

El cambio de cultura en el abordaje del error en medicina. ¿Cuánto hemos progresado?

A cultural shift in the approach to medical errors: How much have we progressed?

Los errores continúan siendo muy frecuentes en la práctica médica y aun cuando sus consecuencias suelen ser leves, no raramente producen efectos adversos graves, incluso la muerte. Los datos de varios países desarrollados muestran que entre el 7 y 12% de los pacientes hospitalizados presentan un efecto adverso provocado por un error. Es muy probable que algo similar o aun mayor suceda en países como el nuestro, con menos recursos y sistemas de salud poco eficientes. Está demostrado que anualmente las muertes por errores en el cuidado de los pacientes superan por mucho a cualquier otra situación humana, incluyendo accidentes de tránsito, cáncer y actividades de elevado riesgo.

A partir de la publicación de los estudios realizados por el Dr. Leape y colab. de la Universidad de Harvard (*N Engl J Med* 1991;324:370-6 y 377-84) el mundo se enteró de la terrible magnitud y las graves consecuencias de los errores que se producían en la atención de pacientes hospitalizados en los EE.UU. Estos estudios dieron comienzo al nacimiento de una nueva era en la medicina y fue creciendo un paradigma destinado a cambiar la historia del abordaje del error al reemplazar el enfoque tradicional por otro diametralmente opuesto. La cultura clásica ante los errores producidos en la atención de pacientes se basa principalmente en su ocultamiento, en el castigo a quienes lo cometen y a poner el foco solo en la persona. Mediante la implementación de estrategias para prevenir los errores o lograr su reducción y gravedad, lentamente fue emergiendo una cultura diferente y honesta de encarar el problema y eso ha producido un significativo progreso.

Sin embargo, hay un acuerdo generalizado en todos los países en que las expectativas que se tenían a finales de la década del 90 y comienzos de este siglo solo se han cumplido parcialmente y que aún queda mucho por hacer. También hay acuerdo en que el principal obstáculo que dificulta mayores avances es la resistencia a cambiar la oprobiosa cultura tradicional que tanto daño produce. La persistencia del ocultamiento y la escasa actitud crítica, en especial en los médicos, es una de los principales motivos de la alta prevalencia de los errores ya que no se enfatiza que solo del

error se aprende. Karl Popper sabiamente señaló: "debemos saber cómo podemos aprender de nuestros errores y cómo los detectamos. Eso nos puede ayudar mucho a comprender qué poco es lo que conocemos y a lograr una actitud más crítica." (McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ* 1983;287:1919-23).

En las escuelas de medicina y en las residencias el tema del error no suele ser tratado en forma honesta; por el contrario, se supone que la actividad de los médicos capaces no tiene que tener errores ya que hay un énfasis importante en la perfección. El "aura" de infalibilidad en la práctica médica es sin duda falsa, debido a que como todos los seres humanos, indefectiblemente nos vamos a equivocar más allá de nuestras capacidades.

El concepto de cultura de seguridad se originó en varias disciplinas mucho antes que en la medicina; entre las más notables se destaca la aviación, que en los últimos 40 años logró reducir marcadamente los accidentes. La aviación comercial es muy segura, hay aproximadamente 15.000.000 de despegues y aterrizajes por año y se producen un promedio anual de 4 accidentes graves.

Las organizaciones que han logrado instalar fuertemente una cultura de seguridad se las conoce como "organizaciones de alta fiabilidad" y son aquellas que constantemente reducen los efectos adversos a pesar de llevar a cabo trabajos intrínsecamente muy complejos y peligrosos. Estas organizaciones mantienen un compromiso con la seguridad en todos los niveles, desde los prestadores de primera línea a los gerentes, ejecutivos y directores. Lamentablemente, esto aun no se aplica con la frecuencia que se debiera en las instituciones médicas públicas y privadas, y menos aun en nuestro país.

