

# Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria

Francesc Borrell-Carrió<sup>a</sup>, Carmen Páez Regadera<sup>a</sup>, Rosa Suñol Sala<sup>b</sup>, Carola Orrego Villagan<sup>b</sup>, Neus Gil Terrón<sup>a</sup> y Magdalena Martí Nogués<sup>a</sup>

**Objetivo.** Mostrar cómo el médico percibe y afronta los errores clínicos y/o acontecimientos adversos (Ec-Ea).

**Diseño.** Estudio transversal (encuesta postal personalizada).

**Emplazamiento.** Atención primaria del «Ámbito territorial Costa de Ponent».

**Participantes.** Todos los médicos con plaza en propiedad en atención primaria (n = 717).

**Mediciones principales.** Cuestionario estandarizado: frecuencia de errores y eventos adversos; comparación de las respuestas en función de la edad, el sexo, la formación MIR en medicina de familia, en los «negadores» (jamás se han equivocado de manera importante), los «perceptivos» (admiten errores en el último año), los «hiperperceptivos» (admiten 28 o más errores-acontecimientos adversos/año), los «loci internos» (admiten causas personales en los errores) y los hiperseguros (> 7 puntos sobre 10 en seguridad clínica escala de Likert).

**Resultados.** Contestaron 238 médicos (33,2%), con una edad media de 42,6 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 41,6-43,6). El 28% eran «negadores» (IC del 95%, 22,34-34,26); el 67% «perceptivos» (IC del 95%, 60,79-73,23); el 7,4% «hiperperceptivos» (IC del 95%, 4,41-11,44); el 6%, «loci interno» (IC del 95%, 3,34-9,91), y el 23,4% hiperseguros (IC del 95%, 18,14-29,22). Se informó sobre 10,6 acontecimientos adversos/año/profesional, sobre todo eventos adversos de fármacos (37%) (IC del 95%, 35,36-39,15) y retraso diagnóstico en una enfermedad neoplásica (33%) (IC del 95%, 31,16-34,85). La reacción más frecuente era intentar contactar con el paciente (80%; IC del 95%, 73,24-85,73) y comentar el caso con el equipo (el 41,4%; IC del 95%, 33,97-49,22).

**Conclusiones.** Los Ec-Ea se reconocen como frecuentes, pero un tercio de los médicos afirma no haberse equivocado nunca de manera importante. El médico varón joven, a diferencia del experimentado, socializa sus errores con el equipo. Los profesionales de «locus interno» e «hiperperceptivos» son proclives a reacciones emocionales más acusadas ante la comisión de errores clínicos. Los médicos reconocen menos seguridad en ORL y oftalmología y, además de éstos, los médicos experimentados también declaraban inseguridad en dermatología y cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Error clínico. Seguridad clínica. Gestión del error clínico. Locus de control. Eventos adversos.

CLINICAL ERROR AND ADVERSE EVENTS: PRIMARY CARE DOCTORS' PERCEPTION

**Objective.** To evaluate how primary care physicians perceive and face clinical errors (CE) and/or adverse events (AE).

**Design.** Cross-sectional study (personal mail survey).

**Setting.** Primary care physicians from "Ambit Costa de Ponent."

**Participants.** All doctors with tenure from this area (717).

**Main measurements.** Standardized questionnaire with error and adverse event frequencies. We compared answers considering age, gender, family medicine residency, "deniers" (never make a mistake), "perceptive" (admitting a mistake in the last year), "hyper-perceptive" (28 or more errors/adverse events a year), "internal locus of control" (admitting personal reasons in errors), and "hypersecure" (>7 points out of 10 in clinical security on Likert scale).

**Results.** Two hundred thirty eight physicians (33.2%) with an average age of 42.6 (95% CI, 41.6-43.6) replied. The 28% were "deniers" (95% CI, 22.34-34.26), 67% "perceptive" (95% CI, 60.79-73.23), 7.4% "hyperperceptive" (95% CI, 4.41-11.44), 6% had "internal locus of control" (95% CI, 3.34-9.91), and 23.4% were "hypersecure" (95% CI, 18.14-29.22). Every doctor had on average 10.6 adverse events yearly, mainly drug side-effects (37%) (95% CI, 35.36-39.15), and diagnostic delay in oncology scenarios (33%) (95% CI, 31.16-34.85). The most common reaction to an error was to try and contact the patient (80%) (95% CI, 73.24-85.73) and to communicate the case to the team (41.4%) (95% CI, 33.97-49.22).

**Conclusions.** AE and CE were recognized as frequent, but a third of doctors affirmed they never made a mistake. Young male physicians, unlike senior ones, communicate mistakes to the team. "Internal locus of control" and "hyperperceptive" professionals tended to have stronger emotional reactions after committing errors. Physicians felt less secure with ophthalmology and ENT problems; and older doctors added to these dermatology and palliative care.

