

El error médico y la formación del residente

Mauricio Soto Subiabre, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Resumen: El error en medicina se manifiesta en todos los contextos en la cual esta puede desarrollarse; por ejemplo, en un ambiente formador de pre como postgrado, cobrando importancia el análisis que se haga de ello, con la finalidad de fortalecer la transmisión de ideas, invitando a la conceptualización y construcción en temas como el profesionalismo médico y con ello al desarrollo de una actitud y forma de actuar frente a una medicina que puede equivocar sus finalidades. Por ello, formación médica de postgrado implica asumir una actitud por parte del residente respecto de la seriedad en su proceso formativo, en el esfuerzo y entendimiento de la necesidad de una formación de calidad y de criterio. Por su parte, los docentes, médicos-supervisores, no deben olvidar el respeto de la autonomía y los tiempos de aprendizaje del residente. Además se debe considerar el contexto en el cual el médico-residente se desarrolla, un ambiente familiar-social y uno laboral-educacional, potencialmente incompatible y que a menudo puede resultar en privación de sueño, falta de tiempo libre, "burnout" y depresión.

Palabras claves: errores en medicina, educación médica

Abstract: Errors in medicine occur in all contexts in which it can be developed. For instance, in pre and post-graduate education, where the subsequent analyses that are helping to conceptualize and develop medical professionalism. This is why post-graduate education makes it necessary for residents to develop a serious attitude towards their formative process, allowing them to understand the importance of a quality education. In this regard, supervising physicians should not forget to respect residents' autonomy and learning curve. It is also important to take into account the family-social and labor-educational environments, potentially incompatible, and often resulting in sleep deprivation, lack of free time, burnout, and depression.

Keywords: Errors in Medicine, Medical Education

Introducción

La equivocación en el desempeño de la medicina, se manifiesta en todos los contextos en la cual esta puede desarrollarse, desde una mala rotulación de muestras médicas, el cambio de una ficha clínica, hasta errores en el diagnóstico. Las consecuencias han de ser asumidas por todas las partes involucradas y las responsabilidades entendidas en las dimensiones concretas de las presuntas culpabilidades. No basta con buscar culpables y obtener una sanción monetaria o ética, es reconocer que los errores de una práctica médica ordenada y coherente deben ser analizados en retrospectiva, de tal manera de reconocer el momento, la forma y circunstancia en la cual el error comenzó a gestarse. Lo anterior, cobra importancia fundamental en aquellos errores médicos que se presentan en un ambiente formador, tanto de pre como postgrado, ya que la capacidad y posibilidad de su análisis no hace más que enriquecer y fortalecer la transmisión de ideas, invitando a la conceptualización y construcción, por ejemplo, del profesionalismo médico y con ello al desarrollo de una actitud y forma de actuar frente a una medicina que puede equivocar sus finalidades. La presente revisión, analizará el error médico en el contexto de la formación de un médico especialista o subespecialista, la relación que se establece entre la forma de enseñanza y las posibles equivocaciones, y de cómo el ambiente formador, la supervisión por parte de otros médicos, la sobrecarga de trabajo y el deterioro en la calidad de vida de los residentes, promueven el alejamiento de una medicina de virtud y finalidades.

La formación del residente: generalidades

La educación médica de postgrado, se define como la fase en la cual los médicos se forman bajo supervisión para una práctica independiente, después de completar su educación médica básica.



Se desarrolla a partir de una estructura, en la cual los médicos jóvenes en situaciones clínicas están bajo la supervisión de otros médicos con más experiencia que asumen la responsabilidad de su formación e instrucción. Por lo anterior, los programas de formación se han modificado en el tiempo y desarrollado en virtud de una formación clínica-práctica adecuada, supervisión por expertos, enseñanza teórica, investigación y evaluación sistemática de los mismos. Lo anterior se construye a partir de estándares internacionales de calidad, los cuales han de ser modificados o complementados de acuerdo con las necesidades y prioridades regionales, nacionales e institucionales. Cada institución y país tiene la responsabilidad de garantizar que su programa de formación médica de postgrado proporcione soporte a objetivos sanitarios nacionales concretos (Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo, 2004).

