



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Silva Mendonça, Vitor; Marconi Custódio, Eda
Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares
Revista Bioética, vol. 24, núm. 1, 2016, pp. 136-146
Conselho Federal de Medicina
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361544715016>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Matizes y desafíos del error médico en Brasil: las víctimas y sus miradas

Vitor Silva Mendonça¹, Eda Marconi Custódio²

Resumen

El error médico se refiere a una circunstancia que afecta a una persona como resultado de una operación médica basada en actitudes imprudentes, negligentes o de impericia. En Brasil se ha incrementado el número de casos, pero la discusión en relación a la víctima es casi inexistente. Este estudio tuvo como objetivo dilucidar algunos de los desafíos presentes en la situación de las víctimas de errores médicos. A partir del empleo de una entrevista semi-estructurada, fue posible el acceso a las experiencias de las víctimas y se logró una aproximación a los modos en que enfrentaron los desafíos impuestos. Se observó la perplejidad de estas personas al percibirse como víctimas y la dificultad en aceptarse en tanto tales. Las transformaciones impuestas por el error dieron lugar a cambios en los comportamientos y las actitudes, por ejemplo, la falta de confianza en los profesionales de la medicina. El sufrimiento y los sentimientos negativos comenzaron a formar parte de las vivencias de estas personas. Por lo tanto, es necesario crear estrategias de acompañamiento y cuidado de la salud mental de las personas afectadas por errores médicos.

Palabras-clave: Errores médicos. Estrés psicológico. Narración.

Resumo

Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares

O erro médico refere-se a circunstância que atinge a pessoa em decorrência de atuação médica baseada em atitude imprudente, negligente ou imperita. No Brasil tem crescido o número de casos, mas a discussão a respeito da vítima é quase inexistente. Este trabalho buscou delinear a perspectiva da vítima de erro médico. Utilizando uma entrevista semiestruturada, foi possível conhecer as experiências das vítimas e perceber de que maneira enfrentaram os desafios impostos. Observou-se a perplexidade ao descobrir-se vítima, e a dificuldade em aceitar-se como tal. As mudanças impostas pelo erro acarretaram transformações comportamentais e de atitudes, como a falta de confiança nos profissionais médicos. Sofrimento e sentimentos negativos passam a fazer parte da vivência dessas pessoas. Dessa maneira, é necessário criar estratégias que permitam auxílio e cuidado da saúde mental das pessoas envolvidas com o erro médico.

Palavras-chave: Erros médicos. Estresse psicológico. Narrativa.

Abstract

Nuances and challenges of medical malpractice in Brazil: victims and their perception

Medical malpractice refers to the circumstance of harming a person as the result of medical performance based on a reckless, negligent or inexperienced approach. In Brazil, while the number of such cases is increasing, discussion of the subject is almost absent. The present study sought to elucidate some of the challenges found in the situations of the victims of medical malpractice. The experience of the victims was accessed through a semi-structured interview. The confusion of individuals when they discovered they had become victims was noted, as well as a difficulty in accepting the status of victim. The effects of the malpractice led to transformations both in behavior and in attitudes, such as a lack of confidence in medical professionals. It is therefore necessary to create strategies to help and care for the mental health of victims of medical malpractice.

Keywords: Medical errors. Stress, psychological. Narration.

Aprovação 2277/Coep/FSP/USP 359-11

1. **Doutor** vitor.pospico@bol.com.br 2. **Doutora** edamc@cebinet.com.br – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Vitor Silva Mendonça – Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Cidade Universitária CEP 05508-030. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La ciencia médica evolucionó colocando un gran arsenal tecnológico en beneficio del ser humano, aunque también volviéndose más invasiva con mayores riesgos y daños al paciente^{1,2-7}. En Brasil crece abruptamente la búsqueda de intervenciones clínicas, cuyas causas divergen desde las necesarias hasta intervenciones destinadas a mejoras estéticas⁸. Paralelamente, crecen también los llamados eventos adversos, comúnmente designados errores médicos^{2,6,7-9-13}.

El error médico puede ser conceptualizado como *la conducta profesional inadecuada que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño a la vida o agravio a la salud de otros, mediante impericia, imprudencia o negligencia*¹⁴. Si el Código de Ética Médica (CEM) no ofrece ninguna definición, el artículo 1º del capítulo III destaca que está prohibido al médico *causar daño al paciente, por acción u omisión, caracterizado como mala praxis, imprudencia o negligencia*¹⁵. Hay tres maneras de clasificar el error médico:

- 1) Impericia – ignorancia, incompetencia, desconocimiento, incapacidad e inexperiencia en el arte de la profesión. Puede ser entendida como una situación en la que el médico realiza un procedimiento para el cual no está habilitado, correspondiendo a la falta de preparación técnica y/o práctica por insuficiencia de conocimiento;
- 2) Imprudencia – descuido, práctica de acción inconsiderada o precipitada, resultante de la improvisación del agente en relación al hecho que podía o debía presuponer. Es cuando la conducta médica conlleva riesgos al paciente, sin respaldo científico para su procedimiento. Un ejemplo es el cirujano que opera sin el diagnóstico correcto y sin la preparación adecuada del paciente;
- 3) Negligencia – no prestación de los cuidados necesarios al paciente, sugiriendo inacción, pasividad o acto de omisión, lo que implica descuido o falta de diligencia capaz de determinar responsabilidad por culpa. El olvido de gasas, pinzas o compresas en cirugías ejemplifica esa orden^{3,16-19}.

Un estudio que levantó encuestas sobre el error médico en bases de datos nacionales e internacionales constató que hay una gran concentración de investigaciones sobre el tema en países de Europa y América del Norte, indicado niveles de incidencia de error médico, con variación de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes sometidos a algún tipo de intervención médica¹². La producción científica acerca de la temática en Brasil, en el período de 2003 a 2012, alcanza 52 artículos que utilizan los descriptores “error médico”, “evento adverso” y “mala práctica”. Cabe destacar que esa cifra incluye trabajos de áreas afines a la medicina y al error

médico, por ejemplo, errores en la dosificación de fármacos y en la enfermería²⁰.

