

Ensayo

El error en medicina. Más allá de una reflexión ético clínica

Essay: The error in medicine, beyond a clinical ethical reflection

Aurelio Carvallo Valenzuela¹

¹Facultad de Medicina. Departamento de Bioética Y Humanidades Médicas. Universidad de Chile.
Comisión de Ética Sociedad Chilena de Reumatología.

RESUMEN

El error es algo propio de la naturaleza humana y, en este contexto, está incluido el error en la práctica médica. Paradojalmente, a medida que avanza la tecnología en el campo de la medicina, más se ha alejado la relación entre médico y paciente, lo que ha sido, a su vez, un factor que contribuye al error médico. Mucho se ha escrito sobre las causas del error en medicina, pero no se ha considerado lo suficiente, la importancia que tiene la formación del profesional, junto a la cual están la vocación y la comunicación. Son condiciones fundamentales, no solo en cuanto a la adquisición de conocimientos, sino, y tan importante como esta, alcanzar una capacitación en valores y humanismo, que permita un acercamiento al otro que demanda ayuda y, aleje al médico de la judicialización, para ser reemplazada por la ética en la medicina.

Palabras clave:
Error, medicina,
vocación,
formación,
comunicación.

ABSTRACT

Error is part of human nature and, in this context, error in medical practice is included. Paradoxically, as technology advances in the field of medicine, the relationship between doctor and patient has become more distant, which in turn has been a contributing factor to medical error. Much has been written about the causes of error in medicine, but not enough consideration has been given to the importance of the professional's training, together with vocation and communication. These are fundamental conditions, not only in terms of the acquisition of knowledge, but also, and as important as this, to reach a training in values and humanism, which allows an approach to the other who demands help and, moves the doctor away from the judicialization, to be replaced by ethics in medicine.

Key words:
Error,
medicine,
vocation,
training,
communication.

“Una persona que nunca cometió un error, nunca intentó nada nuevo”

Albert Einstein.

Introducción

Mucho se ha señalado que el cometer errores está dentro del ámbito del ser humano y, es así. No hay ser humano que no cometa errores. Ahora bien, el error

en el campo de la medicina, ha sido, es y será un tema de interés creciente, más aún en la medicina actual, en que la relación con el paciente se ha distanciado, siendo progresivamente reemplazada por la tecnología (exámenes complementarios de imágenes y laboratorio), que ha pasado a ser una valla que antecede, y no está junto, a la conversación y recolección de datos (anamnesis) y más aún al examen físico. No hay dudas, en cuanto a que la tecnología ha significado un gran avance en la medicina y desconocerlo, sí sería un error. Sin embargo, no reemplaza ni se debe anteponer a la relación con el paciente, sino que la complementa. Si bien

Correspondencia:
aureliocarvallo@hotmail.com

el error en medicina ha existido siempre, el riesgo se acrecienta cuando no se escucha ni se examina al paciente y, a su vez, y derivado de lo anterior, cuando no hay una buena comunicación, vínculo primordial en la relación entre paciente y médico.

Analizado desde el punto de vista ético, el error médico da origen a variados conflictos, que afectan al médico, al equipo de salud, al paciente y su entorno y, en determinadas circunstancias, también a la sociedad. Este artículo nace del deseo de revisar y ampliar lo expresado en un escrito anterior, profundizando en aspectos que, desde una perspectiva ética, no han sido lo suficientemente considerados y analizados¹.

Hay hechos evidentes, como el que, la enseñanza y educación médica deben mantenerse en el tiempo, constituyendo así una formación continua, que comprenda no solo conocimientos y técnicas, sino, y siempre en un mismo nivel, el ámbito ético humanista. Ambas deben integrarse, convirtiéndose en dos vertientes que se retroalimentan y refuerzan. Es el modo de evaluar al ser humano como un todo psicorgánico y, bajo esa perspectiva, sopesarlo en todas sus actividades de la vida diaria, desde las más complejas a las más simples y más aún si es enfermo y demanda ayuda, como sucede y constituye el objetivo fundamental de la medicina.

Los avances en el campo de la medicina, tanto en conocimientos como en técnicas, han hecho más compleja la labor médica y han conducido a una progresiva pérdida en el arte de interpretar al otro. Se ha alterado la relación interpersonal. Se ha hecho más distante la relación médico paciente y, su peligro, es la sustitución por la relación máquina paciente, la que se basa más en los instrumentos y técnicas, que en la deducción derivada de una buena clínica. Surgen entonces preguntas, y entre ellas, si la lejanía y falta de conocer al otro, la mezquindad en la comunicación, el egocentrismo y búsqueda de la satisfacción personal, junto a la debilidad o carencia de valores, contribuyen también en mayor o menor grado al error en medicina. Es uno de los objetivos de este ensayo.

Santiago Soto, se pregunta en su libro *Hojas de Otoño* “¿Qué está pasando con los médicos? Pareciera que no sabemos el valor de nosotros mismos; creemos que somos el instrumento que usamos y no creemos que somos nosotros mismos el instrumento más valioso”².

