

Los que sufren innecesariamente

Dres. Homero Bagnulo, Marcelo Barbato, Mario Godino, Jorge Basso

**Comisión Nacional para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.
Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay**

Desde Hipócrates, hace ya más de 2.400 años, se ha reconocido la iatrogenia como el daño evitable causado por el proceso del cuidado médico en sí mismo, más que por la enfermedad que el paciente padece.

Sin embargo, es mucho más reciente la real valoración del daño producido durante el proceso de la atención médica y directamente vinculado al mismo.

Datos recientes en los que diversos investigadores revisaron, con una adecuada metodología de cribado, las historias clínicas de pacientes en busca de este daño y lo clasifican como evitable o no, han demostrado en forma

inequívoca que esta situación se ha convertido en uno de los principales problemas de la salud pública (tabla 1).

Cifras dadas a conocer por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, organismo creado por la Organización Mundial de la Salud en 2004, con el fin específico de proponer soluciones a esta problemática, están ubicando su impacto entre las causas más importantes de mortalidad, por delante del sida y de los accidentes de tránsito, y sin duda muy por encima de las muertes causadas por el terrorismo. Algunos cálculos derivados de datos disponibles ubicarían en 10.000 muertes por día en el

Tabla 1. Eventos adversos: frecuencia en diferentes países

<i>Países</i>	<i>Eventos adversos (% de ingresos)</i>	<i>Muerte o daño permanente (% de ingresos)</i>
Estados Unidos	10	2
Australia	10,6	2
Canadá	7,5	1,6
Dinamarca	9	0,4
Inglaterra	11,7	1,5
Nueva Zelanda	12,9	1,9
España (Eneas)	9,3	4,4
IBEAS *	11,85	1,8

* Latinoamérica: México, Perú, Argentina, Costa Rica, Colombia

mundo las vinculadas a errores médicos, por debajo de las producidas por el sida (8.000), y sin duda mucho mayores a las provocadas por el terrorismo a nivel mundial (20 por día). Consideremos entonces las prioridades que dan los gobiernos, la atención mediática, y la asignación de recursos que se le brinda a esta última situación con relación a la epidemia casi silenciosa vinculada a los errores en la atención médica.

Debiéramos, por tanto, preguntarnos cuáles son las razones por las que se le ha dado tan escaso destaque al error vinculado a la atención médica y más importante aun, a su prevención. Recién en los últimos diez años se ha iniciado tímidamente la consideración de estos temas. En principio es necesario reconocer que los errores han sido aceptados como una situación habitual del ejercicio de la profesión, inclusive otorgándole nombres elusivos (complicaciones, secuela, mala evolución, etcétera) que dificultan el reconocimiento de la problemática planteada. Por otra parte, muchos de quienes desempeñamos tareas en el área sanitaria aceptamos como natural la aplicación de soluciones imperfectas, en condiciones deficitarias, todo lo que nos lleva a aceptar también como inevitables ciertas resultancias de los procesos de la atención de los pacientes, donde algunos tratamientos pueden salir mal y así lo justificamos cuando esto pasa. Estos malos resultados, ocasionales, han sido vistos durante mucho tiempo como el precio a pagar por los beneficios que nos ha aportado la “medicina moderna”.

Pero también es una práctica frecuente el culpabilizar a quien está directamente a cargo del paciente cuando algo sale mal (cultura de la culpa), no reconociendo así que los errores mayoritariamente están implícitos en el diseño de los sistemas de atención sanitaria, desconociendo que la seguridad en sí misma es una propiedad que debe ser intrínseca al diseño de los sistemas. Veamos en qué consiste este concepto que es básico para la concepción actual de la seguridad en la atención médica.

Los pacientes son frecuentemente dañados porque los sistemas en que se basa la prestación de los cuidados están pobremente diseñados. Por tanto, las correcciones que se introduzcan basadas en culpabilizar a los individuos tienen bajas posibilidades de mejorar los resultados. Hasta hace poco las reglas en que nos guiábamos podían resumirse así: técnicos competentes y responsables no cometen errores; por tanto, si surge un error, esto se debe a falta de competencia o dedicación. Entonces la mejor respuesta sería preparar mejor a esos técnicos, alertarlos sobre la problemática del error, y motivarlos para que sean cuidadosos. Si aun así se equivocan, deben ser sancionados.

Pero si a diferencia de la cultura de la culpa imperante, consideramos a la seguridad como una propiedad de los sistemas, esto lleva implícito reconocer que el error que

afecta a un paciente es el resultado final de causas complejas, tales como fallos en el equipamiento, interjuego de factores humanos (fatiga, limitación de la memoria, distracciones, etcétera), mala comunicación, pobre transmisión de la información, mala evaluación del riesgo, etcétera. Por tanto, para mejorar la provisión de los cuidados, será necesario aprender sobre las causas que generan los errores, hacer dichas causas visibles con el fin de poder interceptarlas antes que alcancen a los pacientes, y aun si así lo hacen, mitigar sus consecuencias.