Incluso con los números de registro de errores en ascenso, no se sabe lo que realmente sucede con las víctimas; los estudios brasileños dan mayor énfasis al número de denuncias registradas en los consejos regionales de medicina (CRM), a los procesos disciplinarios aplicados, al perfil de los médicos denunciados, y ofrecen también algunas “reglas” importantes para que los médicos eviten y prevengan el error y no sufran inconvenientes^{2,13,14}. Es decir, la gran mayoría no aborda la subjetividad y cuestiones pertinentes a las víctimas.

El Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp) evaluó, entre los años 2000 y 2004, denuncias sobre errores de médicos paulistas al Poder Judicial. A pesar de la complejidad del sistema jurídico brasileño fueron encontradas 353 decisiones en la esfera civil y 23 en la esfera criminal. De ese total, cerca del 46% fueron favorables al paciente, siendo la indemnización por daños morales la especie más frecuente de condena aplicada a los médicos denunciados; es decir, la Justicia constató que el acto practicado por esos profesionales infligió dolor o sufrimiento a la víctima²¹.

Hoy el acontecimiento de errores médicos ha tomado grandes proporciones, principalmente por influencia de los medios, que desencadena una fuerte presión para que se descubra al culpable o la causa del error⁶. Aun así, se puede afirmar que los casos que ganan notoriedad y llegan al conocimiento público representan una pequeña parcela de muchos otros con perjuicios menores para los pacientes. Muchos médicos ni siquiera llegan a ser denunciados o investigados por los competentes legales⁹. Aunque tal disposición investigadora pueda ser considerada un primer paso para disminuir el dolor y el sufrimiento del paciente, deja en segundo plano, o pone de lado, la dimensión experiencial de la propia víctima del error médico.

Buscando dar voz a aquellos que fueron víctimas de situaciones desastrosas de esos eventos adversos, este estudio discurre sobre la necesidad e importancia de conocer el error médico en Brasil a partir del discurso de las víctimas, considerando la dimensión práctica, y de los desafíos impuestos a sus vidas.

Método

Se trata de una investigación cualitativa con personas víctimas de error médico en los estados de São Paulo y de Rio de Janeiro, con entrevistas realizadas

durante un año, entre octubre de 2011 y octubre de 2012. Inicialmente el único criterio de selección de los participantes era la comprobación del error médico por la Justicia común. Sin embargo, ese criterio no puede ser mantenido por la dificultad de contactar a las víctimas, muchas veces impuesta por abogados o instituciones de salud, que impedían el contacto. Otra dificultad estaba en la propia actitud de la víctima, que en varios casos no quería participar en la investigación. Fue posible entender, en la justificación del rechazo, que consideraban que su situación ya había sido ampliamente expuesta en los medios, sin que nada efectivo sucediese. Consideraban, por lo tanto, que no valía la pena una nueva exposición: ¿por qué sería diferente con esta investigación?

Ante esta constatación, percibida en la identificación de los entrevistados, el muestreo fue alterado; se prefirieron casos en que el acontecer del error médico había sido reconocido por la Justicia brasileña, no habiendo margen de duda en casos de error médico por cirugía realizada en un miembro diferente de aquel que debería pasar por la intervención. Del mismo modo la identificación de los entrevistados no consideró la gravedad del error, sino solo la comprobación de su existencia para la Justicia. Como elemento de comparación de los discursos fueron incluidos cuatro participantes que todavía no tenían decisión judicial sobre el error, cuyos procesos todavía se tramitaban.

La estrategia metodológica utilizada en la producción de las narraciones fue la entrevista en profundidad con guion semiestructurado, objetivando precisión en el análisis. Esa estrategia partía de la pregunta de lanzamiento: “¿Cómo ha sido su experiencia del descubrimiento del error médico hasta los días de hoy?” Las entrevistas fueron realizadas individualmente, con una duración mínima de cuarenta minutos y máxima de dos horas, en un lugar elegido por el participante, considerando, inclusive, la incapacidad de locomoción de algunos.

La encuesta involucró 12 entrevistados (5 hombres y 7 mujeres) con edades entre 25 y 72 años. Son personas de profesiones distintas y diferentes grados de formación, que van desde la enseñanza media incompleta a la superior completa. Se verificó que solamente cuatro consiguieron dar continuidad a sus rutinas laborales, mientras que las demás fueron impedidas por causa del error. El número de participantes siguió la lógica del muestreo por saturación, que permite la suspensión de las entrevistas cuando los datos obtenidos se repiten en la valoración del encuestador, pudiendo ser menor o mayor la cantidad de participantes que la inicialmente

propuesta. Cabe destacar que el argumento aquí se justifica por el interés del conocimiento profundo acerca de las sensaciones, emociones y pensamientos de los participantes que componen la muestra, que no objetiva generalización²².

Los 12 entrevistados residían donde ocurrió el error, cuatro en Rio de Janeiro y los restantes en territorio paulista. La recolección se inició en São Paulo, sin pretensión de incluir casos de Río de Janeiro. Sin embargo, ante la gran dificultad de contactar con las víctimas, sobrevino la necesidad de ampliar el ámbito de la colecta. La elección de Rio de Janeiro dimanó de la facilidad de contactar con las víctimas de error médico, por existir una organización no gubernamental (ONG) que se encarga específicamente de los errores médicos en el estado, lo que no existe en São Paulo. Esa ONG facilitó el contacto con las víctimas de casos judicialmente comprobados.

En Rio de Janeiro las víctimas fueron contactadas por intermediación de la ONG y en São Paulo por abogados especializados en ese tipo de casos, los cuales orientaron la identificación de decisiones finales de procesos públicos en la Justicia común. Desgraciadamente, el criterio de comprobación por los consejos regionales de medicina de Brasil no puede ser puesto en práctica en razón del precepto ético del CEM, que preconiza, en la mayor parte de los casos, el mantenimiento del anonimato de los profesionales investigados por esos órganos de categoría. Solamente uno de los 12 casos estudiados fue comprobado por el Cremesp y otros siete por la Justicia común.

