

ERROR MÉDICO

Medical error

Jorge Alberto Fernández Vázquez

Médico Especialista en Inmunología y Alergia, Hospital y Clínicas Viera.

Un aspecto dentro de la práctica médica en el ambiente nacional, que es manejado casi como un tabú, se refiere a los errores que se producen en el accionar del médico en su esfera profesional (*lex artis*), no solo en el ejercicio clínico, que es el más señalado, sino también en las funciones superiores de la salud pública, social y del desarrollo, con decisiones desafortunadas que pueden resultar más catastróficas en magnitud y trascendencia que las del clínico en la situación individual del paciente y sus familiares. Es un *error de la gestión médica* en diferentes momentos de la percepción y análisis del problema clínico individual o epidemiológico / social, producido por acción u omisión, en la toma de decisiones, sea desde la más elevada esfera política a la prescripción médica o una manipulación en el cuerpo, que puede conducir a responsabilidad por problemas que se hayan podido derivar de esas decisiones, acciones, omisiones o comportamientos.¹

Para poner en escena el problema, partimos del concepto de *riesgo en la atención sanitaria*, el cual es “impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. En este sentido se habla de riesgos asistenciales para referir condiciones como sucesos o eventos adversos, errores, accidentes, negligencia, mala praxis, litigios o disputas judiciales”.² El otro elemento es la *seguridad del paciente*, objeto cada vez más del interés en las políticas de salud pública. Es el problema de la *mala praxis* de la profesión médica. Es la *iatrogenia* médica de repercusiones individuales o colectivas.³ Usualmente, “se entiende como *negligencia* médica por una inobservancia de la norma profesional, un descuido en el actuar en el que ocurre una omisión, un incumplimiento del deber que conduce al daño. Siendo que el médico es responsable de sus actos, es posible que tenga que asumir responsabilidad legal de carácter administrativo, civil o penal. Usualmente la mala praxis es involuntaria, sin intención de provocar daño, aunque excepcionalmente ocurren delitos dolosos”.⁴

Desde siempre sabemos que ciencia, arte y humanismo son los pilares del modo de actuar profesional, que no sobra decir, debe realizarse con pericia, prudencia y diligencia. Las buenas prácticas de la medicina clínica y de la salud pública son las mismas, un cuerpo de regulación ética y legal que se

contiene en la Ley Orgánica, el Código de Ética y otros ordenamientos. De esta forma, las acciones ocurridas por negligencia, inexperiencia, imprudencia o abandono, contravienen el buen quehacer del médico y son objeto de sanciones que pueden aplicar el Colegio Médico mismo, los tribunales de justicia o recibir la desaprobación social. En observancia a que la medicina es una ciencia al servicio de la población, influida por las fuerzas políticas, económicas y sociales, con preminencia de la industrialización y neoliberalización, Iván Illich en su obra *Némesis Médica*, caracterizó tres tipos de iatrogenesis, i.e., clínica, social y cultural o estructural.⁵

En sentido general y ampliamente aceptado, las enfermedades iatrogénicas clínicas comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o «enfermantes» los remedios, los médicos o los hospitales.⁵ La *iatrogenia clínica* “es la que ocurre en el proceso de atención al paciente, daño provocado como consecuencia de la intención de diagnosticar, prevenir, curar y aliviar. Incluye así mismo, el ocasionado por un intervencionismo excesivo, sin que ello prejuzgue la existencia de error o negligencia. Abarca desde errores en el comportamiento, diagnósticos equívocos, tratamientos inadecuados o aplicación de procedimientos impropios”.⁶ Es iatrogenia clínica “la carga de enfermedad que no existiría sin la actividad de los profesionales sanitarios”.⁵ *Por supuesto, la atención clínica es necesaria y generalmente beneficiosa, pero cada vez hay más problemas de atención médica, con más intervenciones y más precoces por cada problema y con intervenciones cada vez más potentes, aplicadas por una miríada de profesionales que se coordinan poco, si algo. El resultado es que el margen terapéutico es muy estrecho, y la aplicación liberal de una medicina sin límites convierte a la atención clínica en un peligro público. Además, cada vez hay más pacientes “complejos” a cuyas necesidades responde malamente un sistema sanitario “simple”.⁷ La *iatrogenia social*, “que esconde los daños ocasionados por la medicalización de la vida diaria y el uso consumista de la medicina para solucionar problemas banales o aspectos del devenir normal de la vida, consiste en la excesiva medicalización de la sociedad actual, caracterizada por la dependencia irracional de los médicos y los medicamentos, una baja en la tolerancia a las dolencias banales y un gasto exagerado tanto en lo rutinario como en algunas supuestas medidas preventivas tales como las revisiones periódicas, con laboratorio y gabinetes, que nunca han demostrado sus resultados positivos”.⁸ La tercera variedad de iatrogenesis es la llamada *estructural o cultural*, que “ha penetrado la cultura, que ha inducido la aparición de un complejo médico-industrial de bienes y servicios, y que ha creado la*