**Key words:** Clinical error. Clinical security. Clinical risk. Management. Locus of control. Adverse events.

<sup>a</sup>EAP Gavarra. Unidad Docente MFC. Cornellà de Llobregat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Fundación Abedis Donabedian (FAD). Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes (CISCP). Barcelona. España.

Correspondencia:  
F. Borrell-Carrió.  
CAP Cornellà.  
Bellaterra, 30-41. 2.ª planta. 08940  
Cornellà de Llobregat. Barcelona.  
España.  
Correo electrónico: fborrell@cp.ics  
@gencat.net

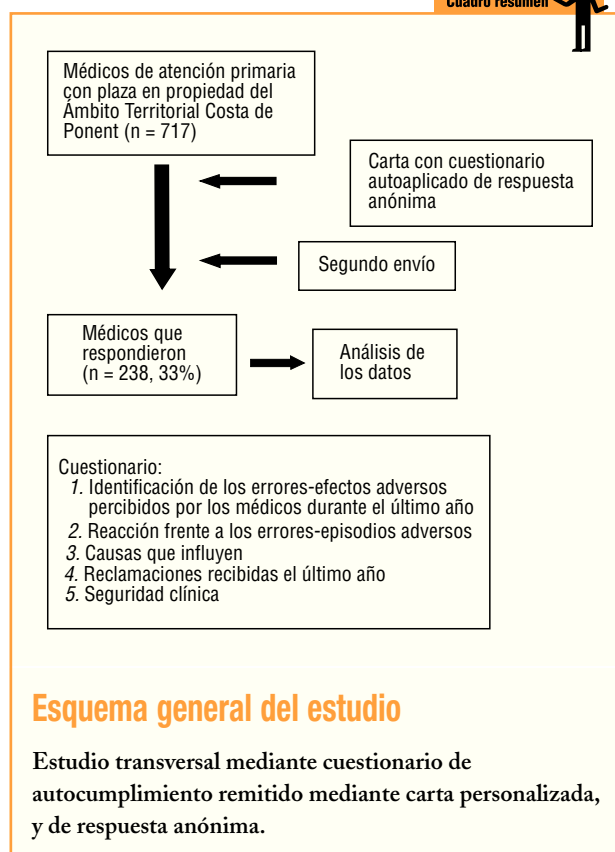
Manuscrito recibido el 20 de octubre de 2004.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de julio de 2005.

# Introducción

La seguridad de los pacientes es una dimensión de la calidad que ha adquirido un gran interés, tanto desde el ámbito político como científico. El informe publicado por el Institute of Medicine titulado «To err is Human»<sup>1</sup> ha sido determinante en la creación de este renovado interés. En este informe se define el evento adverso como el daño o la lesión producidos a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica. A partir de este informe, múltiples países han iniciado líneas de investigación en esta área, pero estos esfuerzos se han centrado básicamente en los procesos atendidos en el marco hospitalario, donde varios estudios de relevancia internacional<sup>2-4</sup> han permitido definir y clasificar los errores clínicos-eventos adversos (Ec-Ea), así como sus causas, las situaciones prevenibles y los procesos asociados con ellos.

En el ámbito de la atención primaria, esto no ha ocurrido por diferentes razones: la atención se presta en entornos y ámbitos diversos, involucra múltiples visitas y, por ende, la variedad de provisión de los servicios (por teléfono, a domicilio, en el consultorio, incluso el correo electrónico), profesionales y, sobre todo, la variedad de registros dificultan los trabajos de campo. La notificación voluntaria de Ec-Ea críticos puede dar un interesante empuje a este campo de investigación<sup>5-9</sup>, en el que empiezan a emerger taxonomías y modelos. Así, por ejemplo, Elder et al<sup>10</sup>, tras una revisión sistemática de artículos relacionados con errores, elaboraron un sistema de clasificación que tiene numerosos puntos de coincidencia con el realizado entre nosotros por Sánchez y Casajuana<sup>11</sup>. Plantean que los eventos adversos pueden clasificarse en tres categorías: diagnóstico, tratamiento y servicios preventivos, a los que Sánchez añade los de tipo administrativo y de comunicación. La American Academy of Family Physicians (Dovey SM) ha realizado un notable esfuerzo por desarrollar una taxonomía<sup>12,13</sup> que, a grandes rasgos, coincide con la sintetizada en la tabla 1<sup>5-7,10,14-16</sup>.