Para alcanzar una cultura de seguridad en la asistencia médica hacen falta al menos las siguientes condiciones: reconocer el alto riesgo de las actividades que se realizan, lograr estrategias seguras que sean consistentes, trabajar en un medio ambiente libre de culpa en que los individuos sean capaces de informar errores o cuasi errores sin temor a reprimendas o castigos, fomentar la

colaboración entre los integrantes formando equipos para buscar soluciones en la prevención y reducción de errores, comprometer a la institución y al Estado a proveer los recursos necesarios para enfrentar los problemas de seguridad.

Las razones subyacentes que impiden o dificultan un cambio de cultura en la atención de la salud son complejos y predominan la falta de un ambiente libre de culpa, el escaso trabajo en equipo con adecuada comunicación y el insuficiente o nulo compromiso de los directores y líderes para establecer los cambios necesarios. La mejora sostenida en la prestación de una atención segura al paciente requiere ineludiblemente un firme compromiso de toda la organización hacia una cultura de seguridad (Reason J. Human error: Models and Management. *BMJ* 2000;320:768-770)

Sin embargo, el enfoque del error en medicina basado en la persona aun prevalece y es "la tradición" más extendida. Se da por descontado que los errores son solo producto de los individuos y que si algo sale mal es obvio que alguien cometió un error y por lo tanto es el responsable. Tiene una importante prédica porque para muchos encontrar un culpable sería emocionalmente preferible que sentir que trabajamos en un medio inseguro en el que todos podemos cometer errores ("ojos que no ven, corazón que no siente") y además separar al culpable de la institución es sin duda el mayor interés de cualquier gerente ya que supone que es legalmente lo más conveniente.

Este denigrante modelo es el que con mayor o menor intensidad predomina en la mayoría de las instituciones médicas, al menos en nuestro país. Es lamentable que con las evidencias que hay no se tenga en cuenta que el enfoque del error se basa principalmente en el sistema y no el individuo ya que son los inapropiados o inexistentes sistemas las principales causas que originan los errores. Como no podemos cambiar la condición humana cambiemos las condiciones en que los humanos trabajan y construyamos sistemas que tengan barreras defensivas e impidan que el error llegue al paciente. Ante un error, mas que buscar un culpable debemos encontrar cómo y porque fallaron las barreras defensivas.

Actualmente, en un intento de lograr cambiar el modelo punitivo y conciliar las necesidades in-

dividuales de "no-culpa", se está desarrollando el modelo de una "cultura justa" que se centra en identificar y abordar las debilidades en los sistemas que llevan a los individuos a los errores pero exigiendo la responsabilidad individual mediante tolerancia cero para el comportamiento imprudente o irresponsable. En esta cultura, la respuesta a un error se basa en el comportamiento del que lo cometió y no en la gravedad del evento. No hay punición ni culpa, pero si advertencia cuando se comprobó una conducta inapropiada, que de reiterarse puede llevar a medidas más severas.

Finalmente, deseo señalar una nueva estrategia que significa un notable cambio cultural y es el de asociarse con los pacientes para mejorar su seguridad. Recientemente aplicada en EE.UU. (*Partnership for Patients*) requiere, como ya señalé para las otras condiciones necesarias en el cambio de cultura, reunir a los líderes de los hospitales y a todos los profesionales y empleados junto con el Estado y los gobiernos provinciales para difundir y aplicar esta estrategia. Eso implica estimular a los pacientes en su propio cuidado y brindarles información adecuada para la prevención de errores a fin de mejorar la seguridad en su atención. Esto tendrá beneficios importantes tanto para ellos mismos como para médicos y enfermeras/os que cambiarán su forma habitual de actuar por sí solos y los llevará a comunicarse apropiadamente con los pacientes. Si consideramos "socios" a los pacientes, la comunicación mejorará sensiblemente.

Hemos progresado poco en el cambio de cultura ante el error, pero los médicos podemos hacer mucho para cambiar el rumbo al comprender una y otra vez que debemos reducir el riesgo de nuestros pacientes aprendiendo del error y previniendo que se reiteren. De no ser así, estaremos dentro de ese grupo que tan bien definió Cicerón hace más de 2000 años: "*Todos los hombres pueden caer en un error, pero solo los necios perseveran en él*".

José M. Ceriani Cernadas
Editor