

# Errores médicos: trasfondos

## Medical errors: Beyond them

*Juan Villarreal-Menchola<sup>1</sup>*

Es verdad que algunos errores médicos pueden costarle la vida a un paciente. Es verdad que otros errores pueden causar enorme daño a quien los padece. Pero eso no es inherente al quehacer médico. Eso es inherente al quehacer humano. Todo ser humano se equivoca, sea médico o no. Se equivocan los abogados. Se equivocan los empresarios. Se equivocan los ejecutivos de las empresas. Se equivocan los padres. Se equivocan los presidentes.

Pero, volvamos a los errores médicos o, mejor dicho, errores en el acto de prestación de servicios de salud. Es verdad que a veces nos dejamos ganar por la inercia y la carencia de recursos, sobre todo en el ámbito público. Es verdad que a veces, ya que el sistema es lento, también nosotros bajamos nuestro ritmo; pero, ¿lo hacemos a propósito?, ¿lo hacemos para dañar adrede a un paciente? Si ese fuera el caso, aquel médico no sería un negligente, sería un criminal, como cualquier otro ser humano que cometiera un acto así. Pero, ¿acaso también no corremos para conseguir medicamentos, entre otras cosas, para un paciente que no tiene recursos?, ¿acaso también no ponemos de nuestro dinero o hacemos colectas para pagar los análisis o tratamientos de un paciente?, ¿acaso también no pedimos favores para acelerar el estudio diagnóstico de algún paciente, o para conseguirle medicinas que no puede pagar?

Pero ahora el tema ya no es el de errores médicos. Esa fue la idea inicial, pero ahora los responsables del llamado seguro obligatorio de la atención de salud se han dado cuenta de que con los médicos solo tienen una

porción pequeña de una gran torta, que podría ser mucho más grande. Así que, al parecer ahora el seguro se ampliaría a 'Seguro del profesional de la salud', porque no solo el médico está potencialmente implicado en el error.

Si no fuera un mercado interesante económicamente estoy seguro que nadie movería un dedo. Pero veamos las cifras. Somos más de 30 000 médicos en actividad y, según las cifras que están circulando en los medios periodísticos, los médicos pagaríamos alrededor de 500 nuevos soles anuales por seguro. Entonces estamos hablando de un mercado de 15 millones de soles. Pero eso no es todo, hay cerca de 100 000 mil enfermeras en actividad, a 400 nuevos soles por cada una, es un mercado de 40 millones de soles y, si se les suman los 200 000 técnicos de enfermería, a 350 nuevos soles cada uno, hablamos de 70 millones más. En suma, un mercado de 125 millones de soles al año, garantizados. Y eso que aún no hablamos de los odontólogos, ni de los tecnólogos médicos.

¿Y por qué las empresas de seguros tendrían interés en arriesgar su capital si los errores de los profesionales de la salud fueran tan frecuentes como nos pretenden hacer creer? Porque ese seguro no va a poder ser como el SOAT (seguro obligatorio contra los accidentes de tránsito), aunque así nos lo quieran hacer creer dándole el nombre 'SOAT médico'. En el SOAT, el atropello o el accidente son evidentes y, ante esa evidencia, el seguro paga inmediatamente. En el problema de salud, raramente las cosas son tan evidentes como en el caso que originó todo este problema: el de la pierna amputada por error. Y muchas veces van a tener que entrar peritos dirimientes, pues un profesional dirá una cosa y otro podrá dar una opinión diferente. Y en ese caso, an-

1. Médico internista. Departamento de Medicina, Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.



tes de pagar, el seguro querrá estar 'seguro', y se tendrá que ir a un juicio o a un arbitraje. Y nadie menciona que eso es lo que pasa en Estados Unidos, país legalista de la medicina por excelencia. Porque, generalmente, al menos en nuestro medio, el 'error' no se va a poder atribuir exclusivamente a la mala práctica del profesional, pues, como ya se mencionó, muchas veces la negligencia no ha sido del profesional y, en tales casos, el seguro no pagará nada.

Por otro lado, como siempre, nuestros legisladores quieren copiar cosas de otras realidades, y las copian mal. Veamos un poco de la realidad de los países que estamos copiando y comparémosla con nuestra realidad. El tiempo promedio de espera para una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral de emergencia en un hospital estadounidense es de una hora. Al cabo de esa hora se tiene el resultado y, si es algo operable, se llama inmediatamente al neurocirujano de guardia o se le transfiere por helicóptero al paciente a un hospital donde sí lo haya. Si no actúan de ese modo, el médico y el hospital podrían enfrentar un juicio por negligencia. En comparación, el tiempo promedio de espera para una TAC cerebral de un paciente que tiene Seguro Integral de Salud (SIS), en mi hospital, el más grande del Ministerio de Salud, es de diez días, es decir doscientos cuarenta horas. Nuestro sistema es doscientas cuarenta veces más lento que el sistema americano con respecto a la toma de una TAC. Y, si la TAC demuestra que el paciente tenía algo operable, muchas veces ya es demasiado tarde para solucionar algo; y, si aún no fuera demasiado tarde, nuestro servicio de neurocirugía a veces no tiene los implementos para operarlo, ni humanos ni logísticos: no hay personal médico para cubrir todos los turnos de guardia, no hay microscopio para neurocirugías, no hay clips para tratar todo tipo de aneurismas cerebrales, etc. Hemos tenido casos como aquel en que, después de treinta días de espera para una intervención quirúrgica que se suponía era 'urgente', se derivó a una paciente a otro hospital, con riesgo de su vida en el traslado. ¿Quién sería declarado negligente en ese caso?, ¿el médico que tiene toda la intención de operar pero que no puede hacerlo porque no tiene el material adecuado?, ¿el director del hospital que no dio la orden para que se compre el material?, ¿las autoridades que no gerenciaron adecuadamente el sector o que no otorgaron recursos?, ¿el, o los ministros de economía, que no priorizaron la salud? ¿Pagará entonces el seguro, inmediatamente, al paciente que no se pudo operar de inmediato? No lo creo.