Circunstancias y trascendencia ética del error médico

Como señala Herranz, el error aparece como algo inevitable (...) y sigue al médico como la sombra a su cuerpo³. El ser humano, y el médico como tal, es falible a pesar de la mejor preparación a la que haya estado sometido, a lo que se agrega, la dificultad de la medicina como ciencia que, siendo una ciencia biológica, no es exacta. Es variable y cambiante, ya sea en una misma persona o de una persona a otra o, en la sociedad, como ha sucedido, por ejemplo, con la pandemia viral COVID-19, que,

con sus cambios, modificaciones y mutaciones ha provocado desorientación y dificultad para contenerla. A su vez, el error mismo es diverso; en ocasiones, es pequeño o parece pequeño, según quien lo cometa y quien lo reciba; sin embargo, en otras es grave y a veces catastrófico e irreparable. Será también juzgado, por quien lo cometa y quien lo reciba.

“Nadie debería sufrir daños mientras recibe atención sanitaria. Pese a ello, en todo el mundo mueren al menos 5 pacientes cada minuto debido a una atención poco segura”, señala el director general de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Organización Mundial de la Salud, septiembre de 2019)⁴. Es una cifra que abisma y a la que no se ha dado una solución.

Desde una mirada ética, se puede considerar que el error trasciende y afecta tres niveles de la acción médica: en primer lugar, al médico o profesional de la salud; en segundo lugar, al paciente y, finalmente, tiene una indudable repercusión en la relación entre ambos, en la relación médico-paciente, en el acto médico mismo. Esto es fundamental, ya que este encuentro es la base de la buena práctica de la medicina.

1. Desde el punto de vista médico y del equipo médico

Surge la pregunta: ¿por qué erramos? ¿Cuáles son las condiciones que conducen al error? Un factor indiscutible, ya mencionado, es la dificultad de la medicina como ciencia no exacta, y en la que, la subjetividad juega un papel primordial. El arte de interpretar al otro, se desarrolla muchas veces en la incertidumbre, exigiendo al médico interpretar la interioridad y exterioridad del paciente, en que cada uno de ellos representa una individualidad diferente, más aún si está aquejado por una enfermedad.

De ahí que es trascendente la preparación del médico y del equipo de salud, basada en una buena formación, que debe ser de inicio temprano y continuarse en el tiempo.

Lo errores pueden ser *por ignorancia* (formación científica), *por falta de habilidad o destreza* (formación técnica), o bien, *por imprudencia y negligencia* (formación ético-humanista). Todos son importantes, y en ellos incide en forma significativa la falla formativa, que constituye un terreno fértil para que se desarrollen los errores. Ambas vertientes, científico técnica y ético humanista, son esenciales. No basta con saber o ser un técnico consumado, sino que ese saber, debe ir firmemente ligado a principios y valores. Es una retroalimentación que facilita una toma de decisiones correctas y no erróneas.

Significa una preparación integral

Cualquiera de las fases del acto médico que falle, sea la historia, exploración física, diagnóstico, tratamiento o comunicación, pueden ser fuente de error. La desgracia es que a veces pueden fallar todas. Señala Gil Matheu “La humanización del contexto hospitalario es algo altamente defendido por los profesionales, pero en la práctica está poco representada y poco realizada”⁵.

Su publicación es un análisis claro y objetivo del error intra hospitalario, a través de una auto etnografía que le permitió tener una visión desde adentro, “desde la experiencia como enfermera, y desde la vivencia como paciente”, tras haber sufrido un error médico, lo que le posibilitó realizar un cuestionamiento en relación a cómo trabajan y como eluden médicos y enfermeras los errores y/o efectos adversos, siendo estos últimos con frecuencia derivados de un error.

Desgraciadamente, no se exime del error el médico bien preparado. La práctica de la medicina conlleva que el médico muchas veces debe enfrentar situaciones de incertidumbre, en las que tomar decisiones es dependiente de la subjetividad y las circunstancias. He ahí la complejidad y el riesgo de la medicina. Lo que sigue al error cometido, será sufrimiento y angustia, revisión y autocrítica, búsqueda del porqué del error, el que quedará marcado como un aprendizaje doloroso, fuente a su vez que le ayude a evitar una nueva caída.

En un revelador reportaje publicado en la Revista Corporativa del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, España, se aborda el tema del error en medicina señalando: “Haber causado un daño innecesario a una persona, aun a pesar de haber sido sin ninguna intencionalidad, puede traumatizar al profesional sanitario y puede desencadenar en él/ella toda una serie de consecuencias psicológicas, emocionales y profesionales, convirtiéndole en la Segunda Víctima”, en relación a lo cual agrega, “la Segunda Víctima sería todo aquél profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un evento adverso, un error médico y/o una lesión no esperada y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso”⁶. Es el dolor que produce el daño ocasionado al otro y, a su vez, el daño provocado a sí mismo.

