

2a época

ISSN 1405-6704

R E V I S T A

**CONAMED**

Vol. 11, No. 4, octubre-diciembre, 2005

Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Memoria del  
Décimo Simposio  
CONAMED



**“El error médico  
y la seguridad  
del paciente”**

# Contenido

<b>Editorial.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo.	3
<b>Discurso inaugural del 10º Simposio de la CONAMED: El error médico y la Seguridad del Paciente.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo.	7
<b>Declaratoria Inaugural.</b> Acad. Dr. Julio Frenk Mora.	9
<b>Medicina basada en evidencias, ¿Es un nuevo paradigma en la práctica médica?</b> Acad. Dr. Luis Benítez Bribiesca.	12
<b>Estrategias para mejorar la seguridad. El caso de la República de Chile.</b> Dr. Fernando Otaiza O’Ryan.	16
<b>Seguridad del paciente: Enfoques y métodos para su control y mejora.</b> Dr. Pedro J. Saturno Hernández.	24
<b>La seguridad de los pacientes.</b> Acad. Dr. Enrique Ruelas Barajas.	27
<b>La calidad como medio para evitar el error en la atención gineco-obstétrica.</b> Mayor Médico Cirujano Santos Regino Uscanga Sánchez.	34
<b>Identificación y prevención de eventos adversos en hospitales de especialidad.</b> Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas.	36
<b>Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico.</b> Dr. Gabriel Manuell Lee.	41
<b>El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes.</b> Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg.	47
<b>Seguridad del paciente en hospitales de gineco-obstetricia.</b> Coronel Médico Cirujano Manuel Quirarte Medina.	50
<b>Seguridad en la terapia endovenosa.</b> Mary Alexander.	53
<b>Certeza jurídica ante el error médico.</b> Lic. Agustín Ramírez Ramírez.	58
<b>Seguridad del paciente en Ortopedia.</b> Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva.	64
<b>Seguridad del paciente en enfermería.</b> LEO Carolina Ortega Vargas.	67
<b>Seguridad del paciente en medicina de laboratorio.</b> Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González.	72
<b>Seguridad del paciente en pediatría.</b> Dr. Gabriel Cortés Gallo.	76
<b>El proceso de calidad en la atención como vía para evitar el error.</b> Dr. Juan Garduño Espinosa.	79
<b>Seguridad del paciente hospitalizado y del personal de salud.</b> Ing. Teófila Cadena Alfaro.	81
<b>Mensaje de Clausura.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo.	85

# Contents

<b>Editorial.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo.	3
<b>Inaugural speech of 10 ° Symposium of the CONAMED: The medical mistake and the Security of the Patient.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo	7
<b>Inaugural Declaration.</b> Acad. Dr. Julio Frenk Mora.	9
<b>Evidence based Medicine: A new paradigm in medical practice?</b> Acad. Dr. Luis Benítez Bribiesca.	12
<b>Strategies to improve the safety. The case of the Republic of Chile.</b> Dr. Fernando Otaiza O’Ryan.	16
<b>Security of the patient: Approaches and methods for control and improvement.</b> Dr. Pedro J. Saturno Hernández.	24
<b>The Patients Safety.</b> Acad. Dr. Enrique Ruelas Barajas.	27
<b>The quality like way to avoid the mistake in the gineco-obstetric attention.</b> Mayor Médico Cirujano Santos Regino Uscanga Sánchez.	34
<b>Identification and prevention of adverse events in speciality hospitals.</b> Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas.	36
<b>Response of Health Institutions before the medical mistake.</b> Dr. Gabriel Manuell Lee.	41
<b>The mistake in Medicine, its most frequent manifestations.</b> Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg.	47
<b>Patient Safety in Gynaecology and Obstetrics hospitals.</b> Coronel Médico Cirujano Manuel Quirarte Medina.	50
<b>Intravenous therapy Safety.</b> Mary Alexander.	53
<b>Legal certainty before the medical error.</b> Lic. Agustín Ramírez Ramírez.	58
<b>Patient Safety in Orthopaedics.</b> Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva.	64
<b>Patient Safety in Nursing.</b> LEO Carolina Ortega Vargas.	67
<b>Patient Safety in Laboratory Medicine.</b> Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González.	72
<b>Patients Safety in Paediatrics.</b> Dr. Gabriel Cortés Gallo.	76
<b>The process of quality in the attention as way to avoid the error.</b> Dr. Juan Garduño Espinosa.	79
<b>Hospitalized Patients Safety in and of the personnel of health.</b> Ing. Teófila Cadena Alfaro.	81
<b>Closing Message.</b> Dr. Carlos Tena Tamayo.	85