En 1996 realizamos una primera aproximación a la vivencia subjetiva del médico, tratando de responder a la pregunta de cómo afronta y reacciona ante el error o evento adverso<sup>14</sup>. En aquella ocasión obtuvimos una tasa algo superior de respuestas (212 encuestados, de los que respondió el 40%), de los que el 18,3% afirmaba no haberse equivocado nunca de una manera importante. Como acontecimiento adverso más común se identificó el retraso diagnóstico en un escenario clínico de paciente neoplásico, seguido de una prueba complementaria interpretada de manera errónea. El 29% de los profesionales pensaba en el error cometido de manera obsesiva y se reconocían 0,4 reclamaciones orales o escritas por año y médico. Cuantos más años de vida profesional, más acontecimientos adversos se declaraban.

Material y métodos  
Cuadro resumen


En el presente estudio, continuación del de 1996, nuestro interés radicó en conocer: a) la percepción de los médicos de los eventos adversos y los errores clínicos; b) cómo reaccionan a ellos, y c) su grado de seguridad clínica.

# Participantes y método

## Diseño del estudio

Diseñamos una encuesta destinada a los médicos de la «Regió Sanitaria Costa de Ponent», que incluye los servicios de atención primaria de Baix Llobregat Litoral, Centre y Nord, Hospitalet, Alt Penedés-Garraf y Anoia (1.221.000 habitantes).

## Participantes

Se envió una encuesta postal personalizada y anónima a los 717 médicos titulares de los 61 equipos de atención primaria de Costa de Ponent. Se realizaron 2 envíos: el primero con la encuesta (diciembre 2002) y el segundo como recordatorio en enero de 2003.

Se diseñó un cuestionario único (no validado) que contiene una estructura de 5 apartados básicos:

1. Identificación de los errores-eventos adversos percibidos por los médicos durante el último año, mediante la presentación de un listado de situaciones clínicas características elaborado a partir de la encuesta realizada el año 1996. Los médicos podían identificar más de un tipo de error-evento adverso.

**TABLA 1**  
**Una aproximación a los errores clínicos y su causa**

Área clínica
Ec-Ea diagnósticos: anamnesis insuficiente, exploración física con olvido de maniobras sensibles o específicas en relación con el problema analizado, fallo en el reconocimiento de signos o síntomas, falta de conocimientos, etc.
Ec-Ea en la fase terapéutica: perfil en la prescripción de fármacos con elevada probabilidad de iatrogenia, no adaptar posologías al perfil del paciente, falta de control de los efectos de la medicación, errores de ejecución y errores de destreza en los procedimientos, etc.
Ec-Ea en la fase de seguimiento: insuficiente seguimiento, indicaciones insuficientes al paciente, no dar relevancia a consultas telefónicas del paciente, etc.
Área de comunicación con el paciente
No se acomoda emocionalmente al paciente, no atender a las expectativas del paciente, no verificar la comprensión de la información, diferencias culturales y de lenguaje que repercuten en el valor que se atribuye a una indicación, etc.
Área de comunicación con otros profesionales de la salud
Falta de intercambio de información relevante, retraso o información inoportuna o tardía
Área administrativa
Retraso o extravío de pruebas, identificación errónea de pruebas, error en las unidades, etc.
Área organizativa e institucional
Tipo de vinculación con la empresa, regulaciones laborales, tipo de contrato, etc.

Tabla de elaboración propia a partir de Sánchez et al<sup>11</sup>, Elder et al<sup>10</sup>, Fischer et al<sup>6</sup> y Silk et al<sup>7</sup>.

- Identificación de la reacción frente a los errores-eventos adversos, también a partir de diversos escenarios posibles, con la posibilidad de elegir más de uno.
- Identificación de las causas que el médico cree que influyen en la producción de errores-eventos adversos, definiendo a tal efecto causas de *locus* de control interno y de *locus* de control externo. También se podía elegir más de una opción.
- Reclamaciones recibidas el último año (orales, escritas y judiciales).
- Identificación del grado de seguridad clínica y concreción para distintas especialidades (en una escala de Lickert).

Se realizó un pretest para valorar la extensión y la comprensibilidad del cuestionario, a partir del cual se hicieron las correcciones necesarias.

#### Definición de variables

Las variables dependientes se definieron como la percepción de errores (identificación por parte del médico de familia de uno, ninguno o más de un error o evento adverso) y el tipo de reacción emotiva, cognitiva o conductual.

Las variables independientes se definieron como la edad (médico experimentado: > 45 años), el sexo, haber realizado la residencia de medicina familiar (sí/no) y la percepción de seguridad clínica (sobre una escala de Likert donde 0 es el menor grado de seguridad referido y 10, el mayor), general y para medicina interna, locomotor, cuidados paliativos, dermatología, ORL, comunicación, salud mental, geriatría y oftalmología. Además, definimos los siguientes subgrupos:

- Negadores: declararon que nunca han cometido un Ec-Ea importante.
- Perceptivos: refirieron más de uno y menos de 28 Ec-Ea importantes en un año.
- Hiperperceptivos: refirieron más de 28 Ec-Ea en 1 año.
- Locus* de control interno: el médico destacó que los Ec-Ea se debían a causas que dependían directamente de su conducta.