2. *Desde el punto de vista del paciente*

Frustración, ansiedad, rabia, decepción. Es indudable que el paciente se siente dañado, menoscabado y muchas veces irritado, pudiendo llegar a situaciones agresivas “Es por su culpa...” “Usted no supo hacer el diagnóstico...” Se produce un estado emocional derivado de encontrarse frente a algo contrario a lo buscado y deseado, esto es, un beneficio para la salud, ya sea propia o de un ser querido. Es un estado afectivo y anímico asociado a una mezcla de indignación e impotencia. Quien lo sufre se siente no solo afectado en su dignidad, sino además naufrago y en medio de circunstancias en las que, en ocasiones, percibe un ambiente de indolencia, poca veracidad o de que algo se encubre.

Son ocasiones en que es imperativa una comunicación veraz. Sin embargo, realizarla suele ser extremadamente difícil y para lo cual, la mayor parte de los médicos, no ha recibido una apropiada formación⁷. Es un capítulo pendiente, que el paciente no se merece. Es una contraposición a lo que A. Roa ha llamado “amor médico”, que es amar a quienes carecen de salud, se sienten enfermos y buscan el apoyo médico⁸. Desgraciadamente,

es doloroso cuando se siente que la confianza y este apoyo se ha perdido.

3. *Desde el punto de vista de la relación médico paciente*

Es tal vez la situación más importante. Va más allá del significado que el error tiene para el médico o el paciente en forma individual. Es la connotación que tiene la equivocación en la relación entre ambos. Es una situación que remece y muchas veces quiebra el acto médico y los principios y valores en que este se sustenta. Desploma la relación de confianza y entrega imperante entre ambos. Se afecta concretamente el principio de no dañar, de *no ser maleficiente*. La relación médico paciente se hace insolvente y deja de constituir el bien buscado (principio de *beneficencia*). A su vez y, en mayor o menor grado, se ve menoscabada la *ética del cuidado*, junto a valores como la veracidad, confiabilidad, honorabilidad y afabilidad, todos fundamentales en la relación entre paciente y médico. Cada uno se ve destrozado a su manera. No es inocuo para ninguno de los dos.

Esto puede suceder en cualquier ámbito o circunstancia, ya sea en la medicina pública o privada. Sin embargo, por el terreno en que se desarrolla y las condiciones en que se realiza la labor médica, es la medicina pública la que corre el riesgo de ser la más expuesta. El trabajo a presión, la falta de tiempo para establecer una relación fuerte con el paciente, el cansancio mental y físico, junto a la insuficiencia de recursos sanitarios y la presión de las largas listas de espera, concurren a crear condiciones de trabajo deficitarias y sobresaturadas, más allá de que la preparación y formación médica puede haber sido adecuada. En este contexto la relación médico paciente se verá más amenazada y el error será más fácil de cometer.

Los tres niveles señalados son relevantes. No obstante, la mirada ética debe ir aún más allá. Debe profundizar más, en busca de condiciones que pueden conducirnos a la raíz del problema.

Condiciones, desde el punto de vista ético, que potencialmente se asocian o conducen al error en medicina

Son abundantes y variados los estudios orientados a la búsqueda de causas que conducen al error en medicina. Es razonable hacerlo, ya que es algo frecuente, y por consiguiente se debe indagar cuáles son las causas y, cuáles son sus consecuencias. Es primordial buscar e implementar estrategias, que incluyan muy especialmente la prevención. Landrigan CP et al., en un estudio que investiga el problema del error médico, concluye “In a study of 10 North Carolina hospitals, we found that harms remain common, with little evidence of widespread improvement. Further efforts are needed to translate effective safety interventions into routine practice and to monitor health care safety over time”⁹. Si bien es una cita de años atrás (2010), sigue siendo un problema actual. Es así como en 2016, Makari MA y Daniel M, señalan

que el error médico constituía la tercera causa de muerte en Estados Unidos, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer¹⁰. Más aún, en un reportaje realizado al respecto por BBC Salud a uno de los autores, señala que, la mala calidad de los cuidados, en África mata probablemente “más gente que el sida o el paludismo juntos”, agregando que “debe existir un enfoque científico fiable, que reconozca el problema y se responsabilice de las amenazas que existen sobre la salud de los pacientes”.

Como conclusión propone “que el certificado de defunción señale si las complicaciones vinculadas a los cuidados desempeñaron un papel importante en la muerte del paciente”. En la actualidad, “la muerte por error médico no queda registrada por los informes del gobierno, debido a que el sistema estadounidense para asignar un código a la causa de la muerte -la clasificación internacional de enfermedades (CIE)- no dispone de la etiqueta para clasificar el error médico”¹¹.