La misión y los objetivos de los programas, deben estar orientados a estimular una innovación apropiada en el proceso de formación y permitir el desarrollo de las competencias más amplias de las mínimas requeridas, como también, mejorar constantemente la atención del paciente para ser apropiada, efectiva y compasiva. La formación debería animar a los médicos a convertirse en expertos en su especialidad, y prepararlos para un aprendizaje autodirigido a lo largo de la vida y estar dispuestos a proseguir la educación médica y el desarrollo de otros profesionales. Se establece de esta forma, que la formación médica de postgrado debería ser una interfase entre la educación médica básica y la educación médica continuada para el desarrollo profesional. La formación debe ser dirigida y el residente debería ser guiado, mediante la supervisión y el asesoramiento regular, de tal manera de recibir una retroalimentación que favorezca, no sólo su proceso de aprendizaje, sino también el desarrollo y las modificaciones necesarias de los programas. En este orden de cosas, el residente va adquiriendo competencias, es decir, desarrolla cualidades o capacidades generales para su desempeño profesional pero asumiendo que es una formación entre adultos, en donde si bien podrá responsabilizarse de su propia formación, necesitará de la guía y orientación de un tutor, pieza clave en la educación y evaluación que no sólo mide los objetivos alcanzados, sino que permite mejorar las estrategias de aprendizaje (Jalil *et al.*, 2007; Ricarte-Díez *et al.*, 2008).

Pero no basta con diseñar un programa de formación que permita al residente adquirir habilidades, destrezas y desarrollar competencias, se debe crear un ambiente tanto de enseñanza académica como laboral, que le proporcione seguridad y bienestar al residente. Por ello, la formación de postgrado debe llevarse a cabo en puestos apropiadamente remunerados en la especialidad escogida y las condiciones de servicio y las responsabilidades de los residentes deben estar definidas y dadas a conocer a todos los implicados. Creo que debe incluir en este punto el establecimiento claro de las cargas trabajo del residente, tratando de lograr un equilibrio entre lo necesario para la formación del especialista, pero sin transformarse en un sobrecarga.

La formación del residente: construyendo supervisores adecuados

Existe claridad en que la formación médica de postgrado es más que la simple transmisión de conocimientos y la adquisición de competencias, es asumir una actitud por parte del residente respecto de la seriedad en su proceso formativo, en el esfuerzo y entendimiento de la necesidad de una formación de calidad y de criterio, relativo a delimitar su accionar. Por tanto, se asume que los centros formadores no deben tener una actitud pasiva, entendiéndose con ello que no basta con la sola transmisión de información ni en la disposición de instalaciones apropiadas y de la más alta calidad. Teniendo esa visión, parece fundamental para continuar cualquier análisis de este tema, definir que se ha de entender por una supervisión efectiva y creo acerca una definición útil en la medida que esa supervisión *sea realizada en virtud de los objetivos y exigencias para el residente, pero respetando en todo momento su autonomía y sus tiempos de aprendizaje, como también asumiendo que la adquisición de destrezas es paulatina y que responde a la mayor o menor exposición que se tenga de una situación puntual y lo repetitiva que esta sea durante la etapa de formación.* Se construye por tanto, una ecuación que no resulta fácil equilibrar, en donde la presencia del residente más la presencia del médico –docente, en un ambiente de supervi-

sión, resultará en una atención eficaz y oportuna para el paciente. De ello es posible deducir que, en la medida que el médico-docente tenga una mayor presencia en su rol de médico tratante, se producirá una pérdida en la oportunidad de enseñanza junto al desarrollo de un modelo poco efectivo o ausente de supervisión. Las consecuencias de esto es la transmisión de un modelo de enseñanza, de una visión y actitud en la formación de especialistas médicos; como también, que una presencia permanente no se traducirá en una mayor enseñanza. La supervisión debe ser entendida como una actividad permanente en el desarrollo profesional, una habilidad y un compromiso en la formación de otros, también adultos y pares, ya que el proceso de enseñanza, en un nivel más especializado y restringido, no sólo se transmite el conocimiento de una técnica, se transmite motivación y el reconocimiento en la experiencia de un otro el prototipo de lo que se quiere, no parecer, sino ser (Millán, 2006).

