiempo que le toma al médico hacer sus prescripciones, el lugar en que coloca el cuaderno clínico, la legibilidad de su escritura y la precisión de sus indicaciones, son importantes para reducir errores en la medicación. El cultivo de las virtudes que E. Pellegrino considera constitutivas de la práctica clínica, a saber, humildad, honestidad, integridad y paciencia, contribuyen al juicio clínico orientado hacia el bien del paciente considerado como persona.

En cuanto a los errores de tipo accidental, *las estadísticas de mortalidad y morbilidad, los informes de accidentes, el manejo de riesgos y el control de calidad, contribuyen a resolver problemas y funcionan efectivamente como un modo de prevención*, pero no siempre auscultan las causas sistémicas o las condiciones de infraestructura que pueden ser raíz de muchos errores.

Con demasiada frecuencia quienes diseñan los sistemas no reconocen los errores que pueden ocurrir independientemente de la deliberación, juicio y decisión humanas, de modo que no proyectan los medios que puedan prevenir y hasta asimilar los errores. Afortunadamente existen ya recursos sistémicos preventivos tal como procedimientos estándar y el monitoreo (en cirugía y en terapia intensiva se ha logrado niveles de alta sofisticación), dosis en unidades para no tener que medir o calcular, y la certificación periódica de la práctica clínica en sí misma.

Plano de la infraestructura

En el plano de la infraestructura, sugiero (sin detenerme en su explicación) las siguientes medidas preventivas:

1. Se necesitan medidas eficaces y rutinarias para detectar todos los tipos de errores que se estimen como posibles, y no limitarse a los errores que de hecho ocurran.
2. Diseñar estrategias para reducir los errores asociados a la excesiva dependencia de la memoria inmediata y a la necesidad de atención prolongada (listas de seguimiento, protocolos, asistencia informática en los cálculos).
3. Mejorar el acceso y la transmisión de la información que se intercambia entre profesionales, por ejemplo, en el cambio de turno (lugar en que se colocan los documentos pertinentes, informatización).
4. Estructurar las tareas complejas para hacer más difíciles los errores (sistema informático que rechace automáticamente una prescripción equivocada por proponer una dosis letal o por estar dirigida a un paciente alérgico a ella).
5. Procurar la estandarización en los procesos (establecer dosis regulares en tiempos determinados para ciertos tipos de pacientes según edad, peso y condición), y en la ubicación de equipo necesario en intervenciones rápidas o urgentes.

6. Entrenar y formar profesionales para identificar los errores posibles interpretándolos como fallos en un sistema, y prevenirlos por medio de procedimientos que han de ser no sólo efectivos sino seguros.
7. Instalar en la infraestructura recursos para reconocer los errores a tiempo y así prevenir el daño que pudieran ocasionar (la confirmación de una prescripción de parte de varios profesionales: médico, farmacéutico, enfermera).
8. Establecer medidas psicosociales tales como horarios de turnos, distribución de responsabilidades y especificación de tareas adecuadas a la condición humana. Fomentar un ambiente comunitario de respeto y deferencia ante la autoridad legítima para prevenir los efectos negativos de la fatiga, la frustración y la presión, tan frecuentes en instituciones complejas dedicadas al cuidado de la salud.

Las recomendaciones que me he permitido ofrecer presentan cierto grado de coincidencia con el "manejo total de calidad" (*total quality management*). Este último exige un relevamiento estadístico sobre las variaciones en el proceso y procedimientos en la prestación del servicio en salud. Los errores pueden apreciarse como irregularidades o interrupciones en estos procesos, como fallas del sistema y no defectos en el carácter y en la competencia de los profesionales. Cada profesional (precisamente en función del sistema) ha de ser responsable de identificar el punto o el área en que los errores son frecuentes y diseñar estrategias para prevenir su ocurrencia o asimilar y disminuir sus efectos negativos.

Así pues se trata de una medicina ejercida en términos de una evidencia basada en el criterio de la probabilidad estadística, que apunta a mejorar la eficacia y eficiencia institucional. Para la medicina de evidencia los errores son costosos también en el sentido económico y empañan la imagen pública de la institución, menoscabando así su aceptación social y disminuyendo el número de pacientes que la auspician.

Ahora bien, para lograr mayor certeza en la aplicación del conocimiento y la destrezas clínicas, de ningún modo hemos de sustituir este modelo de control global de calidad por la medicina enraizada en el juicio clínico centrado en la percepción sensitiva e interpretativa de la vivencia que narra el paciente individual en torno a su dolencia.