Pero hay más, y es muy significativo. Diferentes experiencias han demostrado que el implemento de la tecnología no ha logrado disminuir el error médico, sino que, en diversas ocasiones, lo ha aumentado. Parece una paradoja, pero es una realidad. En una revisión realizada por Ayuso-del Valle en su artículo “Errar no es humano”, menciona una experiencia española de 2019 en que exponen cómo la implementación de la tecnología informática, no se reflejó en una mayor seguridad del proceso de prescripción, empeorando incluso en la parte de frecuencia de administración (63% vs 57%). Agrega entre otras, una experiencia realizada en Inglaterra, comunicada en 2018, en relación a programación de mamografías, el que, no consideró agendar a pacientes con sospecha de lesiones, que pudo haber ocasionado retrasos diagnósticos y hasta una cantidad importante de muertes sin ser error humano¹². Como estos hay más ejemplos, lo que se refleja que están comenzando a aparecer errores derivados del uso de la tecnología y el desuso de la relación con el paciente, con resultados que aún desconocemos.

Frente a esta realidad impactante, es fundamental un estudio profundo, de una situación que cruza ante nosotros y, solo miramos hacia el lado.

La mayoría de los estudios aducen variados motivos que contribuyen al error, los que lo mantienen en el tiempo, sin lograrse una tendencia a la mejoría. Entre sus causas se mencionan: fallas del sistema de los servicios de salud, cansancio, estrés, exceso de pacientes, secretismo, falta de transparencia, conflicto de intereses, problemas del equipo y otros¹³. Se han propuesto diferentes estrategias, como estandarizar los datos, medir las consecuencias y definir mejor las causales⁹.

Son estudios valiosos que, en su mayoría giran alrededor de hechos ya consumados y, que buscan sus causales y como evitarlos, lo cual está bien y es correcto. No obstante, no es suficiente. Es necesario ir a buscar en forma más profunda, introduciéndose y llegando a las raíces mismas del problema. Hay que buscar que condiciones favorecen o predisponen a que los motivos antes señalados, induzcan al error. Dicho de otro

modo, como es el terreno sobre el que estas causas actúan. Ese es el problema. Siguiendo a Barylko, “no somos solo nuestros genes, sino lo que hacemos con ellos”. En otras palabras, nuestros genes constituyen el terreno y es lo que te dan de nacimiento, pero es la construcción sobre ese terreno de responsabilidad propia. Esa construcción, se llama *educación*, que es la que se aplica sobre nuestra herencia genética, y es la que decide el destino que elegimos para nosotros mismos, nuestra capacidad¹⁴. O sea, es esencial la *educación y formación*. Es el elemento básico, es el centro, no solo en la medicina, sino en una sociedad en general. Ahora bien, hay otras dos condiciones que son relevantes junto a la educación: una que la precede, que es la *vocación* y otra que se desprende de ella, que es la *comunicación*. Estas condiciones, constituyen un conjunto esencial que, aplicadas sobre el terreno lo fortalece y lo perfecciona. Su ausencia no solo predispone al error, sino que, y en forma más amplia, favorece el debilitamiento del profesionalismo médico, que corre el riesgo de prolongarse a lo largo de la vida.

Son tres eslabones fuertemente unidos, fundamentales en el desarrollo profesional, en la que, el error médico, puede ser solo la punta del *iceberg*.

1. La Vocación

¿Por qué la vocación? Porque quien la tiene se va a sentir impulsado a realizar su trabajo o actividad del mejor modo y con una mayor convicción. Quien tiene vocación buscará con mayor tesón la excelencia en su formación, no solo en conocimientos, sino también en valores, de lo que derivará en una mejor capacidad para realizar una buena relación y comunicación con el paciente o quien(es) lo representen. Estará, además, mejor preparado para afrontar los objetivos, intenciones y fines de su actividad profesional y enfrentará con más vigor los obstáculos que en esta encuentre¹⁵.

De ahí que, es un primer eslabón, de una cadena determinante en el quehacer del futuro profesional médico.

Ahora bien, surgen otras preguntas: ¿qué es en realidad la vocación? ¿de qué hablamos cuando la mencionamos? ¿cómo la definimos? ¿es un decir o existe realmente en la medicina? Da la sensación de que es un vocablo que se nombra con cierta frecuencia y facilidad, pero que, al momento de definirlo, se hace con dificultad.

¿Su origen? Es del verbo “*vocare*”, que en latín significa “llamar”, o sea, es un llamado ¿Un llamado a qué...? Es un llamado, que, aplicado a la medicina, se traduce en una inclinación, y más aún, en una entrega hacia el otro, enfermo y disminuido, que demanda nuestra ayuda, estímulo a su vez, para adquirir conocimientos y hábitos virtuosos. Se puede por otra parte aludir, que es la conjunción de un impulso innato y una construcción en el tiempo, en el curso de la vida. Puede ser incierta y difícil de descubrir, pero se va cimentando en el camino y, puede ser algo que llegue a dar sentido a la vida¹⁶. Laín Entralgo la define como “el quehacer que hace al hombre coincidir consigo mismo”¹⁷, y

para Marañón significa “servir con amor, desinterés, sacrificio y abnegación”. Y agrega: “cuando no existe vocación el ejercicio profesional se convierte en servidumbre”¹⁸.