– *Locus* de control externo: el médico imputó las causas de Ec-Ea a factores del entorno.

– *Locus* de control mixto: aparecen factores de entorno y factores personales en dicha imputación.

#### Análisis estadístico

Para el análisis de las variables se utilizaron medidas de frecuencia y de tendencia central. Para establecer la relación entre variables, primero se realizó un análisis bivariable y, mediante la valoración de los resultados obtenidos, se construyó un modelo de regresión logística múltiple. El modelo se construyó tomando como variable dependiente la percepción de eventos adversos, y como variables independientes, la edad, el sexo, el *locus* de control interno, la seguridad clínica y el número de reclamaciones. La variable *locus* de control se dicotomizó en «sí» o «no», según hubieran contestado alguna variable de tipo *locus* de control interno (en cuyo caso se asignó la categoría «sí»).

Para la comparación de variables con distribución normal se utilizaron métodos paramétricos, y para las variables no normales se utilizaron métodos no paramétricos, (tests de la  $\chi^2$ , Fisher, ANOVA y de Kruskal-Wallis), dependiendo de que la variable siguiera o no una distribución normal. Se han considerado estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Contestaron 238 médicos (el 33% de los encuestados), sin que hubiese diferencias estadísticamente significativas en relación con el conjunto de médicos encuestados en cuanto a la edad (varones, 46,6 años; intervalo de confianza [IC] del 95%, 41,4-44,1; mujeres, 40,7 años; IC del 95%, 39,4-42,0), pero sí en cuanto al sexo (ya que los varones representaban el 39,8% de la población y, en cambio, contestó un 50,7%; IC del 95%, 44-57).

**TABLA 2**  
**Escenarios sugeridos de eventos adversos**

	Mediana	DE	Suma	%	IC del 95%
Retraso diagnóstico en enfermedad neoplásica					
1. Solicitar una mamografía, TC o prueba complementaria y que se retrase	2,72	4,312	549	21,61%	20,03-23,64
2. Un paciente que venía quejándose más de 3 meses al final es diagnosticado en urgencias	1,42	2,84	289	11,38%	10,17-12,67
Paciente diabético, hipertenso, fumador y/o hipercolesterolémico, con estos riesgos insuficientemente abordados, presenta un evento cardíaco	2,08	2,452	440	17,32%	15,87-18,49
Interpretación errónea de una prueba diagnóstica					
1. No sospechar una enfermedad pulmonar grave ante un paciente con signos radiológicos como podría ser el aumento del hilio	0,24	0,534	49	1,93%	1,43-2,54
2. ECG interpretado de manera incorrecta	0,7	1,294	140	5,51%	4,65-6,47
3. Nos pasa desapercibida una anomalía analítica, como pudiera ser una leucocitopenia o una plaquetopenia	0,64	1,396	127	5,00%	4,18-5,91
Evento farmacológico indeseable					
1. Dar un fármaco al que el paciente se conocía previamente alérgico	0,35	0,617	73	2,87%	2,26-3,59
2. Dar un fármaco incompatible con otro que ya tomaba el paciente	1,42	2,317	293	11,54%	10,32-12,83
3. Dar un fármaco incompatible con una enfermedad de base, por ejemplo, un jarabe con azúcar a un diabético	2,78	4,763	580	22,83%	21,21-24,51
			2.540	100,00%	

Los médicos que respondieron tenían una media de 14,3 años de vida profesional (IC del 95%, 13,2-15,4). El 28% era «negador» (IC del 95%, 22,34-34,26); el 67% «perceptivo» (IC del 95%, 60,79-73,23), y el 7,4%, hiperperceptivos (IC del 95%, 4,41-11,44). Obtuvo más de 7 puntos (sobre 10) en la escala de seguridad clínica —es decir, eran «hipersegueros»— el 23,4% (IC del 95%, 18,14-29,22); el 6% admitía sólo causas internas (*locus* de control interno) (IC del 95%, 3,34-9,91) en la producción de Ec-Ea.

A continuación detallamos algunos hallazgos.

#### *Percepción de errores clínicos y eventos adversos*

Se reconocieron un total de 2.540 situaciones que habían llevado a eventos adversos, es decir, 10,6 acontecimientos por médico y año como media, de los cuales el 37,14% se debía a eventos indeseables de fármacos (IC del 95%, 35,36-39,15) (tabla 2). No había diferencias de sexo en la percepción de Ec-Ea, pero sí una importante variabilidad entre los profesionales. Los médicos que, al identificar las causas de error clínico, se decantaban por aquellas de *locus* de control interno, tenían una media menor en seguridad clínica (media menor en 0,45 puntos).