La medicina sustentada en la evidencia, con énfasis en los resultados y la promoción de lineamientos (*guidelines*) de control en los procedimientos - como medida de prevención de errores - descansa sobre la noción de medida o cálculo. Esta noción parte de la base de un juicio clínico que determina qué ha de medirse, quién realiza el cálculo y cómo la evidencia lograda se transmite al paciente, quien no ha de ser considerado un número sino una persona de identidad y dignidad inconmensurables.

En este punto de mi presentación creo reconocer dos interrogantes que tal vez susciten inquietud:

1. ¿Debe o no revelarse al paciente la comisión de un error en terapia, tanto cuando se ha causado daño real como cuando se lo ha expuesto al mismo?
2. La jurisprudencia sobre la mala praxis, ¿previene los errores médicos o bien da pábulo al encubrimiento y aumento de los mismos?

Creo estar mejor preparada intelectualmente para exponer el primero de los temas y confiar en la complementariedad que los distinguidos juristas aquí presentes tengan a bien ofrecer en cuanto al segundo tema.

Mi intención es presentar los componentes que deben tomarse en cuenta a la hora de revelar el error al paciente, y señalar los principios éticos, pero sin elaborar las teorías éticas que los explican y justifican, de modo que podamos discutir el caso presentado a la luz de elementos puntuales.

En cuanto a la decisión de revelar o no revelar su error al paciente afectado, el médico probablemente debe comparar y armonizar los siguientes factores que pueden generar conflictos entre sí:

- a. su moral personal;
- b. su obligación profesional de prevenir los errores;
- c. su preocupación de que la revelación de su error perjudique su relación con los colegas;
- d. el derecho del paciente a conocer la verdad sobre el cuidado de su salud;
- e. la percepción de que el informar al paciente pueda generar más sufrimiento al reconocer este que el error pudo evitarse;
- f. la posibilidad de perder la confianza de parte del paciente.

La situación se complica aún más cuando se trata de revelar el error cometido por otro médico que participa en el cuidado del paciente. Este segundo médico tendría la responsabilidad de determinar si revela o no lo ocurrido al paciente, y de confrontar o no al paciente con el médico causante del daño.

Entre los pocos estudios empíricos sobre los motivos que animan a un médico a revelar su error al paciente, y la posibilidad de exponer el error de otro médico a su paciente, selecciono el de M. Sweet y J. Bernat, basado en una encuesta amplia y un escrutinio riguroso^{***}.

Los motivos citados por los médicos participantes en la encuesta realizada por Sweet y Bernat presentan cierta semejanza con los factores ya mencionados como integrantes del proceso para tomar una decisión al respecto:

- a. obligación moral personal, o la ética que sustenta la práctica individual;
- b. los derechos del paciente;
- c. preocupaciones legales;
- d. la relación médico-paciente en sí;
- e. la reputación profesional.

^{***} Mathew P. Sweet y James L. Bernat, "A Study of the Ethical Duty of Physicians to Disclose Errors", en: *The Journal Of Clinical Ethics*, vol. 8, 4, Winter, 1997.

En cuanto al modo de dicha revelación, se presentan tres posibilidades:

- a. revelar el error directamente al paciente;
- b. encomendar la revelación a otro médico de mayor rango y responsabilidad frente al paciente;
- c. convocar una junta entre el paciente y los dos médicos involucrados.

Resumo ahora los resultados principales del estudio realizado por Sweet y Bernat. Ante un error de medicación que provocó que el paciente permaneciera siete días adicionales de internación en el sanatorio y varios meses de dolor lumbar, el 95% (101 de 106) de los médicos que contestaron la encuesta declararon que informarían lo ocurrido directamente al paciente. Dos eran sus motivaciones principales: su obligación personal de decir la verdad y el derecho del paciente a conocerla. En segundo plano se mencionaron tres otras motivaciones: la revelación del error beneficiaría la relación médico - paciente, el deseo de reducir la probabilidad de un juicio por mala praxis y la preocupación de que el paciente pudiera descubrir el error y perder confianza en su médico tratante. Es interesante destacar que el 96% (102) insistió en la necesidad de disculparse ante el paciente.

