INTRODUCCION

La comunicación voluntaria del error es la mejor política

Todos compartimos un objetivo común de identificación del error médico, para comprender sus causas y realizar cambios importantes en el sistema sanitario para reducir los riesgos médicos. La comunicación del error es básica para conseguir este objetivo. Recientemente en EE.UU. se han discutido, los beneficios y riesgos de los sistemas de comunicación obligatorios y voluntarios, como las vías más efectivas para promover la revelación sincera del error médico. El *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) ha defendido con énfasis un programa de comunicación no punitivo y voluntario.

En EE.UU. existen programas de comunicación obligatoria y voluntaria. Un ejemplo de sistema de comunicación obligatoria es la *Safe Medical Devices Act* de 1990. A los centros sanitarios y a los fabricantes se les ha exigido comunicar lesiones o patologías relacionadas con el fallo o el mal uso del material sanitario específico. Sin embargo, el acta federal no ha tenido éxito en mejorar el cumplimiento en las exigencias de la comunicación de errores para quienes los han producido. Además, se han aplicado pocas medidas correctoras, a menos que se hayan producido un número significativo de errores con lesión. Algunos estados tienen también programas de comunicación obligatoria para errores que hayan producido lesiones graves a los pacientes. Aparte de utilizar esta información para sancionar al personal o al centro sanitario, se han podido observar pocos análisis de las causas de error en los sistemas y rara vez la información se ha utilizado para advertir a otros profesionales sobre la posibilidad de producir errores similares.

El propósito de la mayoría de los programas de comunicación obligatoria es punitivo y han sido diseñados para identificar "malos" centros de salud o personal sanitario. Los sistemas de comunicación obligatoria con consecuencias punitivas, suprimen la comunicación y dan la importancia al error mismo, no a su corrección. Aún en el caso de que un sistema de comunicación obligatoria ofrezca "amnistía" o "inmunidad" a las personas, aquellas que no comuniquen deben ser castigadas. El personal sanitario no necesita ser forzado a comunicar errores. Necesita sentirse libre de cualquier tipo de castigo, lo cual solo es posible con un sistema de comunicación voluntaria.

Los programas de notificación obligatoria implican que la persona que ha cometido el error, lo comunique. Pero como el análisis de los errores más graves siempre revela múltiples fallos del sistema y varias personas implicadas, ¿quién debe entonces comunicar el error? ¿Es la compañía farmacéutica o el fabricante de material sanitario cuyo nombre de producto, etiqueta o diseño ha inducido repetida-

mente al usuario o al personal sanitario al error? ¿Cuál de los profesionales sanitarios implicados debe comunicar el error que empezó con una prescripción ambigua o con un medicamento dispensado erróneamente? Necesariamente, la responsabilidad de hacer cumplir la comunicación obligatoria recaerá probablemente en el personal directivo. Los directivos pueden estar menos inclinados o ser incapaces de proporcionar más información de la estrictamente exigida, aún cuando está protegido frente a problemas legales. Se obtendrá poca información útil sobre las causas del problema.

El programa de comunicación de errores de medicación (*Medication Errors Reporting Program*, MERP), impulsado por la *United States Pharmacopoeia* (USP) en colaboración con el ISMP, es un programa de comunicación de errores de medicación confidencial y voluntario. Por medio de este programa, hemos identificado una gran variedad de problemas de seguridad con la medicación e investigado sus causas en los sistemas. Se han realizado recomendaciones prácticas para prevenir su repetición por medio de un boletín quincenal y otras acciones educativas. La información obtenida con este programa, en colaboración directa con la industria farmacéutica, los fabricantes de material sanitario, y las autoridades sanitarias (*Food and Drug Administration*) o instituciones de acreditación (*Joint Commission*), ha conducido a cambios en los estándares de la atención sanitaria y en el diseño de productos para uso médico.

Profundizar en la información contenida en la comunicación es la clave para entender el error. En cambio, cuando los profesionales son obligados a comunicar errores, están menos dispuestos a proporcionar información precisa, ya que su única motivación es la de cumplir la normativa y no la de ayudar a otros a evitar la repetición de la tragedia. Un programa voluntario anima a los profesionales a comunicar situaciones de riesgo y errores que potencialmente podrían derivar en lesiones graves. Esto es imposible conseguirlo mediante sistemas obligatorios, por lo que se pierde información crítica y es más improbable que puedan aplicarse las estrategias para prevenir el error.

El mayor número de errores comunicados puede llegar de un programa de comunicación no punitivo. Un programa obligatorio de comunicación recibe gran número de errores de medicación pero es improbable que produzca mucha más información nueva de la que puede ser recogida por un sistema de comunicación voluntaria. Un programa efectivo no requerirá múltiples comunicaciones de muertes y lesiones para tomar medidas. Estas medidas deberán tomarse al primer signo de un problema serio. Un exceso de datos disminuye la efectividad del sistema para una posterior prevención. Mientras que los sistemas de comunicación del personal implicado, no deben ser dirigidos a investigación epidemiológica, las bases de datos globales más grandes de comunicación voluntaria, tal como el sistema MedMarx de la USP a través de Internet, pueden facilitar un volumen de datos necesario para la rápida identificación del problema.

Ambos sistemas, obligatorio y voluntario resultaran fútiles en ausencia de un sistema bien diseñado y potente con capacidad de análisis y respuesta. Deben ir acompañados por cambios efectivos y oportunos en los sistemas, que sean asumidos por las instituciones de acreditación y las autoridades sanitarias, con estándares que aumenten la seguridad para el paciente. Asimismo, los programas de comunicación deben ser gestionados por un equipo independiente, que incluya expertos de diferentes disciplinas, que puedan determinar objetivamente las causas de los errores atribuibles al sistema e impulsen un cambio efectivo, evitando cualquier conflicto de intereses.

La comunicación es fundamental en el amplio objetivo de la reducción de errores. Sin embargo, las barreras de comunicación deberán ser correctamente tratadas antes de que pueda conseguirse un impacto sustancial en la seguridad del paciente. La comunicación solamente se producirá si el personal sanitario se siente seguro para hacerlo y esta actividad alcanza la aceptación cultural por parte de la comunidad sanitaria. En la actualidad, la dificultad obvia para comunicar puede encontrarse a tres niveles: temor de repercusiones individuales o para la organización; la idea preconcebida y falsa de que el error médico puede ser utilizado como una medida de la competencia del personal sanitario; y el potencial descubrimiento legal de las comunicaciones de errores. Así la clave para nuestro objetivo de una atención sanitaria más segura para el paciente es una innegable necesidad de mayor inmunidad en la comunicación de errores y una cultura no punitiva que dé más valor a la comunicación de errores y a la solución de problemas que a la vía poco útil del castigo al personal implicado en un error. Hasta que la sanidad asuma esta cultura, la comunicación por el personal sanitario continuará siendo un recurso todavía sin explotar.



Michael R. Cohen, MS, RPh, FASHP
Presidente del Institute for Safe Medication Practices (Filadelfia)