

La Sociedad Argentina de Cardiología ante el error médico

“Culpar a los individuos es emocionalmente más satisfactorio que objetar a las instituciones”
Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70

Existe una creciente preocupación pública y profesional por los errores en la práctica médica que ocasionan lesiones físicas y psíquicas a los pacientes, daños a sus familiares, a la sociedad y al personal de la salud implicados en la situación, insatisfacción de los pacientes y del personal médico, desconfianza social para con la profesión médica, altos costos económicos y consecuencias legales. La atención que concita el tema, desde una perspectiva médica, se evidencia en la literatura. En efecto, Pubmed registra, desde 1995 a 2004, 1.395 artículos que contienen, en su título, las palabras “*medical error*” o “*medical safety*” o “*mal-practice*”. Sin embargo, este número de artículos parece aún modesto cuando se contrasta, al azar, con otros temas como por ejemplo “*breast cancer*” con 29.552, “*AIDS*” con 19.033 o, “*myocardial infarction*” con 14.435.

En esta carta me propongo reflexionar con ustedes sobre el problema del error médico y sobre el papel que desempeña y debe desarrollar la Sociedad Argentina de Cardiología frente a la denominada “epidemia de error médico”.

Se define error a la falla de una acción planeada para lograr un objetivo o el empleo de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (*Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774-7*). Los errores médicos pueden clasificarse en: 1) diagnósticos (error o retraso en el diagnóstico, falla en el empleo de una prueba indicada, empleo de una prueba o terapéutica obsoleta, falta de acción de acuerdo con los resultados de un control o prueba), 2) terapéuticos (error en la realización de una operación, procedimiento o prueba, error en la administración del tratamiento, error en la dosis o vía de administración de una droga, retraso evitable en el tratamiento o en actuar ante una prueba anormal, tratamiento inapropiado), 3) preventivo (falla en administrar un tratamiento profiláctico, control o seguimiento inadecuado del tratamiento) y, 4) otros (falla en la comunicación, falla del equipamiento, otras fallas del sistema) (*Leape L, Lawthers AG, Brennan TA et al. Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull 1993;19:144-9*).

Existen escasos y limitados estudios sobre la epidemiología del error médico. El estudio de Harvard sobre 30.121 pacientes internados refiere una frecuencia de efectos adversos que ocasionaban prolongación de la internación o lesión al alta del paciente del 3,7%, el 69% atribuibles a errores médicos (*Brennan TA,*

Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991;324:370-76). Por su parte, el estudio australiano sobre 14.179 internados refiere una frecuencia de efectos adversos del 16,6%, que ocasionó la muerte en el 4,9% de los pacientes e incapacidad permanente en el 13,7%, con el 51% de los casos prevenibles o atribuibles a errores médicos (*Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995;163:458-71*). De acuerdo con estos estudios, se estima que en los Estados Unidos ocurren 44.000 a 98.000 muertes debidas a errores médicos previsibles, cifra que excede la mortalidad por accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>]*). No se dispone aún de datos suficientes sobre la práctica ambulatoria y domiciliaria.

Los errores médicos tienen consecuencias humanas, económicas y legales. Desde lo humano, como ya se dijo, no sólo lesionan física y psicológicamente al paciente sino que dañan al entorno familiar y social y al personal de la salud implicado en la situación, causan insatisfacción de los pacientes y del personal médico y desconfianza social para con la profesión médica. Los costos económicos, directos e indirectos, de los errores médicos, incluyen los tratamientos adicionales, la pérdida de productividad y la incapacidad. En los Estados Unidos se estima que este costo económico es de US\$ 17.000 a US\$ 29.000 millones por año (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>]*). Deben considerarse también las consecuencias legales provocadas por los errores médicos.

Las causas de los errores médicos van desde la certificación y la recertificación (mantenimiento de la certificación) de los profesionales hasta la estructura y la financiación del sistema y de los subsistemas de atención médica (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human:*

Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>]. Existen dos encuadres para el problema del error humano: el personal y el sistémico. El primero se centraliza en los errores individuales atribuyéndolos a olvidos, inatención o “debilidad moral”. El segundo se concentra en las condiciones en las cuales los individuos realizan su trabajo y trata de construir defensas para evitar el error o limitar sus consecuencias (*Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70*). La mayoría de los errores médicos no se deben a negligencia, impericia o imprudencia de individuos o grupos de individuos sino a fallas en los sistemas, procesos y condiciones que llevan a los individuos a cometer errores y fallas prevenibles. En consecuencia, los errores pueden prevenirse principalmente con el diseño de sistemas de salud más seguros sin que por ello se desestimen los cuidados, la vigilancia y la responsabilidad de las personas respecto de sus acciones individuales (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>].*

Probablemente la Medicina esté más de una década atrasada respecto de otras actividades con alto riesgo en caso de error, como por ejemplo los portaaviones nucleares, las plantas nucleares o el control del tráfico aéreo. Es probable que podrían aprovecharse algunos modelos de estas organizaciones dado que tienen algunas características similares con las médicas (*Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70*).