**Editor**

Dr. Carlos Tena Tamayo

**Editor adjunto**

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

**Consejo editorial**

Dr. Gabriel Manuell Lee  
Lic. Agustín Ramírez Ramírez  
Mtra. Celina Alvear Sevilla  
Lic. Octavio Casa Madrid Mata  
Dr. Renaldo Guzmán García  
Dr. Salvador Casares Queralt  
Lic. José Luis Ibarra Gil

**Comité editorial**

Ministro José Ramón Cossío Díaz,  
Dr. Alejandro Cravioto Quintana,  
Dra. Juliana González Valenzuela,  
Dr. Humberto Hurtado Andrade,  
Sr. Alberto Langoni Cirese,  
Dra. Luz Elena Gutiérrez de Velasco,  
Dr. Jaime Lozano Alcazar,  
Dr. Osvaldo Romo Pizarro,  
Dr. Carlos Sánchez Basurto,  
Dr. Julio Sotelo Morales,  
Dr. Ruy Pérez Tamayo,  
Mgdo. Jorge Rodríguez y Rodríguez,  
Dr. Norberto Treviño García Manzo,  
Dr. Armando Vargas Domínguez.

**Procedimiento editorial**

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa  
Dra. Esther Mahuina Campos C.  
L. E. O. Rebeca Victoria Ochoa

**Diseño y producción**

L. D. G. Mónica Sánchez Blanco

**Consejo de la Comisión Nacional  
de Arbitraje Médico**

Antrop. Raquel Bialik de Shkurovich  
Dr. Fernando Cano Valle  
Dr. Ángel Porfirio Cervantes Pérez  
Dra. María de la Luz García Alonso  
Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán  
Dra. Helvia Graciela Rodríguez Ortega  
Dr. Misael Uribe Esquivel  
Dr. Diego Valadés Ríos  
Dr. Rodolfo Darío Vázquez Cardozo

**Atención y asesoría**

**CONAMED**

**5420-7000**

**Lada sin costo:**

**01 800 711 0658**

**Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx)**

**Registrada en: Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias**  
(<http://dgb.unam.mx/periodica.html>)

**Latindex. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas**  
**de América Latina, el Caribe, España y Portugal**  
([www.latindex.org](http://www.latindex.org))

**Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas ([www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx))**

*Revista CONAMED* es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7032. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx) Página web: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) Publicación trimestral, Vol. 11, núm. 4, octubre-diciembre de 2005. Distribución gratuita. Proceso Editorial por la Dirección General de Difusión e Investigación de CONAMED. Editor responsable: Dr. Carlos Tena Tamayo. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso, Canal del Norte 80, Col. Felipe Pescador, C. P. 06280. Tiraje: 8,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente e informando a [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx)

## 10º Simposio CONAMED Dr. Carlos Tena Tamayo\*

Al igual que en años anteriores, el presente número de la Revista CONAMED, incluye la versión estenográfica de las presentaciones que nuestros eminentes invitados expusieron durante el 10º simposio Institucional.

Agradecemos a todos y cada uno de ellos que hayan realizado la revisión de esta transcripción con la finalidad de brindarle una mayor coherencia a la exposición realizada en el Auditorio Nanahuatzin del Instituto Nacional de Rehabilitación, los días 30 de junio y 1 de julio del presente año.

Mi gratitud al Instituto por la amable acogida que le han brindado a esta Institución durante los últimos tres eventos realizados en tan bello marco.

Esperando que las palabras de todos y cada uno de los expositores redunden en beneficio de los integrantes del equipo de salud y sus pacientes, ponemos a su disposición en éste cuarto número del 2005.

## Resúmenes curriculares de los profesores del 10º Simposio

*Medicina basada en evidencias ¿Es un nuevo paradigma en la práctica médica?*

**Acad. Dr. Luis Benítez Bribiesca.**

Médico Cirujano con Especialidad en Patología realizada en Estados Unidos y Postgrado de Investigación en Alemania. Fungió como Jefe de Patología en múltiples hospitales mexicanos y es Profesor de Patología en la Universidad Nacional Autónoma de México. Fundador y Director de la Unidad de Investigaciones Oncológicas en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es académico emérito de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía. Ha sido editor en Jefe de las Revistas Mexicana de Patología, la Gaceta Médica y Archives of Medical Research. Ha publicado 110 artículos científicos originales, 85 artículos de revisión y 9 libros sobre diversos temas médicos.