Diego Gracia, en su ensayo Marañón como modelo, cita entre alguno de sus pensamientos: “La vocación impulsa al hombre, por encima de toda otra elección, a crear la belleza, si es artista; a buscar la verdad, si es hombre de ciencia y, si es maestro, a enseñar a los otros a encontrar la belleza y la verdad conocida y, el modo de buscar la ignorada”. Agrega: “El médico de vocación hará lo que debe por su paciente, con independencia de que lo exijan las leyes o los códigos deontológicos. Y quien no tenga vocación, no actuará de modo adecuado por más que le amenacen con sanciones”¹⁹.

De ahí que, y basado en lo anterior, surge una nueva pregunta: ¿qué grado de vocación tiene quien ingresa a estudiar medicina? ¿qué porcentaje de quienes lo hacen, siente ese llamado que lo impulsa a ser médico y la responsabilidad que esto significa? La respuesta es incierta, más aún en la sociedad actual, en la que, fuertes intereses entran en conflicto e interfieren con el interés primario, que es el enfermo. Vivimos inmersos en una sociedad de consumo que, como señala Moulian, nos consume²⁰. Se ha señalado que “el alumno, de no contar con una vocación consolidada sobre valores morales, será fácil presa de un mercado profesional, en el que la medida de la competencia, no esté dada por la calidad y la seguridad en el cuidado integral de la salud, tanto individual como colectiva, sino por factores predominantemente económicos, desvirtuándose así la esencia misma del quehacer médico”²¹.

De lo manifestado se puede deducir, que la vocación sí existe y, si no es innata, se puede ir instaurando, descubriendo y elaborando en la vida. Sin embargo, cada vez ha sido más desplazada o reemplazada por intereses que van más allá del enfermo y que constituyen un frenesí que desvía del correcto camino, preparando un terreno, en el que es más fácil que germe lo que en esta instancia nos preocupa, que es el error.

Sin embargo, no todo está perdido y, si el médico tiene, descubre y refuerza su verdadera vocación, esta será un impulso que lo conduzca a rectificar y lo lleve una formación sólida e integral, motivándolo a una mejor y mayor relación con el paciente, que es el fin último de quien ha elegido la profesión médica. Es sin duda encontrar la senda que va en busca de la verdad, transitando por el verdadero sentido de la medicina.

2. La Formación

Se mencionó previamente, que es el eje central, pero que, para obtener su propósito, debe ser continua y, fuerte en conocimientos, en valores y en humanismo. Es algo básico, ya que no tratamos con cosas ni máquinas, que se pueden entender, sino que lo hacemos con seres humanos, con personas, a quienes, además, se les debe comprender. Es educarse para comprender las diferencias, a veces sutiles que, entre sistemas de pensamiento, son y deben ser diversos¹⁴.

A través de la vertiente científico técnica adquirimos lo que *se puede hacer* y se basa en *hechos*, los que se perciben, esto es, nuestro cerebro los interpreta. Es la realidad que nos llega a través de nuestros sentidos. A su vez, y junto a esta, la formación ético humanista, proporciona lo que *se debe hacer* y, se basa en *valores*, los que se estiman. Es cotejar los datos externos con la interioridad propia. Invita a pensar en el que y en el cómo y, con la base de nuestros conocimientos, poder escoger entre diferentes opciones de hacer algo, considerando el beneficio o daño, propio y de los demás¹⁴. El ser humano es cambiante y los médicos lo somos. Muchas veces aparece la duda frente a la enfermedad y se plantea el diagnóstico diferencial. Se analiza, se reflexiona y se toman decisiones. Poder interpretar al otro en su enfermedad, en su sufrimiento, en su necesidad, es lo que hace de la medicina un arte. Un arte interpretativo.

La fusión de ambas vertientes, constituyendo *una formación integral*, debe mantenerse en forma continua y sostenida en el tiempo. Permite complementar el conocimiento “a priori”, basado en la razón, con el conocimiento “a posteriori”, basado en la experiencia. Ambos se retroalimentan. Se construye de este modo una base firme, que aleja al médico del error y, sin descartar que pueda cometerlo, le permitirá realizar su quehacer con criterio y conocimiento, conduciendo a su vez, a una comunicación veraz y transparente con el paciente. Señala Peña y Lillo “ni el diagnóstico ni la terapéutica podrán ser jamás el límite de la medicina. La mirada clínica debe ser capaz de intuir, más allá de los síntomas, la plenitud del hombre; saber definir tanto el perfil de lo mörbido como el de la salud, que es, por así decirlo, la ética de la vida”²².

Para esta integración, es primordial, como previamente se señaló, que exista vocación, esto es, un verdadero deseo, que conduzca sin claudicar a una formación permanente, de excelencia, en que confluyan conocimientos y humanismo. Que se traduzca en una auténtica ética de la verdad y, lo verdadero es bello. La belleza es el sabor, el deleite que nos produce una verdad, y seguir el camino de la verdad es realizar el bien¹⁴.