Con el fin de proteger el anonimato de los entrevistados son identificados con otros nombres. Los errores de Márcia, Marília, Jorge, João y José tuvieron lugar en el sistema privado de salud; todos los otros en el sistema público (Cuadro 1, anexo). Para facilitar la comprensión del lector respecto al significado de cada exposición, además del nombre del entrevistado, se identificó el error del cual fue víctima.

En los casos estudiados no se percibió relación directa entre el tipo de error y las formas o grados distintos de rechazo o aceptación. Se puede suponer que la forma en que las víctimas lidian con el error tenga mayor relación con sus características particulares e individuales y menor relación con el tipo de error. Ante eso, se consideró desaconsejable establecer generalizaciones o comparaciones. Cada reacción fue particular, lo que refuerza la idea de que la respuesta es influida por la personalidad y el carácter personal.

Las entrevistas fueron grabadas y su transcripción, análisis e interpretación apoyadas en

presupuestos y conceptos oriundos de la obra de Walter Benjamin y de la analítica de sentido²³, que se presenta como camino para comprender la realidad, posibilitando la reconstitución de la experiencia. Tal método concibe la narración como forma artesanal de comunicación en la cual la materia prima son las vivencias, capaces de dar significado y contextualizar lo vivido, presentándose como registro de la experiencia. De este modo, narrar sería intercambiar experiencias, en la medida en que algo experimentado puede ser elaborado. A partir de la narración se puede abrir un espacio para que las experiencias sean contadas y las dificultades re-significadas²⁴.

Resultados

Las historias y casos ofrecidos son resultados de horas de narraciones de los participantes, que se dispusieron a relatar una fase difícil de sus vidas. Para muchos, esas circunstancias todavía no son recordadas como un trauma, marcadas por el sufrimiento y la profunda tristeza de tener que pasar por una situación provocada por un error médico. Los investigadores procuraron reconocer la importancia de la experiencia de cada víctima, valorizando el arte de narrar hechos, que viene siendo perjudicado por el exceso de explicación y la falta de interés en el intercambio de experiencias.

En este artículo son trabajadas las fases iniciales de la experiencia del error médico en la vida de las víctimas, es decir, las categorías del impacto del descubrimiento y de la forma en que la situación fue asimilada y encarada por las víctimas. El momento del descubrimiento del error es retratado con indignación y algunas víctimas todavía se encuentran perplejas ante la gravedad de lo ocurrido; parecen no creer que aquello realmente sucedió y que están obligadas a soportar las secuelas del error:

“Yo me quedé sin tierra firme. Me quedé sin saber lo que iba a hacer. ¿Por qué había sucedido aquello? Y hasta hoy sigo preguntándome: ‘¿Qué sucedió para estar pasándome esto a mí? Quiero decir, te desbarata toda la vida, ¿no? En los primeros tiempos acabas siendo dependiente de las personas para todo, desde cepillarte los dientes hasta ir al baño. Entonces, es muy difícil, porque tú quieres hacer las cosas y no lo consigues. Tú te quedas pensando: ‘¡Jolín, yo iba a hacer una cosa para mejorar y ahora me he quedado peor!’ Es difícil (...). Cuando me sucedió esto [la cirugía], yo tenía miedo de pasar la puerta del hospital. Me daba ese escalofrío, ese ataque de llanto. Eso turba la cabeza de la gente, que hace que la gente se quede dolida (...). Hasta que comencé a

caminar de nuevo, era como una niña aprendiendo a andar, es hasta divertido, ¿no? [risas]. Son horribles los primeros pasos. Tu autoestima está por los suelos. Tu mente se queda quebrantada” (Marina – operación de miembro equivocado).

El descubrimiento del error casi siempre fue realizado por la propia víctima o por otros médicos, responsables de los procedimientos posteriores. La gran mayoría de los profesionales que comente un error no asume el fallo delante del paciente, o cuando lo hicieron, en el caso de dos de ellos, no cumplieron su promesa de acarrear con las consecuencias ni con los gastos

El intento de registrar los fenómenos en cuadros referenciales que les den sentido hace parte de la estructura psicológica de los seres humanos. Muchas veces, ante lo nuevo, esa actitud revela el instinto de identificar y establecer relación de causalidad entre los acontecimientos, con el fin de inscribirlos en el rol de aquello que se conoce y se entiende. A pesar de restringirse a un fenómeno de sentido negativo, se observó en las narraciones que con las víctimas del error no fue diferente. Hallar lo que había provocado el error es una característica frecuente de los discursos:

“Mira, ya intenté colocarme en la situación del médico, pero no lo conseguí. Yo no sé si él estaba distraído, si llevó sus problemas al trabajo o si su carga es excesiva y estaba cansado, lo que acabó perjudicando en el momento de la cirugía. Pero, yo pienso así, principalmente para un médico que lidia con las vidas, él va a trabajar y los problemas tienen que quedarse de puertas para fuera. Ahora, si él estaba cansado, yo no lo sé. Tú intentas obtener una explicación, pero no la encuentras. Yo no sé lo que él tenía” (Marta – prótesis colocada inadecuadamente).

Después del descubrimiento del error surge otro desafío, según los participantes, que es conseguir un médico que acepte reparar el error de un colega de profesión. Tal situación es muy común en la realidad de la víctima y casi todos los entrevistados experimentaron eso. José llegó a relatar que, solo después de haber buscado doce médicos, encontró uno que aceptó examinar el estado de su ojo después del error. Las demás víctimas también enfrentaron la dificultad de conseguir un profesional de confianza, para que el error pudiese ser minimizado o reparado, si era posible.