*Estrategias para mejorar la seguridad. El caso de la República de Chile.*

**Dr. Fernando Otaíza.**

Médico epidemiólogo por London School of Hygiene and Tropical Medicine y Especialista en Control de Infecciones con un amplio curriculum en el tema de la seguridad y las infecciones nosocomiales. Coordinador de Tecnología Sanitaria y Medicina Basada en Evidencia y Desarrollo de Estándares de Acreditación de Hospitales del Departamento de Calidad en Salud del Ministerio de Salud de la República de Chile. Ha representado a su país en diversas ocasiones ante instituciones de talla mundial como la Organización Mundial de la Salud y la Panamericana de la Salud.

*Seguridad del paciente: Enfoques y métodos para su control y mejora.*

**Dr. Pedro J. Saturno Hernández.**

Médico español Especialista en Medicina Preventiva, ha realizado estudios de Maestría y Doctorado en Salud Pública en la Universidad de Harvard, profesor de asignatura en Salud Pública en la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, Director de Maestría en Gestión de Calidad de la Universidad de Murcia. Ha sido profesor invitado en diversas Universidades de América Latina en temas de calidad. Ha publicado 10 libros, 11 capítulos, 3 prólogos y 83 artículos en diversas revistas en temas relacionados con calidad en la salud.

*La seguridad de los pacientes.*

**Dr. Enrique Ruelas Barajas.**

Médico por la Universidad La Salle, Maestro en Administración Pública por el CIDE, Maestro en Administración de Servicios de Salud por la Universidad de Toronto, Canadá, de la que es profesor adjunto, concluyó el programa de Alta Dirección en el IPADE. Es Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, Miembro Vitalicio de la Sociedad Internacional de Calidad en Atención a la Salud. Ha publicado 62 artículos sobre temas de calidad y salud en revistas nacionales y extranjeras. Actualmente es Subsecretario de Innovación y Calidad en la Secretaría de Salud.

*La calidad como medio para evitar el error en la atención gineco-obstétrica.*

**Mayor Médico Cirujano Santos Regino Uzcanga Sánchez.**

Médico Cirujano y Partero Militar, Especialista en Ginecología y Obstetricia, egresado del Hospital Central Militar, Escuela Militar de Graduados de Sanidad con subespecialidad en Ginecología Oncológica en el Hospital General de México. Así también participó en el diseño de diversos programas normativos así como en Normas Oficiales Mexicanas, ha desempeñado diversos cargos operativos y normativos en la Secretaría de la Defensa Nacional. Actualmente es Jefe del Departamento de Calidad en la Clínica de Especialidades de la Mujer y ha sido líder de planeación estratégica del Modelo de Calidad INTRAGOB.

*Identificación y prevención de eventos adversos en hospitales de especialidad.*

**Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas.**

Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna por la UNAM, ha ocupado diversos cargos operativos y directivos en el IMSS. Fue Director del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda en el Centro Médico Nacional Siglo XXI,

*Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico.*

**Dr. Gabriel Manuell Lee.**

Médico Cirujano por la UNAM, Especialista en Medicina Interna, Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna, es Maestro de Alta Dirección por el IPADE, Profesor de Maestría en la UNAM, ha ocupado diferentes cargos desde 1987 a la fecha en la Secretaría de Salud, Subdirector Médico, Director de Hospital del Instituto de Salud del Estado de México, Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y también ha sido Director General de Extensión de Cobertura. A partir del 2001, se desempeña como Subcomisionado Médico de la CONAMED.

*El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes.*

**Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg.**

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, Especialista en Medicina Interna, Certificado por el Consejo Mexicano de la especialidad, fundador de la Asociación Mexicana de Medicina Interna de la que fue Presidente, Profesor Definitivo de Asignatura de la Facultad de Medicina de la UNAM desde 1972, Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, investigador del IMSS desde 1983, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de 1989 a 1995. actualmente es Director General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud.

*Seguridad del paciente en hospitales de gineco-obstetricia.*

**Coronel Médico Cirujano Manuel Quirarte Medina.**

Médico Cirujano y Partero Militar Especialista en Ginecología y Obstetricia egresado del Hospital Central Militar, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Diplomado en Calidad Total por la Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental. Evaluador en el Programa de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Actualmente desempeña el cargo de Subdirector del Hospital de Especialidades de la Mujer en SEDENA.

*Seguridad en la terapia endovenosa.*

**Rn. Mary Alexander.**

Originaria de Boston Massachusetts. Enfermera Registrada por la Universidad de Emanuelle en Boston, Maestra en Ciencias, Jefe Ejecutivo de la Sociedad de Enfermeras de Infusión. Editora del Diario de Enfermeras Especializadas en Infusión. Redactora del Plan de Estudios de Enfermería de Infusión. Ha contribuido en dos capítulos de libros de texto de la Infution Nursing Society (INS) de terapia de infusión en la práctica clínica. Ha mantenido su certificación como enfermera de infusión, fue Presidente de la INS en el periodo pasado y recibió el Premio al Miembro Distinguido de la INS en 1992.