3. La Comunicación

La comunicación es el tercer eslabón y, también fundamental, en la relación con el paciente. Se puede ser un excelente médico o profesional de la salud, pleno de conocimientos y de habilidades técnicas, pero ser un mal comunicador, que corre el riesgo de derrumbar lo anterior. La comunicación es en sí, parte de la terapia y de la confianza vinculada a las acciones que se van a llevar o se llevaron a cabo, y el fundamento de estas. Es una parte esencial en que se apoya la credibilidad y, más aún, si se logra que la comunicación sea empática. En ocasiones la mente es un poco torpe y nos hace perder el énfasis con que se debe transmitir la credibilidad. En el fondo es una condición, no solo en lo que concierne a comunicar, sino que en medicina va más allá: es el intercomunicarse con el otro, lo que permitirá al médico contar con información completa y precisa, que le conduzca hacia un

diagnóstico y tratamiento adecuado. Es una intercomunicación que se inicia desde el momento que se escucha al paciente, continuándose con la exploración de su cuerpo. Es un todo fundamental, que crea un vínculo, un verdadero enlace entre médico y paciente, lo que facilita la ulterior explicación. Permite evitar muchos errores y efectos adversos²³. La comunicación de este modo es dinámica, y en el acto clínico no solo debe ser verbal, sino que su complemento natural debe ser el examen del paciente. Es parte importante de la comunicación, siendo a su vez parte de la terapia. El contenido de la comunicación debe ser respetuoso, claro y transparente, que no solo deje una satisfacción en quien la lleva a cabo sino, y muy importante, en quien la recibe. Una comunicación mal realizada puede ser fuente de error, a través de una mala interpretación, ya sea de un diagnóstico o tratamiento y más aún, cuando este desgraciadamente ya se ha cometido.

La comunicación ha adquirido gran relevancia en los últimos años, más aún con el debilitamiento que se ha producido en la relación médico paciente, en ese Tú-Yo, que como señala Martin Bube, permite el verdadero encuentro²⁴. El avance de la técnica, valiosa de por sí, ha separado el contacto interhumano en lugar de complementarlo, lo que ha contribuido al creciente aumento de la judicialización²⁵. La comunicación debe constituir una relación deliberativa, motivando el interés y participación del paciente, conduciendo así a la mejor toma de decisión. Es, o debe ser, el núcleo del consentimiento informado. Investigaciones recientes han evidenciado la trascendencia de la trasmisión de una noticia o acontecimiento a un paciente o a sus familiares y la incidencia que esta puede tener en errores médicos y efectos adversos prevenibles²⁶. Un interesante trabajo de Starmer AJ y colaboradores, demuestra que la implementación de un conjunto de medidas y planes formativos en comunicación para residentes, se asocia con una reducción significativa de errores médicos y reacciones adversas prevenibles²⁷.

Si bien es fundamental una buena comunicación, previa a una toma de decisión, tan importante como esta, es la comunicación post haberse cometido un error o que se haya producido un efecto adverso, más aún si son significativos. Es comunicar una mala noticia y ¡que angustia crea el tener que enfrentarla! Como señalan Bascuñan L y Arriagada A. “El principal obstáculo para comunicar errores médicos es la anticipación de las consecuencias que traerá y, a nuestros sentimientos de miedo, culpa y vergüenza”. Agregan: “Se teme a las reacciones emocionales y conductuales de los pacientes y familiares, así como a ser sancionado por los colegas”²⁸.

Es un trance complejo y difícil de abordar. Es un deber que muchas veces se elude, más aún cuando se debe explicar al otro expectante, una mala noticia derivada de un error. Pasa a ser una lucha entre el compromiso ético y la propia responsabilidad, frente al temor a que la acción, potencialmente, pueda derivar en procedimientos legales. En el mismo artículo Bascuñan y Arriagada reflexionan en relación a lo significativo que es, que, en la formación médica actual, no se ha incluido una preparación

para comunicar malas noticias, siendo habitual que estas se tiendan a ocultar o a esquivar. Es en esta lucha interior en la que la vocación y la formación, deben constituir firmes eslabones previos, que hagan del comunicar un error, un acto de veracidad, en el cómo, cuándo y a quien. Sin duda, que es un capítulo que debe ser considerado en la formación del médico y equipo médico en general y, no solo dejarlo en manos de la intuición, la experiencia o el sentido común.

Consecuencias más allá de la medicina

Como previamente se mencionó, el médico o profesional de la salud, más allá de sus conocimientos, y empujado por su vocación, debe adquirir una buena formación ética, la que le permitirá enfrentar el error o equivocación a un nivel diferente. Una fuerte formación moral, confiere la capacidad de reconocer la equivocación o error. El corregirlo, debe constituir un gran motor que permita revisar y continuar en la formación, especialmente ética. Señala Valenzuela C. “No todo error médico es mala praxis, ya que para que ésta ocurra se necesita la decisión consciente y voluntaria del médico sea por comisión o por omisión”²⁹.

Como precisa Herranz, es fundamental, particularmente desde el punto de vista docente, que se desarrolle una pedagogía abierta sobre los errores, una doctrina práctica que sea una cura para el relativismo y la hipocresía. Es ético que, ante el error, este se reconozca, se busquen sus causas con el fin tratar de evitarlas en el futuro. Paradojalmente, el error puede ser una fuerza para corregir, aprender y avanzar³.