Ante un caso en que un error en la dosis del fármaco causó la muerte del paciente, el 84% de los médicos informó estar dispuestos a admitir su error ante la familia del paciente fallecido, y el 79% lo haría aún cuando estos no preguntasen sobre la causa de la muerte. La motivación para hacerlo resultó igual al caso anterior, ya que colocaron el énfasis principal en la ética personal del médico y la consideración del derecho de la familia. Pero, en este caso, el 17% lo haría solamente en caso de que la familia preguntase. El 3% estaría dispuesto a ocultar la verdadera causa de la muerte a la vez que insistiría en que se hizo todo lo posible para salvar esa vida. Para avalar este procedimiento citan como motivación principal el deseo de evitar más sufrimiento a la familia y, en segundo lugar, evitar un juicio y conservar la credibilidad entre sus colegas y la confianza de parte de los pacientes.

En una tercera situación sometida al escrutinio de la encuesta, un médico comete un error que causa paraplejía permanente al paciente y deriva a este a un especialista. El especialista consultado descubre el error. En este caso se complica un poco la decisión, no sólo por la existencia de una tercera persona sino también por el factor epistemológico. Sólo el 18% de los encuestados revelaría al paciente el error. El 25% indicaría al paciente, aún si este no pregunta, que la paraplejía pudo evitarse con un diagnóstico y tratamiento anterior, pero sin juzgar explícitamente si ocurrió un error de parte del primer médico.

Nuevamente la motivación principal para revelar el error del otro médico fue el derecho de los pacientes a conocer la verdad sobre su condición y el deber correspondiente del médico a ofrecer la información. En segundo término se reconoció la posibilidad de que si el paciente descubriese por cuenta propia lo ocurrido, estaría en mejores condiciones para iniciar un juicio por mala praxis a ambos médicos: el tratante y el especialista.

El 54% indicó que revelaría el error de diagnóstico del médico tratante sólo si fuera preguntado, y el 73% daría detalles específicos si fuese interrogado sobre cómo el error pudo evitarse por medio de un mejor diagnóstico.

La reserva principal ante la revelación del error de otro médico se explica por la incertidumbre sobre los detalles del juicio clínico realizado por el médico tratante, al igual que por la carencia de experiencia o conocimiento profesional necesarios para juzgar la práctica del médico en cuestión. En segundo lugar, los médicos indicaron su preocupación de dañar la imagen positiva del médico tratante al igual que causar sin necesidad más ansiedad en los pacientes. En último término señalaron su reserva ante la posibilidad de indignar al médico al acusarlo de un error; de suscitar en la comunidad la imagen de ser personas causantes de problemas y conflictos interprofesionales; y finalmente de exponer a un colega a un juicio por mala praxis.

Al plantearse el tema de cómo informarían al paciente del error del otro médico, el 15% sugirió motivar al médico a revelar el error; el 27% dijo que preguntaría más adelante al médico si lo hizo o no; el 15% informaría directamente al paciente; y el 9% convocaría una reunión entre el médico y el paciente en la cual ellos estarían presentes.

CONCLUSIÓN

Los errores médicos, tanto los atribuibles a la negligencia como los accidentales, y tanto los producidos en el plano individual como los inherentes a las infraestructuras complejas de las instituciones, exigen una toma de posición ética de parte de los médicos responsables de identificar, corregir, revelar y prevenir tales errores.

La evidencia empírica demuestra que la honestidad ante los errores cometidos suscita confianza entre los pacientes y disminuye la disposición a formular cargos legales. En general, revelar el error propio es más fácil que revelar el ajeno, en vista de la incertidumbre sobre los detalles de la práctica del otro o la calidad de su juicio clínico, y del temor de fragmentar la solidaridad profesional.

La no revelación se sustenta en el deseo de evitar más daño y sufrimiento al paciente o a sus familiares. Existe el consenso general de que la creación de foros para revelar y analizar los errores médicos constituye una forma racional y efectiva para prevenirlos. En efecto, estos foros podrían facilitar la toma de conciencia de las causas de posibles errores, la reducción de las expectativas ilusorias de perfección e infalibilidad médica y la reducción de la carga emocional, tanto de los pacientes como la de los médicos, al facilitar la oportunidad de disculparse.

BIBLIOGRAFÍA ESPECIAL

Finkelstein, Daniel y otros, "When a Physician Harms a Patient by a Medical Error: Ethical, Legal and Risk-Management Considerations", en *The Journal of Clinical Ethics (JCE)*, vol. 8, 4, Winter, 1997, 330 - 340.

Reitemeier, "Musings on Medical Mistakes: A Four Piece Ensemble in Search of an Orchestra", en: *JCE*, Vol.8, 4, Winter, 1997, 353-358.

Rubin, Susan y Zoloth, Laurie (editors), *Margin of Error: The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine*, Hagerstown, University Publishing, 2000.