En un mejor sistema de cuidado el diseño de tareas, la provisión de equipamiento, la comunicación y la tecnología de la información deberán estar configurados para disminuir la frecuencia y la gravedad de los errores si estos ocurren. Como han manifestado diversos autores, el error es inherente a la naturaleza humana “errare humanum est”. Y, por tanto, la actividad médica siempre estará sujeta a la posibilidad del error. Pero un porcentaje nada despreciable de estos pueden ser prevenidos o interceptados por integrantes del equipo, conscientes y entrenados, en relación con la seguridad. Esto implica además gerenciar los riesgos y decidir la realización de procedimientos, evaluando los riesgos posibles y los beneficios a cosechar. El riesgo vinculado a un procedimiento está directamente influenciado por la exposición al mismo. En el cuidado de la salud los pacientes están expuestos a riesgos, no sólo porque los resultados puedan no ser los deseados, incluso con tratamientos apropiados, sino también por cuidados inapropiados u omisión de los mismos. La toma de decisiones es a veces muy dificultosa, ya que podemos tener diferentes evaluaciones de un riesgo en relación con la exposición a un procedimiento, si este se expresa de diferentes formas o de manera ambigua; por ejemplo, es muy importante siempre evaluar el riesgo en relación al tiempo de exposición y las condiciones del paciente. Dadas las consideraciones antecedentes, es indispensable que los médicos sean entrenados en gestionar los riesgos que los pacientes asumen de acuerdo con su condición precedente y al procedimiento indicado (tabla 2).

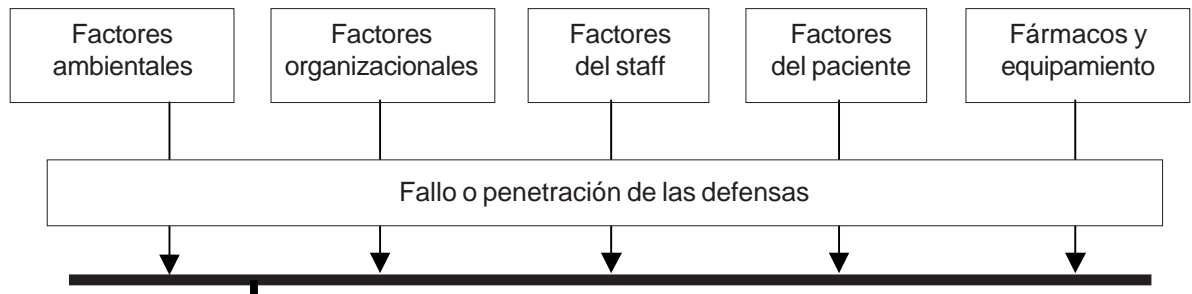
Es innegable que el cuidado sanitario se compone de un complejo entramado de sistemas que interactúan: atención en la emergencia, hospitalización, cuidado ambulatorio, estudios diagnósticos, tratamientos quirúrgicos, medicamentosos, etcétera. Conectados todos entre sí por intrincadas redes de individuos, *teams*, equipamientos, comunicaciones y regulaciones. Si bien lo llamamos “sistema sanitario”, esto resulta una paradoja, ya que de funcionamiento como “sistema” poco tiene.

La seguridad en los procesos de atención deberá emerger del rediseño de sistemas seguros, que incorporen además la amplia comprensión de factores humanos.

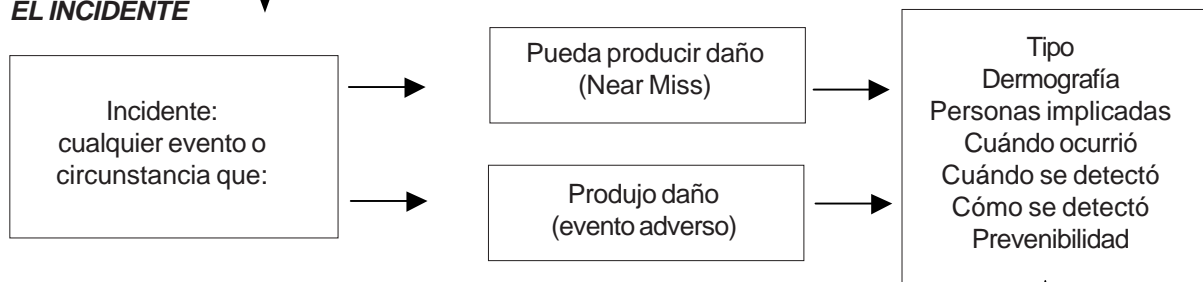
Uno de los mayores desafíos es cambiar de una “cultura de la culpa”, que atribuye los errores a los individuos,