En un ambiente hospitalario de formación médica, se puede reconocer una escala de supervisiones y roles intrínsecamente definidos y que, bien o mal diseñados, el tiempo impone el peso de esa transmisión de funciones y definiciones respecto de los mismos. La cadena se inicia con un médico que supervisa las acciones de otro médico en su etapa de formación como especialista o subespecialista; este último hace lo mismo con los internos de medicina y estos finalmente, supervisan las funciones de los estudiantes de medicina. Sin embargo, surge también una cadena de formación paralela en donde esas supervisiones, históricamente definidas, son desconocidas en la medida que la carga asistencial y la demanda por obtener resultados rápidos y precisos hace que aquellos con más experiencia y destrezas ya adquiridas, asuman por completo esa atención médica requerida, en virtud de, por ejemplo, acortar los plazos de espera en un servicio de urgencia, mejorar los tiempos quirúrgicos, evitar pérdida innecesaria de insumos o transmitir indicaciones con mayor seguridad a los pacientes. Por tanto, nace la problemática respecto del equilibrio entre la necesidad de asistir en la supervisión, con el valor educativo de la autonomía en la formación médica (Kaveh *et al.*, 2006).

Sin duda no resulta fácil construir un panorama en este aspecto o dar señales de absolutismo en relación a los compromisos o formas de funcionamiento hospitalario, pero existen ciertas cosas que están claras y son reconocidas. Una de ellas, ya esbozada antes, es la *tensión entre supervisión y autonomía*, pero más importante quizás, *entre supervisión y el servicio entregado*. Este último es cada vez más requerido y la demanda de atención por parte de los pacientes, si bien traduce mayor potencialidad en el aprendizaje, se impone como un obstáculo en la medida que médicos supervisores no realizan esta labor, ya que su función asistencial y de responsabilidad asistencial ocupa la mayor parte del tiempo. Se crea por tanto, un círculo de trabajo en donde las responsabilidades y confianzas entre el médico-supervisor y el médico-residente se asumen como pilares constructores de un funcionamiento interno adecuado, en el ambiente de formación médica de postgrado. Pero también, resulta válido reconocer que esas confianzas auto-asumidas y/o en un inconsciente transmitidas, son fácilmente vulnerables o en el peor de las situaciones, jamás alcanzadas. Confiar en alguien, tanto para cumplir un rol particular o para escuchar alguna confesión o comentario, requiere del análisis previo de las funciones y comportamiento de ese alguien “potencialmente confiable”, una suerte de objetivar esa confiabilidad; es decir, ver como se desenvuelve bajo determinadas situaciones, el criterio que aplica en la resolución de conflictos, los límites que se impone relativos a la carencia de conocimientos. Pero también, se aplica el componente subjetivo en la toma de una decisión respecto de asumir mayor o menor confianza para con alguien, la potencia de la “primera impresión”, la empatía con su proceso de aprendizaje, las virtudes reconocidas, los defectos asumidos o, como parte de la naturaleza humana, el grado de cercanía que se tenga entre ambos. Se evidencia así, la vulnerabilidad patente que esa confianza impone en la relación supervisión-enseñanza, en donde el supervisor asumiendo una actitud pasiva, no hace más que desentenderse de una responsabilidad y transmitir al residente límites poco claros en su desempeño. Y por ser una confianza altamente vulnerable, sustentada muchas veces sólo en el ambiente laboral, cualquier quiebre de criterios o falta de conocimiento en el residente llevará a perderla. Por tanto, no es difícil asumir que en la etapa de formación del residente, se adquieren no sólo habilidades y destrezas de acuerdo a las exigencias propias de cada programa, sino que también se construyen las capacidades y potencialidades para asumir y

reconocerse poseedores de supervisar a futuro, a nuevos residentes, internos o alumnos de medicina. En este sentido, se ha demostrado que los residentes que adquieren habilidades rápidamente en su etapa de formación, no necesariamente desarrollan la capacidad de ser buenos supervisores, como si las habilidades y destrezas que adquieren lo inhabilitan para enseñar en la medida que sus funciones así lo requieran (Millán, 2006).