También estos médicos eran los que declaraban un mayor número de errores y eventos adversos, así como un mayor número de reclamaciones de tipo oral.

El error declarado con más frecuencia fue prescribir un fármaco incompatible con una enfermedad de base (22,8%).

Le seguían en frecuencia los retrasos en exploraciones complementarias en escenarios clínicos oncológicos, y la prevención insuficiente en pacientes diabéticos.

Respecto a las reclamaciones del último año, el 61,1% había recibido alguna reclamación, en su mayoría de tipo

oral. Diez personas declararon tener o haber tenido una causa judicial abierta (el 4,3% de la muestra, 8 de ellos > 45 años). El grupo de «negadores» y «perceptivos» declaraba iguales porcentajes de reclamaciones.

#### *Reacciones frente a los errores clínicos*

La reacción más frecuente era contactar con el paciente o su familia (79,9%), con el equipo (41%), con amigos (33%) y con la familia propia (19,9%). Sólo el 7,3% de los médicos admitía una reacción propia de medicina defensiva (solicitar más exploraciones complementarias). La reacción ansioso-obsesiva era más frecuente que la depresiva (el 28 frente al 8,6%). En relación con las causas que han influido en la comisión de errores, el mayor porcentaje se situaba en las causas de «*locus* de control externo», donde la variable «presión asistencial» era la más frecuentemente mencionada, seguida por la mala organización de la asistencia y el poco apoyo a la formación continuada (tabla 3). Entre las causas de *locus* interno, la más referida fue la falta de experiencia clínica en algunas áreas.

Los profesionales que admitían causas internas eran menos negadores (sólo el 15,9% «no se habían equivocado nunca»), la mayoría eran «perceptivos» (el 78,5% admitía algún error en el último año) y con una reacción emocional también más depresiva (3,44 veces más) y obsesiva (6 veces más que el resto de los médicos).

La edad y el sexo de los profesionales influían de la siguiente manera: los médicos varones < 45 años tendían a comentar menos sus errores con la familia, en relación con sus colegas mujeres (el 31,3 frente al 14,8%). Los médicos > 45 años comentaban menos sus errores con otras personas y con el equipo que los médicos más jóvenes, tenden-

**TABLA 3** Resultados de las causas a las que atribuyen los médicos la producción de sus errores. Los encuestados podían seleccionar más de una alternativa

<i>Locus de control externo</i>	
1. Presión asistencial	84,6 (IC del 95%, 77,82-87,71)
3. Mala organización de la asistencia	29,5 (IC del 95%, 23,73-35,77)
5. Recibo poco apoyo en formación continuada	19,3 (IC del 95%, 14,13-24,46)
<i>Locus de control interno</i>	
2. Me agobio fácilmente	6,9 (IC del 95%, 3,97-10,91))
4. Soy poco sistemático, por ejemplo, escaso seguimiento de los protocolos, no hago lectura previa del historial	16,7 (IC del 95%, 12,18-22,16)
6. Me falta experiencia clínica en algunos campos	33 (IC del 95%, 27,05-39,48)

**TABLA 4** Grado de seguridad referida por los médicos respecto a las distintas especialidades. Media e intervalo de confianza del 95% para una escala de 1 a 10

Seguridad clínica subjetiva	Media	Límite superior	Límite inferior
1. Medicina Interna	6,74	6,57	6,92
2. Aparato locomotor	6,28	6,07	6,48
3. Geriátría	6,83	6,62	7,03
4. Cuidados paliativos	6,26	6,02	6,5
5. ORL	5,99	5,79	6,19
6. Oftalmología	5,27	5,07	5,47
7. Dermatología	6,16	5,95	6,37
8. Salud mental	6,85	6,66	7,04
9. Comunicación	6,99	6,78	7,19
Seguridad global	6,37	6,25	6,50

cia que era independiente del sexo y, finalmente, los médicos experimentados de ambos sexos se mostraban menos reactivos emocionalmente.

#### Seguridad clínica

La media de seguridad global resultó ser de un 6,37 (IC del 95%, 6,25-6,5) sobre un máximo teórico de 10. En el análisis por especialidades, oftalmología, con 5,27 (IC del 95%, 5,07-5,47) y otorrinolaringología, con un 5,99 (IC del 95%, 5,79-6,16), fueron las peor puntuadas. Las áreas con mayor percepción de seguridad fueron comunicación y salud mental (tabla 4). No encontramos diferencias de sexo, pero sí de edad: los médicos > 45 años se sentían menos seguros en ORL, oftalmología, dermatología y cuidados paliativos. Los médicos más seguros eran los que referían tener la residencia MIR, los «negadores» y los que tenían *locus* de control externo. En la medida en que los médicos declaraban causas internas de error, se mostraban menos seguros en el ámbito clínico y más perceptivos de sus propios errores.

