



## Espacio Editorial

*Este artículo debería citarse como: Agrest, Alberto "El conocimiento y el Error Médico". Disponible en World Wide Web:*

*<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar> Abril 2006. CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.*

## El conocimiento y el Error Médico

Académico Alberto Agrest

Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

El error médico tiene a mi entender tres fuentes principales, una el simple azar que se entretiene en crear situaciones inesperadas, la otra es la ignorancia personal o institucional y la tercera la irresponsabilidad.

El conocimiento científico trata de domesticar el azar mediante los resultados de la observación y de la investigación y el registro de las mismas para hacerlos accesibles a la comunidad médica. Es cierto que el conocimiento reduce lo inesperado. Cada vez que lo conocido enfrenta lo desconocido nacen la duda, las ideas, la investigación y la ciencia o se cae en la certidumbre, la fe y las creencias y en exceso en el fundamentalismo. Tras milenios de creencias la medicina lleva apenas un siglo y medio de investigación científica.

La naturaleza de la actividad médica asistencial es trabajar mirando hacia adelante, con el conocimiento de lo que quedó atrás, tratando de modificar favorablemente el curso de enfermedades y riesgos. Cuando digo favorablemente, me refiero a vivir más y mejor, no a destruir células neoplásicas, eliminar gérmenes ni corregir anomalías asintomáticas que no aumentan el riesgo de sobrevida ni afectan la calidad. Esto supone a su vez 2 cosas: una que se conoce el curso histórico de los mismos y segundo que esto permite prever el curso más probable en el futuro.

El curso histórico, el del pasado, tiene características de certeza, dependiendo sin duda de la capacidad interpretativa del observador, el curso futuro es sólo de probabilidad.

El conocimiento puede basarse en procesos deductivos lógicos contenidos en el lenguaje mismo, procesos inductivos de lo particular a lo general o abductivo de lo particular a lo particular. El conocimiento médico no es deductivo, tampoco es inductivo ya que lo particular múltiple es muy limitado a las observaciones e investigaciones realizadas que no podrán ser infinitas.

El conocimiento médico es pues predominantemente abductivo o retroductivo, es un conocimiento histórico, que se aplica al futuro. El conocimiento inductivo excede en general las

posibilidades de la experiencia personal y se basa en estudios multitudinarios y multicéntricos. El conocimiento del médico, el que surge de su experiencia es fundamentalmente abductivo o retroductivo a la manera de Sherlock Holmes<sup>1</sup> y analizado como tal por J.R.Pierce.

El determinismo, la relación unívoca de causas y efectos es sorprendido permanentemente por el azar que frustra nuestra racionalidad y nuestras ansias de certidumbre.

La ignorancia empeora siempre los efectos adversos del error y se envanece con los efectos favorables del azar, que crea la ilusión que éstos son producto de su capacidad. A los médicos, como en todas las profesiones la intolerancia a la incertidumbre y el narcisismo nos hace vivir los aciertos como producto de nuestra capacidad olvidando el azar y responsabilizando de los errores a algún otro o al azar olvidando o negando nuestra incapacidad.

En la actividad médica ubicada hoy en un sistema de atención en el que, el médico es sólo un engranaje, el error médico supera la ignorancia de los médicos y es con más frecuencia producto del sistema: por desorganización u omisiones de controles que impedirían que el error se convirtiera en daño. El casi daño demuestra que una buena organización del sistema o nuevamente el azar, son capaces de colocar una valla al error y su reconocimiento sirve para evitar que los mismos errores se reproduzcan aunque el azar es capaz de hacer fútiles esas vallas.

La irresponsabilidad médica es producto en realidad de una cadena de irresponsabilidades que va desde la falta de evaluación de la personalidad de los que ingresan a la carrera, la promoción aun con faltas flagrantes de conocimientos que se atribuyen al exceso de alumnos, pobre justificativo para aprobar a quienes no tienen los conocimientos necesarios, lo que he llamado malpráctica docente, irresponsabilidad en la falta de control adecuado de los que se inician en la actividad asistencial, aun en residencias acreditadas, y la falta de mecanismos adecuados de recertificación. Es imposible que los que inician su experiencia asistencial no cometan errores, estos serán una fuente esencial de aprendizaje, lo que no puede aceptarse que ese error se active hasta producir daño. Como en biología deben existir mecanismos de inhibición de una actividad dañina. Cada nivel formativo debe evaluar y juzgar el nivel anterior con rigor no dejándose arrastrar por la inercia del menor esfuerzo

Son errores médicos los estrictamente propios de los médicos como los de diagnóstico y procedimientos diagnósticos, los de pronóstico y los de tratamiento en cuanto a lo apropiado de la elección del procedimiento o fármaco, las dosis, la duración y la vía de administración. Son errores del sistema: los de los auxiliares médicos, enfermería, técnicos de laboratorio e imágenes **y es muy importante** no desarrollar sistemas de control que interrumpan la inercia del error. El error una vez iniciado tiene una fuerte inercia y es probable que la única fuerza capaz de cambiar su curso sea la responsabilidad.

La responsabilidad parece exigir una obsesividad patológica o un temor desmesurado a la penalización. Tanto la obsesividad excesiva como el temor desmesurado son condiciones abrumadoras que frustran y desalientan. Ni siquiera son éstas las únicas causas de la abrumación que se potencia por las condiciones económicas y laborales deterioradas que afectan a los médicos en un conjunto de condiciones que he llamado el acoso a los médicos.

Hace 15 años escribí sobre lo que llamaba necesidad de desabrumación para lo cual definí distintas técnicas de las que jerarquicé el humor y el trabajo en equipo. Este problema se analiza en detalle en un capítulo del libro "Reflexiones Inexactas de un observador Médico" Editorial Manantial 1990.

En los errores médicos se pueden analizar distintos aspectos: 1) la detección de los errores, 2) la comunicación o confesión médica del error, 3) el registro de los mismos, 4) el análisis de las causas de esos errores, 5) los responsables de esos errores, 6) la reacción médica ante su error y sus consecuencias.

La detección es más fácil si ha provocado daño sintomático inesperado en la enfermedad y requiere observación reiterada y controles.

La confesión médica requiere hacer culto a la verdad y ser leal a la parresia socrática que consiste en decir la verdad aunque auto perjudique.

El registro de los errores requiere tiempo, supervisión y temor a sanciones.

El análisis de las causas de los errores requiere un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, organizadores de sistema, farmacéuticos, etc.

La ubicación de responsables debe hacer entender que no se buscan culpables, ni se trata de castigar avergonzando o sancionando sino evitar la reiteración.

La reacción médica ante su error, el control de su narcisismo, el temor al desprestigio requiere el apoyo de colegas amistosos que comprenden la falibilidad de nuestra profesión y leyes o procedimientos legales que eximan a los médicos del temor a juicios penosos y costosos de malpráctica.