En virtud de lo anterior, se ha de comenzar a buscar aquellas condiciones que sean las ideales de estar presentes en los médicos supervisores y en fin de cuentas, en aquellos médicos que actúen como docentes formadores de una especialidad o subespecialidad médica. Aparece así el contenido y la forma de enseñanza. Resulta fundamental la existencia de un sustento teórico y de experiencias, como situaciones fundamentales que permitan desarrollar habilidades propias y transmitir las. Me parece que esto, en la mayoría de los casos, no debería constituirse en un punto de quiebre o de freno en la posibilidad de enseñanza o de construir una supervisión favorable, como tampoco debe ser el punto de partida de los errores de residentes o internos, ya que ello constituiría directamente una negligencia médica sustentada por la ignorancia de los participantes. Sin embargo, es interesante reconocer todos los otros elementos que subyacen, en conjunto, a la formación médica. Esta claro que un especialista debe formarse en un centro acreditado para ello, con las condiciones de infraestructura y estándares de calidad, que permitan enseñar tal como los procedimientos deben realizarse, pero también, un centro de esta naturaleza reconoce que, dada la amplitud de los servicios entregados, ha de concentrar un importante número de pacientes, ser en algunos casos centro de referencia en determinadas patologías y propender a un especialización permanente de sus profesionales, con protocolos claramente establecidos de las formas de desempeño profesional. Se presentan así, servicios de urgencia y policlínicos con alta demanda de pacientes o largos horarios de pabellón, elementos que condicionan directamente el desempeño laboral, profesional y educativo. Por ello, aparecen elementos que condicionan el desempeño laboral, algunos que son concretos, como la alta carga laboral, las exigencias de pacientes, entender las personalidades de médicos especialistas o con años de reconocida experiencia; y otros que a poco andar se evidencian como consecuencia de lo anterior, estrés laboral, depresión, *burnout*, agotamiento, privación de sueño, ausencia de vida personal y familiar. Y este universo de situaciones, no hace más que estrechar la distancia entre el desempeño laboral del médico-residente con la potencialidad cierta del error médico.

El contexto del error médico y la relación médico-paciente

El error médico corresponde al desenlace de una circunstancia no esperada, prevenible o no, como resultado de una atención médica particular a otro que precise de alivio y que traducirá consecuencias, medibles o no, en ambas partes. El impacto del error médico en los pacientes se asume como un daño serio, muerte, incapacidad y tratamientos adicionales o prolongados. En tanto para el médico, traducirá sentimientos de frustración, incompetencia, duda en sus capacidades desarrolladas y las potenciales. Lo fundamental de los alcances de un error o complicación médica, está en lo circunstancial de su naturaleza y en la dependencia directa de culpabilidad que se puede extraer, inicialmente, de un análisis de las circunstancias. Frente a un error en el contexto de la medicina, los culpables están definidos de antemano y las víctimas asumirán la responsabilidad de sancionar tal situación. Sin embargo, pareciera que no todo error médico, sea por parte de los médicos o por parte de los pacientes, es comunicado y por tanto, en la medida en que no se comunica, las responsabilidades éticas o legales, pueden no ser entendidas ni asumidas en la requerida magnitud. Se ha demostrado que el 35% de los médicos y el 42% de los pacientes reportan un error médico (Blendon *et al.*, 2007).

En una revisión se estableció que la mitad de los errores en medicina son atribuidos a diagnósticos equivocados o tardíos, resultando en el 35% de los casos en daño permanente o muerte; del mismo modo, el 55% de ellos se produce en la atención ambulatoria y el 23% durante una hospitalización. En el ambiente de la atención de urgencia, los errores se presentan en un 38%, siendo, nuevamente, lo más frecuente un error en el diagnóstico. En este contexto, resulta válido

establecer una relación entre los eventos adversos que ocurren en la práctica de la medicina y los errores médicos responsables de tales eventos. En el Harvard Medical Practice Study se encontró que los errores diagnósticos correspondían al 17% de los eventos adversos; del mismo modo, en una revisión neozelandesa los errores en el diagnóstico correspondían al 8% de los eventos adversos, clasificando el 11,4% de ellos como prevenibles (Eta *et al.*, 2008).