Los sentimientos que las víctimas experimentan son únicos y particulares, sobre todo por causa de la forma en que conciben el error y aceptan su estado. De modo general, la gran mayoría tiene sentimientos de desesperación, rabia e impotencia:

“Mucho miedo. Y después rabia. Fue difícil librarme de eso... de ese sabor rancio. Fue difícil conseguir perdonar al doctor D [nombre del médico], que fue el primer médico. Fue difícil. Lo conseguí. Lo conseguí, pero no fue fácil. No fue fácil, modestia aparte, pienso que no es para cualquiera, no. Tuve una época, después de que yo estuviese así, en fase de habilitación, que volví a conducir, llegué a parar, hice eso dos veces, paré el coche en la puerta del hospital esperando que él saliese. Por suerte él no apareció, porque yo iba a hacer una... una locura. Yo me quedaba esperando: ‘Ese caradura va a pasar por aquí, voy a romperle las dos rodillas’. Llegué a quedarme en ese estado de agitación” (Jorge – prótesis colocada inadecuadamente).

Todos los participantes relataron que tuvieron dificultades para retomar sus vidas, con la diferencia de que, para unos fue más fácil, como Marília (procedimiento dermatológico inadecuado), que para otros, como João, que quedó parapléjico. La gravedad del caso de este último no le impidió retomar su cotidianidad; a pesar de la gran dificultad de volver, lo consiguió: *“luché con dificultades, pero volví”*. Tal situación refuerza la idea de que las características personales y la personalidad pueden tener mayor importancia en la forma en que los entrevistados lidian con la cuestión que el tipo de error.

Sin embargo, aun considerando esas diferencias individuales, se puede decir, en base al análisis de las narraciones, que las adecuaciones al nuevo estilo de vida impuesto afectan prácticamente a todos los ámbitos de la vida de los entrevistados. Casi todos relatan cambios que alcanzaban su desempeño profesional, causando dificultades y obstáculos que les llevaron a la improductividad y la incapacidad laboral.

Muchos sentimientos expresados por los participantes provienen del impacto que el error médico provocó en sus vidas. Esa situación produjo transformaciones y cambios inevitables no solo en la rutina, sino también en la manera de afrontar la vida. Fue posible percibir que algunas víctimas de volvieron más sensatas y exigentes en cuanto a los procedimientos médicos y a los eventos cotidianos en general. Otras afirmaron que experiencias de ese tipo promueven la valorización de la vida y, consecuentemente, un mayor aprecio y consideración por aquellos con los cuales conviven íntimamente, como la familia, por ejemplo.

“Yo no soy más que un paciente que se entrega ciegamente al médico. Yo me convertí en una persona extremadamente cautelosa con las reglas y los procedimientos. Hay una cosa que yo cambié también. Yo siempre prestaba atención, en mi adolescencia, para dejar pasar las cosas que sucedían. Tanto que

la médica cometió el error y yo lo dejé pasar. Marília ya no lo deja pasar. Marília cuestiona todo en su vida. Marília está atenta. Marília tiene cuidado, soy más cautelosa. En eso cambié mucho, no solo con relación a mí misma, sino también a quien quiero” (Marília – procedimiento dermatológico inadecuado);

“Entonces, ese golpe que yo padecí me hizo repensar en muchas cosas. Primero, yo daba mucho valor a la empresa y poco a la familia. Pero hoy doy más valor a la familia que a la cuestión profesional” (José – operación de órgano equivocado).

La postura crítica y la búsqueda de derecho y justicia son características que se vuelven más presentes en las víctimas. Justifican que eso se debe al hecho de que se sintieran engañadas, tullidas por mentiras y falsas declaraciones, de modo que pasaron a adoptar actitudes polémicas. El miedo de tener que volver para una nueva cirugía o someterse a otra intervención médica también es recurrente entre los entrevistados. Tal sensación parece evidenciada por el contraste entre la situación vivida y el recuerdo de la expectativa positiva en relación a la intervención antes del error. Ahora, además del recelo a someterse a otra intervención fracasada, se suma el hecho de que la cura sea improbable y la mejora apenas posible, reforzando el temor y la falta de confianza en el trabajo de otro médico que pueda atenderlos:

“Por eso, estoy intentando encontrar otro médico, no aquí, porque aquí ninguno me va a atender correctamente. Pero, ¿y el miedo de operar la otra? Yo tengo miedo de operar la rodilla correcta. Yo no sé ni lo que pensar. Hasta que coja confianza en un médico, y después de conversar mucho, sólo después pensaré si lo voy a hacer. Ahora, en este momento, si fuese para operar hoy, huiría del hospital y ninguno lo vería. Siento mucho dolor todavía, pero prefiero quedarme con el dolor que tener que pasar por todo eso” (Mariana – se operó de cataratas y quedó ciega).

Algunas narraciones también señalan la importancia y la necesidad de la prestación de cuidado psicológico a las víctimas, denotando que creen que ese servicio podría ayudarlas a superar barreras impuestas por el error y a desarrollar mejores condiciones para enfrentar la vida. Tal hipótesis parece ratificada por el discurso de aquellas que han recibido ese tipo de cuidados de salud mental, las cuales refuerzan la importancia del acompañamiento de un profesional de psicología. Esos entrevistados resaltaron su mejora, tanto en la aceptación de su nueva condición como en la superación de los desafíos presentados por las consecuencias del error médico.

Debate

Diversos autores destacan que, cuando el ser humano es atrapado por algo que no espera, su actitud inicial es de espanto y sorpresa, a veces con momentos de negación²⁵⁻²⁶. Sin embargo, pasada esa fase, la persona entiendo mejor la situación y comienza a vivirla de manera consciente, según es percibido en los entrevistados.

Lo que se desprende de las narraciones acerca del momento del descubrimiento es que la decisión de procurar comprender o definir la causa del error apenas suscita más dudas y ansia en las víctimas. La falta de información, diálogo y protección por parte de la institución o el profesional aparece en todos los relatos. Eso fue mencionado repetidamente, demostrando cuánto contribuye a aumentar el sufrimiento psíquico de quien es víctima del error médico. Las dudas generadas por esa situación se engrandecen hasta tal punto que hasta la presencia del médico en la sala de cirugía es cuestionada, pues fueron sedados sin al menos intercambiar una palabra o saber si el profesional estaba presente en el lugar.