En *To err is human: building a safer health system* se proponen cuatro estrategias para mejorar la seguridad en medicina (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>].*

1. Establecer un interés nacional para crear “liderazgos”, investigación, herramientas y protocolos destinados a mejorar los conocimientos básicos sobre seguridad.
2. Identificar y aprender de los errores mediante el desarrollo de un sistema nacional público y obligatorio de registro y estimular a las organizaciones médicas y a los profesionales para que desarrollen y participen en sistemas de registro voluntarios (con protección de la confidencialidad).
3. Aumentar los estándares de competencia en seguridad a través de acciones de control de las organizaciones prestatarias, profesionales y “consumidores” del sistema de salud.
4. Implementar sistemas de seguridad en las organizaciones de salud para garantizar prácticas seguras de las prestaciones.

En el acápite específicamente referido a las sociedades profesionales recomienda que los estándares de los profesionales de la salud presten mayor atención a la seguridad de los pacientes:

- Los mecanismos de licencias profesionales deben:
 1. Implementar preexámenes periódicos y recertificar a los médicos, enfermeras y otros “proveedores” de la salud, de acuerdo con sus competencias y prácticas seguras.
 2. Trabajar con las organizaciones de certificación y acreditación para desarrollar métodos de identificación de los “proveedores” no seguros y emprender acciones al respecto.
- Las sociedades profesionales deben comprometerse con la seguridad del paciente estableciendo comités permanentes dedicados a la mejoría en la seguridad. Este comité debe:
 1. Desarrollar un currículum sobre seguridad y estimular su adopción dentro de los requerimientos del entrenamiento y certificación.
 2. Difundir regularmente información sobre seguridad de los pacientes entre los miembros en reuniones especiales, conferencias anuales, artículos de revistas y editoriales, “newsletters”, publicaciones y páginas web.
 3. Considerar la seguridad de los pacientes en las guías prácticas y en los estándares relacionados con la introducción y la difusión de nuevas tecnologías, terapéuticas y drogas.
 4. Trabajar con el Centro para la Seguridad de los Pacientes para desarrollar iniciativas de cooperación, basadas en la comunidad, para registrar y analizar los errores e implementar mejoras en la seguridad de los pacientes.
 5. Colaborar con otras sociedades profesionales y otras disciplinas en un encuentro nacional sobre el papel de los profesionales en la seguridad de los pacientes.

En los Estados Unidos, la Agency for Healthcare Research and Quality, establecida por el presidente Clinton en el año 2000, con un presupuesto de US\$ 50.000.000, desarrolla e implementa un plan de acción que incluye, entre otros ítem (*Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press. 2000. [Disponible en <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>].*

1. Desarrollar y probar nuevas tecnologías para reducir los errores médicos.
2. Realizar proyectos a gran escala para probar estrategias de intervención y denuncia de errores.
3. Auspiciar económicamente grupos multidisciplinarios de investigadores, prestadores y organizaciones de la salud, ubicados en diferentes regiones geográficas, que determinen las causas de los errores médicos y desarrollen nuevos conocimientos que ayuden a diseñar proyectos.

4. Financiar a investigadores y organizaciones para desarrollar, demostrar y evaluar nuevos encuadres para mejorar la educación de los "proveedores" y reducir los errores.

Cabe preguntarse, ¿cuál es el papel de las sociedades científicas, y particularmente el de la Sociedad Argentina de Cardiología, ante el problema del error médico? Una primera aproximación han sido los Tribunales de Honor, como el constituido en nuestra Sociedad, que entiende en delitos que afecten el buen nombre y honor, en violación de la ética profesional y en la comisión de actos graves de deshonestidad o engaño (*Estatuto de la Sociedad Argentina de Cardiología, artículo 23 [disponible en <http://www.sac.org>]*). Sin embargo, este encuadre es eminentemente individual y punitivo. El primer paso para desarrollar una actitud institucional moderna respecto del tema del error médico es reconocer que el problema existe y que tiene una magnitud y una importancia fundamentales para la institución. La Sociedad Argentina de Cardiología debe desarrollar una estrategia sistemática, metódica e integrada de acuerdo con las realidades actuales. Se imponen acciones docentes, prescriptivas, de investigación y políticas, internas y externas. En los próximos años, la Sociedad Argentina de Cardiología deberá desarrollar, en lo que al error médico respecta, un esfuerzo en la docencia (de formación y

continua) y en la investigación, sobre su epidemiología, su diagnóstico, sus consecuencias, su prevención y su tratamiento. Además, deberá establecer guías y consensos sobre el error médico y, desde la Comisión de Políticas de Salud (Prevención, Prestaciones Médicas, Alta Complejidad, Recursos Humanos y Farmacovigilancia), estudiar y proponer soluciones del error médico colaborando activamente con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, académicas, prestadoras de la salud, la industria farmacéutica, tecnológica y de insumos médicos y otros actores de la salud. Aunque ninguna actividad singular puede ofrecer una solución para los errores médicos, la combinación de actividades interdisciplinarias con liderazgo adecuado, atención y recursos puede mejorar la situación. El error es parte de la naturaleza humana, pero también es parte de ella crear soluciones, encontrar mejores alternativas y enfrentar los problemas.

La Sociedad Argentina de Cardiología no es, ni puede ser, un espectador de la historia; por el contrario, es imperativo fortalecer y desarrollar su destino como protagonista de los nuevos desafíos, con la convicción de su papel en la búsqueda de soluciones de máxima jerarquía científica, tecnológica, social y ética.

Daniel José Piñeiro
Presidente de la Sociedad Argentina
de Cardiología