La preocupación por el error médico y la seguridad del paciente se ha constituido en un tema relevante a nivel mundial, en donde algunos países han desarrollado políticas sanitarias que regulen estos asuntos y del mismo modo, organizaciones internacionales han contribuido a informar y estudiar los factores involucrados y consecuencias de ello. En este sentido, en 1999 la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publica “To err is human: building a safer health system”, en donde se revela que entre 44.000 y 98.000 personas morían cada año en ese país a consecuencia de errores médicos, traduciéndose ello en la octava causa de muerte. Lo que impone este tipo de informes o investigaciones, es dar a conocer un tema de gran relevancia e impacto humano y contribuir con el desarrollo de iniciativas destinadas a seguir investigando respecto del mismo. El primer paso está dado. La apertura al debate y análisis de los contextos y las condiciones en donde se puede presentar un error médico están de alguna forma clarificados, pero creo fundamental para avanzar en estos temas, entender dos situaciones previas a la presencia del error médico, una de ellas es la construcción bioética que se hace de la seguridad del paciente y de los alcances del desempeño profesional del médico y por otro lado, aunque conectados, reconocer aquello que se espera la práctica médica.

Aparece como prioritario al entender cualquier actuar médico, la estructuración del concepto de relación médico-paciente, asumida a mí entender como una instancia y una circunstancia de dignidades cooperativas, en donde un hombre con dolor y que sufre está necesitado de sanación, de escucha, de compasión, frente a un otro que le da confianza y por el cual siente respeto, admiración y que puede hacerse cargo de esas necesidades, en otras palabras es “el encuentro entre una confianza y una conciencia” (Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, 1995).

Para construir medicina debe existir una predisposición tanto del médico como del paciente, en que ambos entiendan y asuman el origen de la enfermedad o problema y a partir de ello, embarcarse en los caminos que permitan tales soluciones; de esta forma, se llega a una retroalimentación cooperativa y no excluyente respecto del enfrentamiento de la enfermedad, por un lado su reconocimiento y por otro, entenderla en el contexto en que se presenta, es decir, asumir la circunstancia. Sin embargo, aparece en este esquema de relación lo que me he propuesto llamar los “distractores del actuar médico”; es decir, todas aquellas situaciones y condiciones que, como toda relación humana, nos invita al rechazo, al esfuerzo mínimo, a no ser cooperativo, a decir lo justamente necesario, a consentir las propuestas desproporcionadas de los pacientes. Es posible encontrar como distractores, actitudes de los pacientes frente al médico, un saludo inequívoco, exigencias desproporcionadas, pacientes con información errónea y preconcebida, médicos apurados en dar atención, no mirar a los ojos, examinar a los pacientes con desprecio, por nombrar algunas cosas. Es decir, se puede asumir que desde la relación médico-paciente potencialmente aparece el error, entendiendo con ello que, para hacer un diagnóstico adecuado, las variables no sólo deben entenderse del actuar médico técnico, sino también de asumir a la persona que se tiene enfrente, las posibles opiniones de ese otro que pueden afectar la construcción de un diagnóstico y proponerse buscar lo prioritario de esa relación.

La toma de decisiones en medicina resulta de un proceso cognitivo claro y estandarizado, en donde un médico construye una unidad diagnóstica en virtud de aquello que el paciente refiere, los elementos que objetiva a través de un examen físico apropiado y la manera en como integra eso con sus conocimientos teóricos; es así como aparece el diagnóstico clínico. Sin embargo, el contexto en el cual se da la relación médico-paciente, no es pura en términos de desarrollarse de forma unívoca lo anterior. Aparecen elementos como el ajuste en las decisiones a las reglas o normas dictadas por expertos, las actitudes que pueden o no satisfacer las expectativas de los pacientes y cumplimiento de las exigencias legales. Por tanto, a medida que esas variables con incluidas en la relación, el ejercicio de la medicina tiende a definirse como una actividad falible que maneja dos racionalidades posibles: la búsqueda del menor error posible y el mayor beneficio probable. Se

puede hablar en este contexto, de los factores involucrados en la aparición del error en medicina; se distinguen factores predisponentes y desencadenantes, los cuales no hacen más que dejar de manifiesto el como se construye la forma de hacer medicina, al ambiente social en el cual se desarrolla y las modificaciones que se han producido en la visión actual del médico (Tabla 1).

Tabla 1. Factores condicionantes en la aparición del error médico.