Una visión amplia y antropológica sobre el sufrimiento indica que puede ser caracterizado como situación existencial que, antes o después, todo ser humano experimenta²⁷. Si poco es posible hacer para evitarlo, se puede, como máximo, minimizar las agruras inherentes al existir. Considerando esa perspectiva se puede definir tres pasos para lidiar con el sufrimiento:

- 1) Aceptarlo como algo presente, que se tiene necesariamente que encarar. Es el momento dramático de la existencia. La posibilidad de adoptar una postura positiva o negativa ante el sufrimiento da la libertad de crecer y madurar;
- 2) El sufrimiento te ofrece nuevas lentes para ver el mundo. Ante él, se renuncia a lo que era de suma importancia. El sufrimiento distancia a la persona de los deseos que hasta entonces gobernaban su existencia y eso puede contribuir a que se sienta más dueña de sí;
- 3) El sufrimiento, para tener sentido, no puede ser tomado como un fin en sí. Para combatirlo es preciso trascender el miedo²⁸.

Las narraciones también permiten percibir que los médicos tienen dificultades en admitir su fallo al paciente. Además de toda la desestructuración emocional a la que la víctima está sujeta en consecuencia del error, tal actitud solo agrava su sufrimiento, que se intensifica con la falta de apoyo, comprensión, respeto y ética por parte del responsable del tratamiento¹⁷. Cuando no es reglada por la confianza

mutua, que debe presidir el vínculo entre médico y paciente, la relación puede presentar formas típicas de ejercicio de autoridad, como órdenes y amenazas, lecciones de moral, atención impersonal y exclusivamente técnica, además de la tendencia a ignorar el problema del paciente, entre otras. Lo que se constató en este estudio es que la actitud más constante por parte del profesional en la situación de error médico es negar las percepciones del paciente, aunque eso signifique ignorar un cuadro clínico cuyas complicaciones indican nítidamente el error²⁵.

El error médico puede tener una influencia de orden personal o estructural. El orden personal es cuando la responsabilidad es única y exclusivamente del médico, muchas veces originaria de su propia falta de preparación, por irresponsabilidad o por motivos ocasionales. Los errores de esa categoría son siempre por impericia, imprudencia o negligencia. Los errores de orden estructural ocurren principalmente cuando la medicina es ejercida en condiciones precarias o con equipos chatarras, por descuido de los gobernantes o administradores del sistema en relación con la salud²⁹.

Una investigación inglesa admitió que el 16% de los pacientes hospitalizados son víctimas de algún tipo de error médico, y que la mitad de ellos es atribuida a deslices en los procedimientos que anteceden a la cirugía o a fallos de tecnología y equipamiento⁷. En Francia, el error médico es visto y estudiado con rigor y la Justicia ya identificó los errores más comunes en función de su tipología. Uno de cada diez pacientes hospitalizados es víctima de un error médico, pero el gobierno francés tiene desarrollado un arsenal regulatorio para protegerlos y para reducir el número de errores, evitando principalmente la jornada de trabajo excesiva para los médicos³⁰.

Un estudio realizado en Minas Gerais buscó conocer la percepción de estudiantes de medicina y de derecho en cuanto al nivel de interés e información sobre el error médico y la necesidad de abordar el tema en la graduación. Los autores consiguieron identificar que para más de la mitad de los participantes – 185 estudiantes de medicina y 119 estudiantes de derecho –, el gran motivo de interés por la temática está en el hecho de ser un asunto actual³¹. Los estudiantes creían que la influencia de los medios sobre la población y el aumento del número de facultades de medicina son factores desencadenantes de errores médicos, razón por la cual consideraban la necesidad de conocer y discutir el tema. El trabajo también indicó que una de las maneras de prevenir el error sería que los profesionales de salud practicasen una asistencia más humanizada y digna al paciente, fortaleciendo el vínculo entre médico y paciente, pautado por el respeto, la paciencia y la tolerancia³¹.

El aumento en el número de casos de errores médicos en Brasil ha llevado a una situación inusitada: la consolidación de la medicina defensiva, en la que el profesional, en el intento de protegerse, exagera en la petición de exámenes subsidiarios más sofisticados, se excluye de los procedimientos de alto riesgo y, a veces, recusa pacientes graves y con mayor potencial de complicaciones y secuelas. Esa forma de ejercicio de la medicina promueve que el médico adopte conductas teniendo en mente una posible necesidad de defensa ulterior y, así, estará resguardado en caso que un paciente se vuelva potencial enemigo, que quiera procesarlo⁵⁻³²⁻³³.

La actividad médica en Brasil cuenta con casi 433 mil profesionales registrados en 2015, una tasa de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, con distribución irregular de profesionales por el país. La mayor concentración está en la región Sudeste, con el 55,3% de los médicos de todo Brasil³⁴. La población brasileña se muestra cada vez más rigurosa en relación a los procedimientos médicos, exigiendo medicina de Primer Mundo. No obstante, no siempre los servicios están suficientemente equipados para atender tales demandas y el nivel de formación proporcionado por algunos cursos deja mucho que desear, permitiendo el aumento de eventos adversos, que denigran la imagen de la profesión³.

Aunque se pueda explicar el foco exclusivo en el perfeccionamiento técnico como consecuencia de la necesidad de alcanzar resolución ante el aumento de la demanda, tanto en la cantidad de asistencias como en la exigencia de calidad, tal convergencia ha provocado la deshumanización de la medicina, y su adopción no beneficia ni a médicos, ni a pacientes ni a la sociedad, como se podría esperar. La competencia técnica, indispensable para la buena práctica, es tan ansiada que llega a solapar otro aspecto fundamental de la profesión: las competencias ética e humana. La vinculación humanitaria debe ser la tónica de la relación entre médico y paciente, incluso considerando que la técnica mejor y la mejor aplicada debe orientar el tratamiento y los procedimientos curativos³⁵.