**TABLA 5** Modelo regresión logística

Variables independientes	Categorías	Exp (B)	IC del 95%	p
<i>Locus</i> de control Interno	No	1		
	Sí	2,141	1,145 4,004	0,017
Hiperseguridad subjetiva (0-10)	0-10	0,706	0,502 0,993	0,045

Se han incorporado las siguientes variables independientes: edad, sexo, *locus* de control, seguridad clínica, número de reclamaciones. Variable dependiente: percepción de errores. La edad, el sexo y el número de reclamaciones no han influido en el modelo.

En el análisis de regresión logística (tabla 5) se halló que los médicos que mostraban *locus* de control interno tenían un 2,1 veces más probabilidad de percepción de eventos adversos respecto de los que mostraban *locus* de control externo. Por el contrario, los médicos con mayor seguridad clínica tenían un 30% menos de probabilidad de percibir errores clínicos y/o eventos adversos.

## Discusión

Nuestro propósito no ha sido tanto describir la realidad epidemiológica del error clínico y/o el acontecimiento adverso como dibujar la subjetividad del fenómeno desde la perspectiva del médico. Teníamos, por consiguiente, un primer reto: ayudar al profesional a recordar eventos o errores clínicos. A tal efecto, nuestra encuesta proponía al clínico una serie de escenarios que iban de eventos adversos a claros errores clínicos, situaciones que sabíamos por el trabajo realizado en 1996 que eran frecuentes (tabla 2). Solo después de presentar estos escenarios preguntábamos si «nunca el profesional se había equivocado». Nuestra previsión apuntaba a que el porcentaje de profesionales que afirmaba no haber cometido ningún error disminuiría respecto a la encuesta del año 1996, y por ello constituyó para nosotros una sorpresa que el porcentaje fuera mayor (un 28 frente a un 18% obtenido en 1996). Podemos suponer que, en efecto, se debe a una ausencia de Ec-Ea (poco probable), o bien a que una parte de los encuestados hubiera olvidado los Ec-Ea acontecidos en sus 14 años de media de vida profesional. Otra posibilidad es que escondieran estos eventos porque pensaran que era lo «políticamente correcto» a la hora de responder el cuestionario, lo cual sería típico de una cultura de la culpa.

En el diseño de la encuesta proponíamos al médico tres causas externas y tres internas de error clínico. No nos sorprendió que la mayoría de los encuestados manifestaran la falta de tiempo como causa fundamental (no en vano hay un importante movimiento en España que reclama 10 min por consulta<sup>17</sup>), ni tampoco que las causas de error imputables al propio profesional (las que hemos llamado de *locus* interno) merecieran menor consideración. En casi todas las esferas de la vida tendemos a desplazar las responsabilidades de los hechos que



Discusión  
Cuadro resumen



## Lo conocido sobre el tema

- Los errores-eventos adversos son frecuentes en el ámbito hospitalario, y también son percibidos como frecuentes en atención primaria; sus causas son muy amplias: de tipo clínico, de comunicación, administrativo y organizativo-institucional.
- El 18% de los médicos niega haber cometido un error clínico-evento adverso importante (médicos «negadores»).
- El error clínico percibido como más frecuente era el retraso diagnóstico en un escenario clínico de paciente neoplásico, seguido de una prueba complementaria interpretada de manera errónea.
- Ante un error clínico, la tendencia autocrítica es un mejor predictor del estrés y de las reacciones depresivas que la carga de trabajo y otras variables del entorno psicosocial.

## Qué aporta este estudio

- Media de 10,6 errores-eventos adversos por médico y año; los escenarios de errores clínicos más frecuentes: prescribir un fármaco incompatible con una enfermedad de base (22,8%).
- Se incrementa el porcentaje de médicos «negadores» de errores-eventos adversos, (el 28% de encuestados frente al 18% hace 7 años) y aparecen 2 grupos polares: el subgrupo de *locus* de control interno reconocía más acontecimientos adversos (12,7 al año/profesional) y tenía reacciones ansioso-depresivas más importantes ante Ec-Ea, y el grupo de «negadores» de cualquier error, que declaraban mayor grado de seguridad clínica que el resto.
- Ausencia de diferencias de sexo relevantes, tanto en la percepción como en la manera de reaccionar a los Ec-Ea; los médicos de más edad son los que muestran un aplanamiento afectivo como reacción al error, mientras que los jóvenes tienden a socializar esta experiencia negativa.

acaecen a causas externas (*locus* de control externo<sup>18</sup>). Ahora bien, lo que no preveíamos era que el subgrupo de profesionales que tenía un perfil de *locus* de control interno se correspondiera con profesionales menos negadores de error (sólo el 15,9% eran negadores), más perceptivos de sus errores y con reacciones ansioso-depresivas más importantes.