Ahora bien, más allá de la medicina misma, es importante considerar la relación que puede llegar a tener el error con la justicia. Es un hecho que en la actualidad existe un acceso masivo a la información, y entre esta, a la información médica. El paciente y el grupo familiar tienen y obtienen conocimientos, sea a través de internet, redes sociales, medios audiovisuales o escritos. Están, por consiguiente, más preparado para deliberar sobre una acción médica determinada. Ante esta situación existe una mayor alerta y una mayor tendencia a la judicialización de la medicina²⁵. Esto es una realidad y, más aún si los errores tienden a ocultarse, en especial porque van en menoscabo de quien lo comete y más aún si, según la circunstancia, pueden dar origen a juicios por mala práctica. En ello hay un fondo de verdad, pero cuando se establece una relación fuerte, veraz y sincera entre médico y enfermo, basada en el humanismo y respeto a la persona, con una solvencia moral firmemente ligada a su preparación científico-técnica y, el profesional sabe aceptar y reconocer su error ante el paciente o la familia, las causas judiciales por responsabilidad civil del médico, se hacen mucho menos probables. No así cuando existe ignorancia, impericia o negligencia y secretismo.

Es esencial tener en consideración que, legalidad para una profesión, es la sujeción de su conducta a las normas y leyes

que existen para su actuar profesional; el no hacerlo implica una sanción de índole jurídica, que conduce a ser juzgada por los tribunales y, sus transgresiones se traducen en sanciones civiles y penales³⁰.

Sin embargo, y más allá del aspecto legal mencionado, como lo señala Sánchez González, la ética profesional se apoya en los imperativos morales de la conciencia individual¹⁵. Sólo debe ser juzgada y sancionada por la conciencia privada o por las propias instituciones profesionales: censura, pérdida de estima, ostracismo social o sanciones intraprofesionales que pueden llegar hasta la retirada de la licencia para el ejercicio profesional (cuando la institución profesional tiene esta facultad).

De este modo, la ética profesional es más amplia y está por sobre la legalidad, ya que exige más. Las leyes, establecen los mínimos necesarios para la convivencia. La ética, marca los máximos convenientes para el logro de la excelencia y dar lo mejor; promueve ideales y tolera el pluralismo. Ética y legalidad son diferentes, aunque tienen puntos comunes, y se necesitan mutuamente. El objetivo de las profesiones debe ser afianzar una ética que, en lo posible haga innecesaria la legalidad, esto es, que signifique por sí misma una garantía para la sociedad.

Como precisa R. Sanromán y cols.: “La justicia se logra a través de la aplicación de la ética por parte del abogado. La esencia de todos los códigos de ética del mundo se sustenta en valores y conductas ejemplares, que son dignas para las personas y, necesarias para la sociedad y los gremios en que se desarrolla el profesional”³¹.

A modo de conclusión

Se mencionó previamente que la medicina está inmersa en una sociedad de mercado, que arrastra al profesional al error, más aún, si quien ejerce la medicina no lo hizo por una firme *vocación*, si fueron otros sus intereses y ello derivó en una débil *formación científica y humanista*, con el riesgo de no cumplir con una buena *comunicación*. En consecuencia, se constituye un terreno predisposto al error, siendo el profesional presa más fácil de las dificultades que debe enfrentar en el trayecto de la vida. De este modo y como señala Sánchez González, “ser médico puede constituir una de las metas mejores, más satisfactorias y hermosas entre todas las que se alcanzan en la vida, pero también puede ser, por el contrario, una carga pesada y una fuente de conflictos interminables... El equilibrio entre ambas alternativas depende en gran medida del propio sujeto. De su actitud personal hacia la profesión y, de las ideas y sentimientos que cada uno haya cultivado de sí mismo”¹⁵.

¿Qué nos espera en el futuro? Yuval Noah Harari plantea en su libro *Homo Deus*³², que el mundo del futuro será dominado por el dataismo, señalando que el valor supremo de esta “religión” es el flujo de información, la que a través de algoritmos nos dirán

que hacer. No cree que las experiencias humanas sean intrínsecamente valiosas. No va contra el humanismo, sino que este pasa a segundo plano. Nos traslada a un posible mundo del futuro que rompería todas las reglas del ser humano, su interioridad, su pensamiento y su amor. ¿Pasaríamos a ser manejados por las máquinas? Dependríamos de nuestros algoritmos. Termina con una interrogante: ¿Qué le ocurrirá a la sociedad, a la política y a la vida cotidiana, cuando algoritmos no conscientes, pero muy inteligentes nos conozcan mejor que nosotros mismos?