*Certeza jurídica ante el error medico.*

**Lic. Agustín Ramírez Ramírez.**

Licenciado en Derecho y Especialista en Administración y Finanzas Públicas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Diplomado en Derecho Tributario por el ITAM, Análisis y Diseño de la Comunicación Política por el INAP, Sistemas de Calidad por la UDLA, Prospectiva Política y Construcción de Escenarios por la UIA y Arbitraje Internacional por la Escuela Libre de Derecho. Egresado del Programa de Alta Dirección de las Entidades Públicas por el INAP. Es Profesor de Licenciatura en la Universidad del Claustro de Sor Juana y de Maestría en la Universidad Anáhuac Norte. Ha colaborado con el Gobierno Federal desde 1989 en la SEP, Contraloría General de la Federación, IMER y SEGOB. Actualmente es Subcomisionado Jurídico de la CONAMED.

*Seguridad del paciente en Ortopedia.*

**Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva.**

Médico Cirujano egresado de la UNAM Especialista en Traumatología y Ortopedia en el Hospital de Tlatelolco del IMSS, Director General Adjunto y médico ortopedista en el Centro Nacional de Rehabilitación, Profesor de la Clínica de Traumatología y Ortopedia de la UNAM, Profesor de la Clínica de Ortopedia y Traumatología de la Escuela Mexicana de Medicina de La Salle, Miembro de la Sociedad Mexicana de Ortopedia, del Consejo Mexicano de Ortopedia y la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos.

*Seguridad del paciente en enfermería.*

**LEO Carolina Ortega Vargas.**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, es Especialista de Postgrado en Enfermería Cardiovascular, Diplomada en Gestión de Calidad del Cuidado. Asesora del proyecto de evaluación de la calidad de los Servicios de Enfermería en la Comisión Interinstitucional de Enfermería, Directora Ejecutiva de la Revisa Mexicana de Enfermería Cardiológica, Tutor Clínico y Académico de la Especialidad de Enfermería Cardiovascular en la UNAM.

*Seguridad del paciente en medicina de laboratorio.*

**Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González.**

Médico Cirujano Especialista en Patología Clínica, ha realizado estudios de Maestría en Ciencias, Diplomado en Enseñanza de la Medicina, Calidad en las Instituciones de Salud y de Alta Dirección en el IPADE. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía de la que es Vicepresidente del Capítulo Centro y Coordinador de Guías Clínicas. Pertenece al Consejo Editorial de seis revistas médicas, es Catedrático Universitario, ha publicado más de 100 artículos, trabajos de investigación, de revisión y editoriales. Actualmente es Director General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

*Seguridad del paciente en pediatría.*

**Dr. Gabriel Cortés Gallo.**

Médico Cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato y Postgraduado en Pediatría. Coordinador fundador del Centro de Investigaciones Bioética en la Universidad de Guanajuato, Socio Numerario del Colegio de Peditras de Guanajuato, de la Federación de Pediatría del Centro-Occidente de México y de la Confederación Nacional de Pediatría de México. Es miembro de Número en la Academia Mexicana de Pediatría y actualmente es su Vicepresidente, es autor o co-autor de dos libros, 15 capítulos, 21 artículos médicos. Actualmente es Director Pericial en la Dirección de Arbitraje de la CONAMED.

*El proceso de calidad en la atención como vía para evitar el error.*

**Dr. Juan Garduño Espinosa.**

Médico-cirujano, especialista en Medicina Interna y Doctor en Ciencias Médicas por la UNAM. Curso el Diplomado de Alta Dirección en el IPADE y adiestramiento en Epidemiología Clínica en el Instituto Nacional de la Nutrición y en Economía de la Salud en el CIDE. Es Tutor Académico y Profesor Titular del seminario de investigación de la Maestría en Ciencias Médicas de la UNAM. Ha presentado 75 artículos de investigación sobre epidemiología clínica, calidad de la atención y economía de la salud, tiene 16 capítulos de libros y es co-autor de 4 libros. Ha desempeñado múltiples cargos en el IMSS. Actualmente tiene el cargo de Coordinador de Áreas Médicas en la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS.