Este subgrupo de *locus* de control interno, más sensible y perceptivo al error clínico, también está más abierto a admitir su falta de experiencia clínica, asertividad, o no ser suficientemente sistemáticos, conclusión que coincide con la de Firth-Cozens<sup>19</sup>. Esta autora realizó un seguimiento de 314 estudiantes de medicina durante 11 años y encontró que la tendencia autocrítica era un mejor predictor del estrés y de las reacciones depresivas que la carga de trabajo y otras variables del entorno psicosocial<sup>20</sup>. Sería adecuado que, en un futuro, otros trabajos: a) verificaran con un test validado de *locus* interno/externo algunos de estos hallazgos; b) determinaran si los profesionales de *locus* interno tienen más eventos adversos o si, sencillamente, los recuerdan más y están más atentos o son más críticos con su praxis clínica.

Incluimos en el diseño de la encuesta la percepción de reclamaciones orales y escritas recibidas por el profesional en el último año como un indicador difícilmente falseable por el propio profesional. El comportamiento del indicador así lo confirma, con una distribución homogénea para el conjunto de los profesionales, especialmente entre los que niegan haber cometido errores («negadores») y los que declaran haberlos cometido («perceptivos»). Sólo las de tipo oral eran más frecuentes entre los profesionales de *locus* interno. Ello nos hace pensar que el proceso de «negación» frente al error no afecta a esta variable, sobre todo en lo que respecta a las reclamaciones escritas, tal vez porque queda más grabado en la memoria. Por consiguiente, esta variable puede usarse como indicador de sinceridad en otros estudios. En cuanto a las denuncias judiciales –sólo un 4,3% de los encuestados–, se produjeron en mayor medida en profesionales experimentados. Ello puede deberse a un mayor tiempo de exposición a dicho riesgo o a un patrón comunicativo inadecuado. El estudio de Harvard<sup>21</sup> puso de relieve que las demandas no tenían tanto que ver con la tasa de errores como con los aspectos de comunicación, y en este ámbito los profesionales jóvenes reciben una formación reglada en comunicación en su período MIR. Ignoramos si dicha formación puede tener un efecto preventivo sobre las reclamaciones judiciales.

Respecto de los profesionales que reconocían más cantidad de errores (a los que hemos llamado «hiperperceptivos»), compuesto sólo por 17 personas (el 7% de la muestra), observamos que se trata de un grupo con una reacción obsesiva y depresiva muy superior al resto, y también más inseguro clínicamente. Casi en un 12% admitía que practicaba medicina defensiva como reacción al error. Sin duda, se trata de un subgrupo polar –hasta cierto punto– al de «negadores», y para el que tendría pleno sentido una estrategia preventiva para mitigar el impacto psicológico de los errores-eventos adversos. Destaquemos también el hecho de que no hemos encontrado que los profesionales con más años de ejercicio informasen de más eventos adversos, tal como afirmábamos en el trabajo de 1996<sup>14</sup>. En cambio,

estos profesionales se reconocían menos seguros en ORL, oftalmología, dermatología y cuidados paliativos, especialidades apenas contempladas en el currículo del «médico internista», parecido al del médico general antes de nacer la especialidad de medicina de familia.

La situación clínica adversa que se identificaba como más común fue la incompatibilidad fármaco-enfermedad, seguida del retraso en la realización de pruebas complementarias en paciente con sospecha de enfermedad neoplásica. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores<sup>5,6,12</sup>. Además, estas situaciones de riesgo se repiten de manera consistente en todos los subgrupos analizados, lo que debería alertarnos sobre los retos organizativos que debiéramos afrontar: *a)* agilizar exploraciones complementarias en pacientes con sospecha de enfermedad neoplásica, y *b)* ayudas para la prescripción en pacientes polimedicados y con enfermedades crónicas. Deberíamos también cuidar exquisitamente el proceso psicológico por el cual el médico elabora un diagnóstico y decide la mejor conducta. En este sentido, hemos desarrollado un modelo de acto clínico llamado emotivo-racional<sup>22</sup>, que destaca el papel de las emociones en dicho proceso y el peligro de una resolución excesivamente rápida de la entrevista clínica. Creemos que un médico entrenado en supervisar su proceso diagnóstico será un médico que se equivocará menos y, en este sentido, hemos desarrollado diferentes instrumentos docentes<sup>23</sup>, acordes con la corriente de pensamiento llamada *self-awareness*<sup>24,25</sup>.