¿Es un derrumbe del mundo en que vivimos? Mientras sea una interesante especulación, no debería llevar por el despeñadero el valor del ser humano en sí y por sí. Más bien quisiera pensar, en un mundo en que la máquina esté al servicio del ser humano, quién con todos sus defectos, tiene un mundo interior que le hace pensar y decidir, no solo a través de reacciones bioquímicas o fórmulas matemáticas, sino a través de la reflexión y razonamiento, siendo los algoritmos elementos complementarios, frutos de su pensamiento. Parte de este puede conducir al error, porque seguiremos siendo humanos, pero por lo mismo, este ser humano tendrá la capacidad de levantarse, para de ese error aprender y, seguir el camino que conduce a la verdad.

“Algún día en cualquier parte, en cualquier lugar indefectiblemente te encontrarás a ti mismo, y esa, solo esa, puede ser la más feliz o la más amarga de tus horas” Pablo Neruda.

Referencias

1. Carvallo A. Consideraciones éticas sobre el error en medicina. Rev Med Chile 2001; 129: 1463- 1465.
2. Soto S. Hojas de Otoño. RIL editores, 2011. Santiago de Chile.
3. Herranz G. En Problemas contemporáneos en Bioética, Ed: Lavados M, Monge J et als. Ed. U Católica, 1990.
4. Adhanom Ghebreyesus T. La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud. Comunicado de prensa. 13 septiembre 2019.
5. Gil Matheu E. Auto etnografía de un error médico. Una mirada desde adentro. Índex Enferm [online]. 2020;29: 60-64.
6. Revista Corporativa del Colegio de Médicos de Gipuzkoa. 21 febrero 2020.
7. Bascuñán M, Arriagada AM. Comunicación de errores médicos. Interrogantes y herramientas. Rev Med Chile 2016; 144: 1185-1190.
8. Roa A. Ética y Bioética. Ed. A Bello, 1998.
9. Landrigan CP, Gareth JP, Bones CB, Hackbarth AD, Phil M, Goldmann DA, Paul J, Sharek PJ. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. N Engl J Med 2010; 363:2124-34.
10. Makary MA, Daniel M. Medical error, the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353: i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016).
11. BBC NEWS MUNDO. La inesperada tercera causa de muerte en EEUU. 4 mayo 2016.

12. Ayuso-del Valle NC. Errar no sólo es humano. Rev CONAMED 2020; 25: 103-104.
13. Leape L. Errors in medicine. / Clinica Chimica Acta.2009; 404: 2-5.
14. Barylko J. La Filosofía. Una invitación a pensar. Grupo Editorial Planeta S.A.I.C. 2^a Ed. 2005.
15. Sánchez MA. Historia, teoría y método de la medicina: Introducción al pensamiento médico. Ed. Masson SA, 1998.
16. Campot M. La vocación profesional: persiguiendo la utopía personal. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Tesis Licenciatura en Sociología. 2013. Uruguay.
17. La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano. "Una actitud y una conducta ante la propia vida" Pedro Laín Entralgo. Idea del hombre. Calaxia Cutenberg-Círculo de Lectores. Barcelona. 1996. p. 45.).
18. Morales C, Castañón MA. ¡No tienes vocación! - Medscape - 2 de dic de 2021.
19. Gracia D. Marañón como modelo. Arbor, 189(759): a007. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1006>
20. Moulian T. El consumo me consume. LOM Ediciones.1999.
21. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Vocación médica; necesidad de su estudio científico. An Fac med. 2013; 74:133-137.
22. Peña y Lillo S. El temor y la felicidad. Ed. Universitaria.1990.
23. Fernández Cantón S. La comunicación como factor contribuyente en la ocurrencia de incidentes y efectos adversos en salud. Boletín CONAMED-OPS (marzo- abril). 2016; 18-20.
24. Buber M. En: La filosofía. Una invitación a pensar p: 245. Grupo Editorial Planeta S.A.I.C. 2^a Ed. 2005
25. Derecho Médico. FALMED. Andros Impresores. 2021. Santiago, Chile.
26. Athié-Gutiérrez C, Dubón-Peniche M del C. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. Cirugía y Cirujanos. 2020; 88: 219- 232.
27. Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, Keohane C, McSweeney ME, Chung EY, Yoon CS, Lipsitz SR, Wassner AJ, Marvin MB, Landrigan CP. Rates of Medical Errors and Preventable Adverse Events Among Hospitalized Children Following Implementation of a Resident Handoff Bundle. JAMA. 2013; 310 :2262-2270.
28. Bascuñán ML, Arriagada AM. Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. Rev Med Chile 2016; 144: 1185-1190.
29. Valenzuela C. Error y práctica médica. Responsabilidad del médico. Cuad Méd Soc. 2009; 49: 178-184.
30. De las Mercedes RL. La Cultura de la Legalidad y la prevención de casos de responsabilidad profesional en odontología. Rev CONAMED. 2016;2 :75-78.
31. Sanroman R, González I, Villa Caballero MS. Los principios éticos y las obligaciones civiles. Bol. Mex. Der. Comp.2015; 142: 313-338.
32. Harari YN. Homo Deus. Breve historia del mañana. Ed. Penguin Random House Grupo Editorial S.A. 2016. Barcelona, España.