La formación en medicina debería tener dos funciones básicas: proporcionar al estudiante conocimientos científicos y técnicos esenciales para el ejercicio de la futura profesión; facilitar el proceso de madurez de una personalidad adulta y equilibrada, capaz de entender la compleja estructura biopsicosocial del paciente¹⁶. De los que se puede desprender de las narraciones de los entrevistados, ni uno ni otro de estos aspectos esenciales fue perfectamente contemplado en la formación profesional de aquellos que infligieron un error en sus pacientes.

No fue posible establecer una relación directa entre la forma de percibir el error médico y las

variables de género o relacionadas con la tipología de error; por otro lado, se verificaron diferencias significativas, asociadas a la situación económica y al grado de instrucción de la víctima, e identificadas a partir del tratamiento médico post-error. Tales variables parecen haber influido, inclusive, en la aceptación del problema. Se observó que las víctimas con enseñanza superior – Márcia, Marília y João – consiguieron un mejor acceso al tratamiento posterior al error. Márcia (operación de miembro equivocado) buscó un médico de una universidad paulista, Marília se hizo un tratamiento en Estados Unidos (EUA) para solucionar las secuelas del procedimiento dermatológico equivocado y João contaba con un fisioterapeuta particular para curar el problema derivado de la aplicación de anestesia en el lugar equivocado.

Esas víctimas son aquellas con mejor situación económica, lo que favoreció el acceso a buenos médicos y tratamientos. Cabe recordar que la definición de tratamiento utilizada se refiere a procedimientos destinados a minimizar los daños, incluyendo el acompañamiento psicológico que esas víctimas pudieran tener para ayudarlas en el proceso de aceptación. Diferentemente, los entrevistados que no tenían enseñanza superior ni poder adquisitivo tan alto – Mariana, Jairo, Marina y Maria – sufrieron el error médico en el servicio público de salud y de él continuaron dependiendo para conseguir un puesto para iniciar el tratamiento reparador. Cirugía de cataratas que llevó a ceguera; olvido de material quirúrgico dentro del cuerpo; operación de miembro equivocado; necesidad de cirugía ignorada por el médico – son esos los agravios que cada uno de ellos sufrió (respectivamente) y que no recibieron la debida atención de los servicios públicos, ni siquiera respecto al acompañamiento psicológico para el cual no tenían condiciones para pagar:

“Hace algún tiempo yo había hablado con mi madre de que me gustaría un acompañamiento psicológico, así que ocurrió [el error]. Solo que no lo tuve, porque para conseguir las cosas aquí es difícil, incluso cuando son necesarias [en el servicio público]. Es difícil. Entonces, ¿imaginas para conseguir un psicólogo? Creo que ese problema no es solo aquí, ese problema producido por el SUS es en todo Brasil, en todos los lugares. Pero yo pienso que ellos deberían tener un poco más de conciencia de que las personas que sufren un error médico acaban interrumpiendo su vida por un tiempo y necesitando apoyo” (Marina – operación de miembro equivocado).

De este modo, se desprende que existe una estrecha conexión entre el error médico y la situación económica de la víctima, principalmente en lo que atañe a la minimización de sus consecuencias y a las posibilidades de acceso a servicios de

salud. Por otro lado, a pesar de haber conseguido tratamientos bien diferentes a consecuencia de su nivel económico o educativo, las sensaciones subjetivas de los entrevistados ante los distintos tipos de error del que fueron víctimas, no presentan diferencias significativas. Todos se sintieron indignados, amedrentados, maltratados, desilusionados y desconfiados.

Así, independientemente de la gravedad e intensidad del error, se percibe que los sentimientos y las sensaciones subjetivas fueron similares o equivalentes. No hubo diferencias expresivas, todos sufrieron bastante por causa del error. Dependencia, impotencia, dificultad de aceptación e impedimento para trabajar fueron consecuencias experimentadas por todas las víctimas, en mayor o menor medida. Incluso los que consiguieron volver al trabajo lo hicieron con bastante dificultad, puesto que la “marca” del error perdura en sus vidas hasta el día de hoy, sin que prevean grandes facilidades para superarlo.

Otro dato significativo es que solamente uno de los entrevistados comprobó el error a través del CRM. Los demás, por iniciativa propia o de su abogado, prefirieron no someter el proceso a esa instancia, dirigiéndose directamente a la Justicia común. Cabe aquí recordar que en este estudio el criterio inicial de inclusión del caso era la comprobación del error médico, independientemente del órgano que lo juzgara. Por lo tanto, el foco de la investigación no era saber por qué la víctima entró en una instancia y no en otra. Sin embargo, lo que se extrae de las narraciones es que casi todos los entrevistados optaron por la Justicia común, teniendo en mira el retorno financiero para compensar los gastos de los tratamientos.

Los sentimientos manifestados por las víctimas expresan el sufrimiento psíquico que toda persona siente al descubrirse víctima de un error médico. Los discursos muestran que, a partir del momento en que pasan a ser víctimas, sus vidas son transformadas, regidas por otra lógica, basada en las pérdidas que afectan no sólo su cotidianidad y rutina, sino también la vida de las personas a su alrededor.

Consideraciones finales

El estudio realizado con estudiantes de medicina y derecho, mencionado anteriormente, confirmó que los alumnos de medicina ya manifestaban una preocupación por lidiar con el proceso por un error médico en la futura vida profesional. Es esencial tomar ese dato como referencia, vista la afirmación de los estudiantes entrevistados de que es imprescindible mejorar el abordaje de la legislación relacionada con la

profesión y con la ética médica³¹. La clase médica ya se encuentra alarmada en razón del número creciente de procesos éticos y judiciales, y aprensiva en cuanto a las consecuencias a las que las puniciones llevarían, lo que podría inhibir y amenazar el proceso científico, convirtiendo la medicina en una ciencia tímida y rutinaria³.