En conclusión, nuestro trabajo pone de relieve que los médicos perciben los errores clínicos y los acontecimientos adversos como sucesos relativamente frecuentes. Casi un tercio de los médicos negaba algún error o evento adverso importante en su vida profesional. Ello supone una falta de visión realista o, lo que es más probable, un miedo a reconocer los errores debido a un predominio de la cultura de la culpa. Las reacciones de los profesionales frente al error también son diversas. El impacto emocional de percibir que se ha cometido un error es en general importante, más entre los médicos jóvenes y en el grupo de *locus* de control interno. El presente trabajo tiene varias limitaciones: se basa en la percepción subjetiva recogida en una encuesta de unos profesionales que soportan un fuerte estrés cotidiano. Ello puede generar posiciones de rechazo o de victimismo ante algunas de las preguntas que realizábamos. De todas maneras, creemos que este trabajo ayuda a una comprensión más profunda de los aspectos éticos y psicológicos, y advierte de la necesidad de realizar actividades preventivas, en especial dirigidas al grupo de negadores y de *locus* interno. El reto consiste en superar la cultura de la culpa<sup>26-28</sup> en un marco de relación profesional-sociedad más interesado en prevenir o reparar que en castigar los errores clínicos<sup>29,30</sup>. Debemos convencer a la sociedad de que resulta posible este marco de relación, sin olvidar por ello nuestras responsabilidades profesionales<sup>28,31</sup>.

## Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todos los médicos participantes, a la División de Atención Primaria del Institut Català de la Salut, y de manera especial a los Dres. Félix Badia y Elizabeth Turú, gerentes de l'Àmbit Costa de Ponent y los Directores de las SAP de dicho territorio. Nuestro agradecimiento a Carlos Valero por la profunda revisión del texto y su asesoramiento en bioestadística. Este trabajo fue autorizado por la Fundació Jordi Gol i Gurina.

## Bibliografía

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and type of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163:458-71.
5. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian generalpractice: an incident-monitoring study. *Med J Australia*. 1998;169:73-6.
6. Fischer G, Fetter MD, Munro AP, Goldman EB. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Family Pract*. 1997;45:40-6.
7. Silk N. An analysis of 1,000 consecutive UK General Practice Negligence Claims (an abridged version was published in the November 2000 issue of Health Care Risk Report). Unpublished report from the Medical Protection Society. London: Leeds, Medical Protection Society; 2000.
8. Sentinel Even Alert. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Oakbrook Terrace: JCAHO, 1998.
9. Suñol R, Bañeres J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*. 2003;14:265-9.
10. Elder N, Dovey S. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *J Fam Pract*. 2002;51:927-32.
11. Sánchez Amat M, Casajuana Brunet J, Pou Vila R, Ariza González F. Com ens equivoquem els professionals sanitaris d'atenció primària? *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*. 2004;22:123-4.
12. Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE. Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 2003;67:697.
13. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL Jr, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:233-8.
14. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M. Errors clínic percebuts pel metge de capçalera. *Salut Catalunya*. 1996;10:22-5.
15. Ely JW, Levinson W, Elder N, Mainous AG, Vinson DC. Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract*. 1995;40:337-44.
16. Reason J. Understanding adverse events: human factors. En: Vincent Ch, editor. *Clinical risk management*. London: BMJ Publishing Corp.; 1995.
17. De Pablo R, Domínguez J. Recursos humanos en atención primaria: evolución y situación actual. Una perspectiva de médicos asistenciales. *Centro de Salud*. 2002;10:210-2.

18. Carifio J, Rhodes L. Construct validities and the empirical relationships between optimism, hope, self-efficacy, and locus of control. *Work*. 2002;19:125-36.
19. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians's well-being and patient care. *Soc Science and Med*. 2001;52:215-22.
20. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1647-51.
21. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med*. 1991;325:245-51.
22. Borrell-Carrió F, Epstein R. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med*. 2004;2:310-6.
23. Borrell Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC Editorial; 2004.
24. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
25. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein R, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA*. 1997;278:502-9.
26. Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med*. 2004;350:69-75.
27. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Arch Intern Med*. 2002;162:1217-9.
28. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists in training. *Soc Scien Med*. 1984;19:135-46.
29. Mones J. Deontologia i errors mèdics. *Annals de Medicina*. 2003;86:134-7.
30. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodi M, et al. Patient safety: views of practicing physicians and public on medical errors. *N Engl J Med*. 2002;347:1933-40.
31. Woolf SH. Patient safety is not enough: targeting quality improvements to optimize the health of the population. *Ann Intern Med*. 2004;140:33-6.