Recibido para publicación el 02/2016, aceptado el 03/2016

Dirección para correspondencia: Dr. Jorge A. Fernández V. Comité de Ética, Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa
Correo electrónico: joralferv@gmail.com

ilusión de una existencia que no acepta el dolor, la enfermedad y la muerte como algo natural; puede suponer así, el abandono de la propia responsabilidad ante el proceso de enfermar, y que produce invalidez para reaccionar ante la misma y sus consecuencias.⁹

Definido el error médico como “el acto generado por comisión u omisión, que tiene consecuencias serias o potencialmente serias para el paciente y que ha o habría sido juzgado como erróneo por pares con conocimiento o entrenamiento al momento de la ocurrencia del mismo”,¹⁰ la extensión del daño no se ha medido adecuadamente, contando como siempre, apenas con información de países desarrollados. La publicación *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, en noviembre de 1999, por el entonces Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), hoy Academia de Medicina, informó que “el cuidado de la salud en EEUU no es tan seguro como debería o debe ser; expresando que al menos entre 44,000 y 98,000 personas mueren en los hospitales cada año como resultado de errores médicos que podrían haber sido prevenidos, excediendo las cifras de accidentes automovilísticos, cáncer de mama y sida. La mayor parte de los errores se practican en unidades de cuidados intensivos, salas de operaciones y departamentos de emergencia. Aparte de los costos en vidas humanas, se originan otras cargas como el costo de los cuidados adicionales, pérdida del ingreso y la productividad en el hogar, así como discapacidades, que en ese momento se calcularon entre \$17 y \$29 billones por año, para todos los hospitales del país. El daño físico y/o psicológico al paciente resulta mayúsculo, los profesionales de la salud muestran desmoralización, frustración e indisposición para proveer los mejores servicios posibles. También la sociedad carga con los costos de los errores en términos de pérdida de la productividad laboral, ausentismo escolar y menores niveles en el estado de salud de la población”.¹¹ Estudios subsiguientes estimaron “alrededor de 140,400 muertes debido a error, sugiriendo que el reporte del año 1999 del IOM desestima la magnitud del problema. Un reporte del año 2014 sobre muertes de pacientes internados estimó que 575,000 muertes fueron causadas por error médico entre el año 2000 y 2002, lo que se traduce en 195,000 muertes anuales. De forma similar el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU también examinó los registros de salud de los pacientes internados en el año 2008 y reportó 180,000 muertes a causa de error médico, entre los beneficiarios de Medicare solamente. Con la misma metodología, Classen *et al* describieron una tasa 1.13%, si esta tasa se aplica a todas las admisiones registradas en los hospitales de EEUU en 2013 se convierten en 400,000 muertes por año por esta causa. Ninguno de estos estudios tuvo en cuenta muertes fuera de la hospitalización, por ejemplo: error en el cuidado domiciliario o pacientes ambulatorios. Otras revisiones establecen las cifras entre 210,000 a 400,000 muertes hospitalarias por año a causa de errores médicos”.¹⁰ La cifra real debería ser mayor al incluir los pacientes en los consultorios y cuidados domiciliarios. Se sugiere que el error médico puede ser la tercera causa más común de muerte solo en Estados Unidos.¹

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), ha revelado que de cada 100 quejas que se interponen por presunta negligencia médica, sólo dos concluyen por fallos contra el médico señalado; esta cifra desanima a la mayoría de las víctimas, por lo que el silencio sigue predominando ante estos casos.¹² En Honduras no se cuenta con registros sobre el problema, algunos casos llegan al Tribunal de Honor del Colegio Médico, otros, los menos, son cursados en los tribunales comunes de justicia y de vez en cuando se conoce de alguno que trasciende a los medios de comunicación. En entornos donde el control social sobre los servicios de salud es raquítico, los pacientes en su mayoría desconocen sus derechos a demandar servicios médicos de calidad, no miden riesgos de atención en el servicio y no saben que pueden y deben exigir la reparación del daño, se forma una atmósfera de baja exigencia, donde “el médico no percibe el error como un acto indigno ni como amenaza a su continuidad profesional, lo que propicia la aparición y permanencia de la negligencia, la ignorancia y la impericia de los médicos”.⁶

En aplicación de la justicia a los daños producidos, los Juicios de Nuremberg son un digno ejemplo de vindicación a la ética profesional a escala global, aunque el error “hormiga” producido a diario en los distintos e innumerables escenarios en los que los médicos orientan, conducen, intervienen, aumentan o reducen acciones en salud, no es tan visible o se intenta que no lo sea, de manera que en su mayoría pasa desapercibido e impune. Debido a las graves consecuencias que puede producir el error médico, se han emitido regulaciones mundiales, regionales y locales, conducentes a su caracterización, tipificación y sanción; sin embargo, es probable que la mayor parte del problema permanezca sumergido y pocos sean los casos que trasciendan a la luz pública y los tribunales. Para lograr sistemas de salud más confiables, las mejoras en *seguridad del paciente* deben beneficiarse por compartir información nacional e internacional, del mismo modo que los médicos comparten información sobre investigación e innovación en, por ejemplo, enfermedad coronaria, melanoma o influenza. El método científico, comenzando con la evaluación del problema, es un punto crítico para llegar a cualquier amenaza de salud de los pacientes. “El problema del error médico, no debe estar exento del método científico para su análisis”.¹⁰