<i>Factores predisponentes</i>	<i>Factores desencadenantes</i>
La medicina como ciencia y arte falible Debilitamiento del aprendizaje biomédico	Medicina defensiva ejercida con sobreabundancia de análisis y prácticas a veces invasivas y peligrosas.
Surgimiento de sistemas de salud que favorecen la despersonalización en la atención del paciente	“Cultura del Apuro” en la relación médico/paciente/consulta.
Expectativas sobredimensionadas acerca del poder de la medicina para resolver cualquier dolencia	Búsqueda de trascendencia en los medios de comunicación por parte del profesional. Ambición económica desmedida por profesionales de la salud

Construcción del error médico-residente

La equivocación, el error, la falla no hacen más que imponer la frustración de todas las partes involucradas. En el desarrollo de un error, conocemos (o buscamos) los culpables directos, otros que no fueron capaces de detectar las equivocaciones o desempeños mermados, conocemos además los afectados y en forma parcial asumimos las potenciales consecuencias de esas equivocaciones. Entender este esquema, permite en la contingencia personal o laboral, implementar las sanciones o asumir las medidas reparativas. Sin embargo, el reconocimiento de las circunstancias que propiciaron al error y el desarrollo de una capacidad crítica, pocas veces se ven asumidas por los responsables o por supervisores directos, construyéndose así un ambiente sancionador frente a la equivocación y por otro lado, la pérdida de oportunidad frente a la potencialidad constructiva de la misma. Este último cobra importancia en el ambiente educacional y sobre todo, en las etapas de la formación médica. Cabe entonces la pregunta, ¿existirá algún denominador común en la construcción del error de un médico residente?

Para dar una respuesta, es importante reconocer el ambiente en el cual se desarrolla la formación del residente, distingo de esta forma, el ambiente *familiar-social* y el *laboral-educacional*. El primero representa la situación familiar, amistades, pareja, distracción, ocio, en otras palabras la vida personal que se construye durante la vida; en tanto el segundo, involucra las relaciones que se establecen con los otros residentes, con los docentes, personal de salud y la actitud que se toma frente a la institución formadora y con las consecuencias que ello trae al desarrollo académico, exigencias laborales, evaluación de los conocimientos o desempeño; sin desentenderse que estos mundos son complementarios y que integrantes de uno pueden ser parte del otro. Lo que si está claro y estudiado el efecto del ambiente laboral en el ambiente familiar-social.

Se han demostrado tasas de prevalencia para depresión y *burnout* en los residentes de 7 a 56% y de 41 a 76%, respectivamente. Las manifestaciones más comúnmente reportadas, incluyen de privación sueño y falta de tiempo libre. Además los datos muestran, la posibilidad cada vez más real, de la presencia de depresión en los residentes, ya que el 20% de ellos tiene alto riesgo para presentarla y que un 26% revela historia clara de depresión al momento de aplicar el *Harvard National Depression Screening* (Fahrenkopf *et al.*, 2008). Por tanto, los datos demuestran que los residentes tienen casi el doble de depresión que la población general y que están permanentemente expuestos al exceso de trabajo, a la falta de sueño y al tiempo libre. En virtud de ello, se construye un ambiente que no resulta apto para un fiel desempeño laboral, ya que las condiciones mentales y físicas se ven mermadas por que no se generan momentos para la recuperación y rehabilitación de

esas condiciones. Se desarrolla de esta forma un modo de actuar repetitivo en el tiempo: ese de “estar ahí”, de “responder” de “no ser débil”, frente a la imposibilidad de tomarse tiempos, descansar o desconectarse. Algunas consecuencias de esta forma transitoria de vida están claras: falta de concentración, descontento con el ambiente laboral o la forma de enseñanza, dificultad en el ambiente familiar y presencia de errores en el desempeño laboral diario. Se ha establecido que aquellos residentes con depresión, a pesar de la vigilancia directa, presentaron 6 veces más errores y que cerca del 50% de ellos no advirtieron tal situación.⁷ Aparecen circunstancias que hacen poco claro el entendimiento de la dinámica del error médico en el contexto de alteraciones mentales, consecuencias de la formación médica de postgrado, ya que la presencia de depresión o *burnout*, si bien pueden presentarse como los responsables directos del error médico, también pueden ser consecuencia de los mismos, en el entendido que una sobrestimación del error cometido sea por un ambiente competitivo o de permanente sanción o como resultado de elevados estándares de exigencia personal y las alcances personales del creer hacer daño a alguien. Con estos datos, queda de manifiesto la relación entre el error médico de los residentes y la presencia de depresión o *burnout*, ya que estas condiciones desencadenan una baja productividad y disminución en la calidad de vida, con claras repercusiones en el desempeño laboral y la productividad.