Respecto a la referencia realizada por las investigaciones mencionadas a la condición de los pacientes^{2,6,13}, se percibe claramente que la comunidad médica se está sintiendo reculada por el empoderamiento de los ciudadanos y el “fortalecimiento” de la participación social, factores que han contribuido a despertar en los individuos la noción de derechos. Tales aspectos, según los autores de estos estudios, volvieron al paciente más objeto y exigente. Para el paciente es importante comprender la relación de “poder” intrínseca al vínculo médico-paciente, pues le permite recurrir a acciones legales cuando percibe que fue lesionado por un error derivado del tratamiento médico.

Algunas instituciones desarrollaron órganos especiales para averiguar la situación del paciente. En 1999, los EUA crearon la Agency for Healthcare Research and Quality, destinada a investigar la calidad del cuidado médico y garantizar la seguridad del paciente. En 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud, se formuló la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente, que manifiesta una mayor preocupación de los prestadores de servicios médicos por el resarcimiento financiero por mala práctica y por la necesidad de indemnización³². En Francia, también en 2002, fue creado, por iniciativa del ministro de Salud, el Oficio Nacional de Indemnización de los Accidentes Médicos (Oniam), cuya finalidad es trabajar por las víctimas de algún agravio derivado de la atención médica y por la calidad del sistema de salud³².

Los servicios de apoyo a individuos que pasan por situaciones de estrés o traumas que marcan sus vidas son fundamentales para que las víctimas de errores médicos consigan afrontar la vida de forma menos negativa, dado que esos apoyos ofrecen escucha y atención. La psicología puede representar una de esas formas de apoyo, siendo el camino procurado por algunas víctimas. Los profesionales del sector pueden incentivarlas a buscar sus potencialidades y su autoconocimiento y así percibir la importancia de volverse capaces de actuar para mejorar sus vidas, incluso en circunstancias adversas²⁶⁻³⁶. Al hablar de apoyo y auxilio en los casos de error médico no se puede dejar de considerar la familia de la víctima y el propio médico, una vez que pueden precisar de ese apoyo por su involucramiento en esa situación difícil y delicada. Al final, ellos también se sienten emocionalmente sacudidos por

los acontecimientos y las proporciones que un error médico puede alcanzar.

Estudios sobre el asunto revelan, sin embargo, que tanto médicos como alumnos de medicina se muestran fuertemente renuentes a aceptar que necesitan ayuda, principalmente en cuestiones de índole emocional. Colocado en el foco del cuidado psicológico, el médico emocionalmente perturbado tiende a negar y esconder sus dificultades emocionales. Esos estudios muestran que, de hecho, niegan su sufrimiento incluso hasta a los amigos, la familia y a sí mismos. Ocultan sus problemas porque eso amenaza su derecho al ejercicio profesional, así como sus ganancias. Tienden frecuentemente a auto-diagnosticarse y auto-medarse y, cuando buscan ayuda, lo hacen de modo informal, con amigos y colegas de trabajo³⁷⁻³⁸.

Puede desprenderse del análisis de estos trabajos que, a pesar de que la morbosidad psiquiátrica está en alza entre los médicos y alumnos de medicina, son pocos los que realmente buscan ayuda. El prejuicio en relación a los problemas emocionales parece ser – efectivamente – una barrera que siempre ha alimentado ese impedimento. Evitar buscar ayuda apropiada se asocia también al hecho de que un problema de salud mental puede ser visto como debilidad, con repercusiones en el progreso de una carrera exitosa³⁸⁻³⁹.

Para enfrentar eso, algunas escuelas médicas han invertido en iniciativas que ofrecen recursos de apoyo a sus estudiantes, visto el desgaste emocional experimentado y sus implicaciones en la práctica profesional²⁵. Este es el caso de la Facultad de Medicina de la USP, que, en el empeño de promover el bienestar de sus alumnos y priorizar acciones dirigidas al cuidado más atento a la calidad de vida de los futuros médicos, creó el Grupo de Asistencia Psicológica al Alumno (Grapal), el Programa Tutores y la integración curricular de las disciplinas de humanidades médicas⁴⁰⁻⁴².

Finalmente, la posibilidad de trabajar con registros orales y las experiencias de 12 víctimas de errores médicos permitió expresar lo complejo de representaciones, significaciones y actitudes de esos sujetos en el actuar social. Al mismo tiempo, la analítica de sentido se presentó como camino para una mejor comprensión de esa realidad tan desconocida por la comunidad científica brasileña, particularmente por los estudiosos del área de salud e instituciones afines.

La gran cuestión y, al mismo tiempo, la dificultad de este trabajo es que éste no se resume a un estudio de casos, es decir, no se concentró en comparar los casos para, quién sabe, conseguir lidiar mejor con su objeto de investigación. La cuestión propuesta consistía en identificar las experiencias de las víctimas brasileñas de errores médicos y destacar a la comunidad científica que el sufrimiento de ellas crea nuevas demandas de investigaciones, revelando situaciones adversas que necesitan ser mejor estudiadas y trabajadas. Aquí no quisimos diferenciar la intensidad y gravedad de los errores, por más que eso fuese inevitable, sino dilucidar algunos de los desafíos de ser víctima de esos errores, específicamente en el momento de su descubrimiento y en las transformaciones comportamentales adivinadas posteriormente.

Aun así, diversos son los desafíos y limitaciones que se presentan en el abordaje del error médico, involucrando procesos en la Justicia común y en los consejos de medicina. La propuesta ofrecida aquí no pretende generar conflicto de intereses o cualquier tipo de agitación entre profesionales y pacientes, sino remarcar a la comunidad científica los perjuicios para la salud física y mental de personas afectadas por una situación cada vez más común en Brasil, señalando medidas de cuidado para minimizar el dolor y el sufrimiento de todos los involucrados en un error médico.