Para enfrentar los errores “se requiere un abordaje integral en el que se recomienda que en el curriculum formal de las facultades de Medicina se incluya el tema de diagnósticos equivocados; la inversión por parte de agencias estatales y entidades privadas para estudiar las causas de los errores diagnósticos y de manejo e implementar programas que puedan reducir la tasa de error. El incremento en el uso de dispositivos electrónicos y el desarrollo de nuevos modelos de entrega de servicios que pueden favorecer el monitoreo y reducir los errores en mayor escala. Un paso importante es el desarrollo de mediciones validadas para errores diagnósticos, de manera que se defina la frecuencia con que ocurren los diferentes errores, ayuden a dilucidar las implicaciones sociales y económicas, y permitan identificar los factores del proveedor, el paciente o el sistema de

salud, asociados con la tasa de diagnósticos equivocados. La información la pueden usar los proveedores de servicios y las organizaciones para acelerar la investigación y la innovación en esta área. En adición, un conjunto fuerte de mediciones y una delineación clara de conductas relevantes modificables, pueden permitir que la población reporte los errores en forma activa".¹³ El IOM apunta que, para alcanzar un mejor registro de seguridad, se deben diseñar estrategias de mejora,¹¹ recomendando los siguientes abordajes:

1. Establecer un punto focal nacional para crear liderazgo, investigación, herramientas y protocolos para ampliar el conocimiento de base sobre la seguridad.
2. Identificación y aprendizaje de los errores mediante el desarrollo de un sistema nacional, público, mandatorio, de reporte, y alentando a las organizaciones de cuidados de la salud y médicos a desarrollar y participar en sistemas voluntarios de reporte
3. Elevando los estándares de cumplimiento y las expectativas de mejora en seguridad, a través de las acciones de

organizaciones de supervisión, grupos profesionales y grupos compradores de servicios

4. Instituyendo sistemas de seguridad del paciente en las organizaciones de cuidados de salud, para asegurar las buenas prácticas en el nivel operativo.

Aunque no hay una sola actividad que por sí sola ofrezca una solución total para el manejo del error médico, la combinación de actividades que propone el IOM ofrece una hoja de ruta hacia un sistema de salud más seguro. Con un adecuado liderazgo, atención y recursos, se pueden lograr cambios, avances y mejoras sustanciales. El Colegio Médico de Honduras, debería lanzar la iniciativa colaborativa con otros entes oficiales o sociales, a fin de que se aborde el tema, diseñar políticas, estrategias y acciones conducentes a detectarlo, reducirlo y prevenirlo. "Error puede ser parte de la naturaleza humana, pero es también parte de la naturaleza humana crear soluciones, encontrar las mejores alternativas y enfrentar los retos por delante".¹¹

REFERENCIAS

1. IntraMed. Error médico: Tercera causa de muerte en los Estados Unidos. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=89204>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la atención sanitaria. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/unidad1.1.html>
3. Bertrand Parra MM. El error médico. Iatrogenia. Acceso enero 2016. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesa-med_nayarit/publicaciones/pdf/error_medico.pdf
4. Giraldo Laino D. Lex Artis y Malpraxis. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.geosalud.com/malpraxis/lexartis.htm>
5. Illich I. Némesis médica: La expropiación de la salud. Barral editores, México, 1975. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>
6. Pérez Tamayo R. Iatrogenia. El Colegio Nacional. México, 1994. Acceso enero 2016. Disponible en: https://books.google.hn/books/about/iatrogenia.html?id=JES5oAEACAAJ&redir_esc=y
7. Gervás J. Iatrogenia salutógena. Asociación por el Derecho a la Salud. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.osalde.org/website/articulos/juan-gervas-iatrogenia-salutogena>
8. Quijano M. Némesis médica. Editorial. Rev Fac Med UNAM 2003; 46(2): 47-48. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-2/RFM46201.pdf>
9. Biassi N. Iatrogenia cultural: la medicina y los pueblos originarios. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.desdelaplaza.com/columnistas/argentina/iatrogenia-cultural-la-medicina-los-pueblos-originarios/>
10. Lew D, Ortíz ZE. Epidemiología del error médico. Academia Nacional de Medicina de Argentina, 2001. Acceso enero 2016. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2001/Epidemiologia_Error_Medico_2001.pdf
11. Institute of Medicine. To Err is Human. National Academies Press, 1999. Acceso enero 2016. Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/ReportFiles/1999/To-Err-is-Human/ToErrisHuman-1999reportbrief.pdf>
12. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), México. Acceso enero 2016. Disponible en: www.conamed.gob.mx/
13. Khullar D, Jha AK, Jena AB. Reducing Diagnostic Errors: Why Now? The New England Journal of Medicine 2015; 373: 2491-3. Acceso enero 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26397948>