En la práctica privada, solo las grandes clínicas podrían estar a la altura de las circunstancias, y de considerar que la mayor parte de sus errores se deberían al mal actuar del profesional de la salud; pero, aun en esos entornos privados, nadie podría asegurar que el medicamento que recetó el médico en denominación común internacional (DCI) es de igual calidad en todos ellos. Un ejemplo: si yo tuviera un paciente con sepsis severa, cuya vida dependiera de los antibióticos que se le prescribiera, y yo le prescribiera un antibiótico en DCI, yo no puedo estar seguro que el genérico que compre el paciente cumpla con todas las características de bioequivalencia que menciona la literatura farmacológica para el antibiótico original. Y ojo, que con esto no estoy defendiendo a los medicamentos originales, pero yo no puedo ser responsable si, ese antibiótico en particular, no fue lo suficientemente efectivo en el paciente del ejemplo. Y el Ministerio de Salud no está en condiciones de afirmar categóricamente que todos los genéricos que se venden en el país son bioequivalentes a sus drogas originales, pues cualquier persona puede importar medicamentos baratísimos, de no sabemos dónde, y venderlos en cualquier farmacia. Es que, otra vez, nuestras autoridades copian mal realidades foráneas exitosas. En Estados Unidos, todos los genéricos que se venden sí son buenos. Porque los pocos genéricos que se venden allá pasan por un control de calidad en el que le tienen que demostrar a la *Food and Drug Administration* (FDA) que son igualmente eficaces que los originales y, solo así, la FDA les autoriza su ingreso al mercado norteamericano, y les otorga una gracia de seis meses durante los cuales no puede ingresar otro genérico del mismo fármaco para que dicho laboratorio pueda recuperar la inversión de miles de dólares para poder postular a la FDA. En Europa pasa lo mismo. En Japón, el ingreso para un genérico es mucho más difícil aún. ¿Es igualmente severo el Minsa para asegurar la calidad de los genéricos en el país? Ni en sueños. Pero sí generalizan que todos los genéricos son iguales de buenos. ¿Quién lo ha demostrado? ¿Pagará entonces el seguro inmediatamente si el paciente muere por no responder al antibiótico correctamente prescrito? No creo.

En un medio en el que se tiene todo a la mano para dar un diagnóstico y solucionar un problema inmediatamente, o al término de la distancia, con herramientas eficaces y eficientes, cualquier retraso, y consecuente inacción, podría considerarse una negligencia. Pero en un medio como el nuestro, especialmente en el medio de los centros hospitalarios del Minsa y EsSalud, en los que lo único que abunda son las carencias, el retraso o la inacción no siempre podrán ser considerados como negligencias del profesional de la salud.

Pero, bueno, pongámonos, finalmente, también en la posibilidad de que al inicio el sistema funcione bien y que al paciente se le pague rápido en caso de un error del profesional de la salud. No dudo de que, más pronto que tarde, el sistema se pervierta e, igual como ocurre en EE UU, empiecen a aparecer abogados en las puertas de los hospitales, invitando a los pacientes a hacer demandas por mala praxis. Ya lo dijo el ex presidente norteamericano Bill Clinton: “A pesar que tenemos a los mejores médicos del mundo, tenemos la medicina más cara del mundo por un exceso de legalización”.

Los médicos y el personal de salud del país, en general, tenemos muchas cosas por mejorar, es cierto. Pero las

instituciones de salud que nos albergan, también tienen aún muchas falencias por mejorar. Ojalá este episodio sirva para que ‘las personas que atendemos personas’, hagamos un examen de conciencia y nos preocupemos más por el bienestar de nuestros pacientes. Pero, si nuestras autoridades de salud y congresistas nos entregan a las empresas de seguros y a los bufetes de abogados, solo se va a desatar un carnaval de leguleyadas en el que, al final, los más perjudicados serán, paradójicamente, el propio Estado y los pacientes más humildes.

Correspondencia a: Dr. Juan Villarreal Menchola  
correo electrónico: [jvillarrealm@yahoo.com](mailto:jvillarrealm@yahoo.com)  
Fecha de recepción: 22-03-10.  
Fecha de aceptación: 10-04-10.