El artículo es fruto de la investigación realizada para la elaboración de una tesis de doctorado, desarrollada en el Instituto de Psicología de la Universidad de San Pablo, con el financiamiento del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Giostri HT. Erro médico à luz da jurisprudência comentada. Curitiba: Juruá; 2002.
2. Fujita RR, Santos IC. Denúncias por erro médico em Goiás. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(3):283-9.
3. Kfoury Neto M. Responsabilidade civil do médico. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.
4. Leape LL. A system analysis approach to medical errors. In: Cohen MR, editor. Medication errors. Washington: American Pharmaceutical Association; 1999.
5. Minossi JG. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. Rev Col Bras Cir. 2009;36(1):90-5.
6. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Rev Assoc Med Bras. 2003;49(3):335-41.
7. Weerakkody RA, Cheshire NJ, Riga C, Lear R, Hamady MS, Moorthy K et al. Surgical technology

- and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(9):710-8.
8. Santos Jr. JCM. Avaliação médica: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. *Rev Bras Coloproct*. 2006;26(1):70-85.
 9. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(4):261-8.
 10. Cernadas JMC. Participación de los pacientes y los padres en la prevención de los errores en medicina. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(2):97-8.
 11. Gomes JCM, França GV. Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas consequências. Montes Claros: Unimontes; 1999.
 12. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4):393-406.
 13. Udelsmann A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(2):172-82.
 14. Gomes JCM, Drumond JGF, França GV. Erro médico. Montes Claros: Unimontes; 2001.
 15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 90, 24 set 2009. Seção 1.
 16. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISPS, Santos LSC. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):223-8.
 17. Domínguez BNR. Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Rev Cub Salud Pública*. 2005;31(3):239-44.
 18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
 19. Souza NTC. Erro médico: conceitos jurídicos. *Revista Âmbito Jurídico*. 2006;9(32):1-2.
 20. Mendonça VS, Delamania RL, Carvalho JB, Custodio EM. Erro médico no Brasil: um panorama das publicações entre os anos de 2003 a 2012. In: *Anais do II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*: 2013 jul 4-6; Faro, Portugal. [s.l.]: [s.ed.]; 2013.
 21. Mansur NS, Oliveira RA. O médico e a justiça. São Paulo: Cremesp; 2006.
 22. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
 23. Critelli DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Educ Brasileira; 1996.
 24. Benjamin W. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense; 1994.
 25. Mello Filho J, Burd M. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 26. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
 27. Freud S. Além do princípio do prazer. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
 28. Morse JM, Carter B. The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *Sch Inq Nurs Pract*. 1996;10(1):43-60.
 29. França GV. Direito médico. Rio de Janeiro: Forense; 2010.
 30. Grange P, Papillon F. Erreurs médicales. Paris: NIL; 2008.
 31. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Figueiredo NSV, Barbosa TN, Silveira TG. Erro médico: a perspectiva de estudantes de medicina e direito. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):5-12.
 32. David G, Sureau C. De la sanction à la prévention de l'erreur médicale. Paris: Lavoisier; 2006.
 33. Minami CA, Chung JW, Holl JL, Bilimoria KY. Impact of medical malpractice environment on surgical quality and outcomes. *J Am Coll Surg*. 2014;218(2):271-8.
 34. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP/CFM/Cremesp; 2015.
 35. Miranda-Sá Junior LS. Uma introdução à medicina. Brasília: CFM; 2013.
 36. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 8-15, 21 jul 2005.
 37. Pereira Filho A. Análise das vulnerabilidades como facilitadoras da ocorrência de erros médicos no Estado de São Paulo (2000-2009) julgados pelo Conselho Regional de Medicina [dissertação]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
 38. Spencer J. Physician, heal thyself – but not on your own, please. *Med Educ*. 2005;39(6):548-9.
 39. Galam E. L'Erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.
 40. Souza EN, Gianini RJ, Azevedo Neto RS, Eluf-Neto J. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):684-91.
 41. Bellodi PL. O Programa Tutores e a integração dos calouros na FMUSP. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(3):204-14.
 42. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MT, Oliveira RA. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):112-21.

Participación de los autores

Vitor Silva Mendonça participou en el diseño, la recolección, el análisis de los datos y en la redacción del artículo. Eda Marconi Custódio orientó la investigación y la revisión del artículo.

Recebido: 30.7.2015

Revisado: 26.2.2016

Aprovado: 29.2.2016

Anexos

Cuadro 1. Descripción y situación de los casos de errores médicos, entre octubre de 2011 y octubre de 2012

Víctima	Descripción del error médico	Situación/instancia de proceso
Mariana	Cirugía de cataratas que llevó a ceguera	Comprobado/Justicia RJ
Marcela	Ausencia de médico responsable en el parto	Comprobado/Justicia RJ
Márcia	Operación de miembro equivocado	Comprobado/Justicia RJ
Marília	Procedimiento dermatológico inadecuado	Comprobado/Justicia SP y Cremesp
Jorge	Prótesis colocada inadecuadamente	Comprobado/Justicia SP
João	Aplicación de anestesia en lugar inadecuado	Comprobado/Justicia RJ
José	Operación de órgano equivocado	Comprobado/Justicia SP
Jairo	Olvido de material quirúrgico dentro del cuerpo	Comprobado/Justicia SP
Marina	Operación de miembro equivocado	En tramitación/Justicia SP
Marta	Prótesis colocada inadecuadamente	En tramitación/Justicia SP
Maria	Necesidad de cirugía ignorada por el médico	En tramitación/Justicia SP
Jeremias	Indicación de medicamento alérgico al paciente	En tramitación/Justicia SP

Guión de entrevista

Caracterización del participante:

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Escolaridad
- 4) Profesión/ocupación (si es jubilado, saber cuál era la ocupación)
- 5) Clase económica en la que la persona se considera
- 6) Estado civil

Cuestión de lanzamiento:

- 1) Hábleme de cómo ha sido su experiencia desde el descubrimiento del error médico hasta los días de hoy.

Aspectos a ser abordados en la entrevista:

- 1) Expectativas antes del procedimiento médico.
- 2) ¿Cómo fue descubierto el error?
- 3) Reacción del profesional después de lo sucedido.
- 4) ¿Le fue ofrecido algún tipo de ayuda o auxilio? ¿Quién se lo ofreció?
- 5) ¿El error interfiere en su vida? En caso de sí, ¿de qué forma?
- 6) ¿Percibe la importancia de la psicología para las víctimas del error?