Pero me parece que no sólo el ambiente laboral característico de la formación médica se traduce en el responsable de la aparición de errores médicos en los residentes, también merece un análisis la personalidad de este, su forma de enfrentar la situación a la cual está expuesto y la dinámica de cómo se da la formación de especialistas y su directa relación con la actitud que impone el residente frente a la toma de sus decisiones.

En ciertos ambientes formadores, el residente asume, ya sea por iniciativa propia o por imposición inconsciente del ambiente, una actitud “demostrativa” permanente; es decir, con las opiniones dadas, las destrezas adquiridas y los aciertos constantes, va mostrándose y “luciendo” sus capacidades y su evolución, tanto frente a los médicos supervisores, como a sus pares. Esto genera una calificación subjetiva de estar “apto” para el desempeño de ciertas funciones, como la entrega de libertad en la toma de decisiones, sin llegar a cuestionar los límites de ello; es decir, el médico-supervisor entrega su confianza, dado el desempeño del residente, para tomar decisiones y apostar por conductas individuales frente al paciente. Por otro lado, esa situación genera una sobreconfianza en el residente que lo lleva a asumir una actitud y a reconocer como prioritario de su formación la mantención de la misma. Se construye una forma de enseñanza y aparente supervisión, sustentada en la subjetividad de una impresión u opinión. Tratando de objetivar el efecto de la confianza en la toma de decisiones médicas y su correlación con un diagnóstico correcto, se estudió la confianza de médicos tratantes, residentes y estudiantes de medicina, frente a escenarios clínicos diversos; encontrándose una alta variabilidad entre los residentes, los cuales a pesar de confiar plenamente en sus diagnósticos, fueron menos precisos que los realizados por los médicos tratantes. Es decir, a pesar de las destrezas adquiridas y de los conocimientos acumulados, la posibilidad de error en los residentes es mayor, quizás por que la experiencia juega un rol importante en la toma de decisiones y es precisamente aquello, que el médico-supervisor debe transmitir. La orientación, la fijación en lo realmente importante muchas veces no está descrita en la literatura especializada, sino que es la experiencia el referente fundamental en la posibilidad de tomar decisiones acertadas. Por otro lado, un aspecto de la sobreconfianza es la complacencia, reflejando ello una subestimación del error, tolerancia al mismo y la creencia de que es inevitable, actitud presente no sólo en el residente, sino también en los médicos en general. Se desarrolla de esta forma, una cultura de tolerancia frente a las equivocaciones, no asumiendo culpas, no reconociendo la potencia de un análisis fundamentado en el error y evitando con ello el desarrollo de pautas o protocolos, transmisibles a los residentes y médicos, encaminados al entendimiento retrospectivo de las conductas, como herramientas protectoras para nuevos errores.

A pesar de que el residente va acumulando el conocimiento y las destrezas necesarias, sigue siendo inexperto en ciertas situaciones y en determinados momentos, sobrepone a su rol de médico y residente, la mantención de esa confianza entregada y con la cual asume representar la totalidad de sus capacidades. Es por ello que, en situaciones clínicas determinadas, puede no ser capaz de pedir ayuda y no reconocer sus limitaciones; pero también, es en ese mismo escenario

donde una supervisión eficiente cobra un importante valor, ya que resulta aún más grave que la incapacidad del residente en pedir ayuda, la inexperiencia e indolencia del médico-supervisor en no reconocer por un lado, a ese tipo de residente que está formando, como además desvincularse de esos llamados de ayuda en virtud de esa confianza asumida. De esta forma, se va construyendo un ambiente en el cual el residente debe realizar su rol de médico, pero agregándose elementos y circunstancias propias del ambiente laboral hospitalario, a saber, sobrecarga de trabajo, debilitamiento en la calidad de vida o relaciones laborales superficiales y de permanente exigencia. Así, los elementos hacia los cuales debe apuntar la formación del especialista y que se reconocen como detractores de un buen desempeño laboral, están reconocidos y estudiados, por tanto, cualquier medida que se tome para la mejoría de todo lo anterior, apuntará en corto y mediano plazo a la obtención de una mejor calidad de vida en los residentes, con lo cual disminuiría la aparición de errores por agotamiento o estrés, pero a largo plazo, construir nuevos y eficaces modelos de educación en la formación de especialistas, como nuevas visiones y actitudes en la supervisión médica de los mismos.