Tabla 2. Modelo genérico para la referenciación de incidentes individuales
Australian Patient Safety Foundation 2002

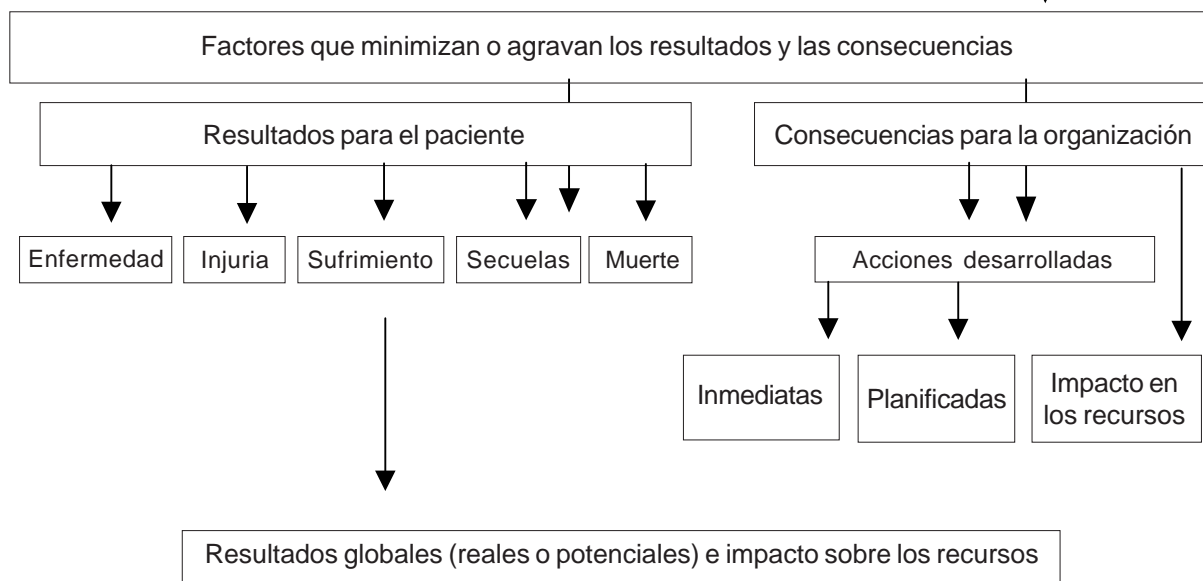
FACTORES CONTRIBUYENTES Y RIESGOS



EL INCIDENTE



RESULTADOS O CONSECUENCIAS



a una nueva visión que reconozca que la mayoría de estos errores provenientes de la atención médica no son fallos personales, sino que deberán ser vistos como oportunidades para diagnosticar dónde están las fallas y cómo mejorar los diseños de los sistemas en juego de la atención de los pacientes, previniendo así el daño. Por tanto, una de las mayores barreras que se alza para alcanzar sistemas seguros es, sin duda, la falla en el reconocimiento de la amplitud del error en la atención médica en cuanto a su frecuencia y las consecuencias que determina. En nuestro medio, al igual que sucede en otros aun con un mayor desarrollo en los sistemas sanitarios, los errores no son reconocidos, aceptados, ni comunicados en la mayoría de las situaciones, y esto se vincula claramente al temor al castigo, ya sea este institucional, judicial o moral.

La piedra fundamental de toda esta problemática que nos ocupa es el informe del Institute of Medicine (2000): "To Err is Human: Building a Safer Health System", donde se recomienda enfáticamente:

1. Proveer a la seguridad en la atención médica una fuerte y notoria visibilidad.
2. Implementar sistemas de comunicación y análisis de errores no punitivos en todas las organizaciones.
3. Incorporar principios de seguridad sencillos y de fácil comprensión, tales como la estandarización de procedimientos y la simplificación en los procesos.
4. Establecer programas para entrenamiento en el desempeño de tareas en los equipos interdisciplinarios, con ejercicios de simulación que permitan mejorar las habilidades, sobre todo la comunicación entre sus miembros.

Manifestado lo antecedente, cabe también reconocer que en aproximadamente 20% de los errores se verifican fallos en la conducta de los equipos actuantes por desidia, en cuanto a la realización de prácticas basadas en las mejores evidencias disponibles. Aunque esto también se haya facilitado por errores en los diseños de los sistemas. Consideramos que en nuestro medio esto frecuentemente se vincula a los fallos en una oportuna y adecuada supervisión "staffing", donde los responsables jerárquicos que los equipos actuantes no asumen sus responsabilidades de dirección, y quienes de ellos dependen, evitan ser supervisados por un exceso de individualismo que caracteriza a los médicos y que se explica por diversos autores por la formación (individualista), que se recibe durante el pregrado.