Conclusiones

En la etapa de formación de postgrado, a quedado de manifiesto que no basta la sola transmisión de conocimientos ni dar una oportunidad para la adquisición de destrezas, es desarrollar una estructura formativa encaminada a la construcción de la medicina que los espacios de mundo precisen, teniendo como objetivo final la formación de médicos-especialistas, expertos en los temas requeridos, pero también con las habilidades claras de supervisar y/o controlar las actividades de otros médicos o estudiantes en formación. La única forma, a mi entender, de lograr distanciar el error del residente, está en delimitar un ambiente formador sustentable y una supervisión permanente por parte de médicos-docentes. Con lo primero se promueve la construcción de definiciones claras para el actuar médico, desarrollar y trabajar los conceptos de relación médico-paciente, de humanización en salud, la permanente revisión de los principios bioéticos y su aplicación en la práctica clínica; debe considerarse en este punto también, la influencia de la residencia en el desarrollo personal, en la calidad de vida, como resultado de una equilibrada interrelación entre los ambientes familiar-social y laboral-educacional. Lo segundo, involucra una supervisión encaminada a entender que ese “adulto supervisado” tiene criterio, que aprende con sus tiempos, con sus estrategias y que exterioriza sus conocimientos y habilidades bajo el alero de su personalidad y de su forma de ver la vida, asumiendo de esta forma, que las confianzas creadas en ese ambiente formador no responden exclusivamente al resultado de relaciones humanas favorables, sino que traduce una confianza objetivada en capacidades y formas de actuar y pensar. No se trata de enlentecer los procesos, sino más bien coordinarlos y promover plazos razonables que resulten en residentes comprometidos con la forma de enseñar, orgullosos de la coherencia aplicada por su centro formador y que sean referentes claros de retroalimentación en la mejoría de las formas de enseñanza.

Finalmente, es necesario considerar que no basta con asumir que el error ha de estar presente en la formación del residente, como tampoco creer que la búsqueda de culpables y el desarrollo de las sanciones impondrán un progreso en la evolución del constructo error-residente. Es por tanto, indispensable creer en los procesos reflexivos como parte fundamental de todas las actividades involucradas en el desarrollo personal, incluyendo en ello, la formación médica de postgrado y las consecuencias que resulten del desarrollo de esta actividad.

REFERENCIAS

- Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC) (2004). “Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud”. *Educación Médica*, 7(2). (Autor)
- Jalil, J., *et al.* (2007). “Programas de postgrado en Medicina por competencias”. *Ars Medica*, 15: 211-218.
- Ricarte-Díez, J. M., *et al.* (2008). “Formación del residente desde su abordaje como adulto”. *Educ. Med.*, 11(3): 131-138.
- Millán, J. R. (2006). “La reflexión como eje central del desarrollo profesional”. *Educ. Med.*, 9(3): 30-36.
- Kaveh G., *et al.* (2006). “Graduate Medical Education and Patient Safety: A Busy—and Occasionally Hazardous—Intersection”. *Ann Intern Med.*, 145: 592-598.
- Blendon R. J., *et al.* (2007). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl. J. Med.*, 347: 1933-1940.
- Eta S., *et al.* (2008). “Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine”. *The American Journal of Medicine*. 121(5A): S2-S23.
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (1995). *Carta de los Agentes Sanitarios*. Vaticano: Ciudad del Vaticano.
- Fahrenkopf, M., *et al.* (2008). “Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study”. *BMJ Online First*.

SOBRE EL AUTOR

Mauricio Soto Subiabre: Médico, especialista en Ortopedia y Traumatología con formación de Humanización en Salud y actualmente cursando un Magister en Bioética en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Realizó actividad clínica permanente en hospital y consulta médica, junto a docencia de pregrado a alumnos de medicina de la universidad, como de postgrado a residentes de Ortopedia y Traumatología y alumnos de diplomado en Salud y Humanización, dependiente del departamento en el cual trabaja. Su línea de trabajo es fomentar una ética en la formación médica de postgrado en medicina, respeto por el adulto que se forma, su criterio y sus estrategias de aprendizaje.