*Seguridad del paciente hospitalizado y del personal de la salud.*

**Ing. Teófila Cadena Alfaro.**

Licenciada en Ingeniería Biomédica por la Universidad Autónoma Metropolitana, tiene Diplomado en Gestión Administrativa de instituciones de Salud por la Universidad La Salle y cursos de especialización en equipo médico en diversas instituciones. Es Profesora Titular de la Licenciatura de Ingeniería Biomédica de la Universidad Autónoma Metropolitana, profesora invitada de la Universidad Iberoamericana, el Tec de Monterrey y la Universidad de Argentina. Es autora de diversos artículos científicos sobre temas de biotecnología hospitalaria. Ha sido Jefa del Departamento de Ingeniería Biomédica del Instituto Nacional de la Nutrición y Subdirectora de Infraestructura y Tecnología Biomédica de Fundación Clínica Médica Sur. Actualmente Directora de Operaciones en el Hospital Médica Sur.

**Discurso Inaugural del X Simposio de la CONAMED: El Error Médico y la Seguridad del Paciente**

Dr. Carlos Tena Tamayo

Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, nos sentimos muy honrados con su presencia.

Dr. Jacobo Finkelman. Representante de la OPS/OMS en México, muchas gracias por su presencia y en especial por el apoyo recibido por usted y sus colaboradores.

Dr. Ángel Porfirio Cervantes Pérez, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, gracias por acompañarnos.

Dr. Luis Guillermo Ibarra, nuestro amable anfitrión por tercera ocasión, a nombre de participantes y la Conamed le reiteramos nuestro agradecimiento por sus atenciones, extensiva a todos quienes en esta institución hacen posible que hoy disfrutemos éste encuentro académico.

Señores Comisionados de los estados.

Presidentes y representantes de los Consejos y Sociedades Médicas del país.

Directores y representantes de los hospitales del sector salud.

Profesores extranjeros: Mary Alexander de los EUA, Pedro Saturno de Murcia España y Fernando Otaíza de Chile, muchas gracias por su tiempo y esfuerzo para acompañarnos.

Profesores Nacionales bienvenidos y gracias por su apoyo. Compañeros de la CONAMED. Señoras y señores.

Sean todos bienvenidos a éste X Simposio que la CONAMED organiza con el tema central del Error médico y la Seguridad del paciente, temas que van asociados a las acciones que cotidianamente revisa la Comisión y que son atendidas por la Secretaría de Salud del país.

A todos nos queda claro que el profesional de la salud está dedicado a buscar el beneficio para el paciente, tratando de restaurar su salud, evitar un daño mayor o aliviar su dolor. La sociedad le ha depositado su confianza con el convencimiento de que encontrará una atención profesional de calidad, por lo que estamos obligados a responder a esa confianza.

Por eso siempre llamaré la atención que la relación médico-paciente se vea descompuesta, que se encuentre en conflicto por la pérdida de la confianza sobretodo cuando es debido a un escenario pleno de equívocos, contradicciones y ambigüedades.

El error médico y la falta de seguridad para el paciente se pueden presentar por múltiples factores, algunos de ellos tienen su origen en el desacuerdo o discordancia clínica, en la falta de exactitud o certeza, o porque los criterios clínicos o procedimientos son inconsistentes, es decir, porque se carece de repetibilidad. En tales casos, el no concordar con el criterio de verdad universalmente aceptado y probado -

llamado estándar de oro- pudiera hacernos caer en una inexactitud, o el descuido llevarnos a una falta de certeza y generarse el error.

Ya se han fijado estándares de seguridad y se exigen en todo el orbe programas de calidad a las instituciones de salud, incentivando a quienes demuestren mejorar la seguridad. Las asociaciones de profesionales de la salud comienzan a tomar el tema en sus manos propiciando la capacitación de sus asociados, se evalúa y sintetiza mejor la evidencia disponible para evitar el error, se construyen con base en el conocimiento soluciones a la seguridad de los pacientes. Se trabaja pues en contar con sistemas seguros dentro de las instituciones de salud.

Recordarán ustedes el reporte del Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norte América de 1999 denominado "Errar es humano", que calculó que entre 44,000 y 98,000 personas mueren al año en los hospitales de ese país como resultado de diferentes errores en la atención médica. Ello conmovió al sector salud, ya que las cifras situaban a los errores médicos en la octava causa de mortalidad. La OMS en su 55ª Asamblea Mundial en 2002, informó las elevadas tasas de eventos adversos: entre 3.2% y 16.6%, llamando también la atención sobre las miles de personas que quedaron con alguna discapacidad permanente o transitoria como efecto de un error, demostrándose así la verdadera dimensión del problema. Ante tales evidencias, en octubre de 2004 se lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente.

En nuestro país la Secretaría de Salud, mediante la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud identificó las estrategias para el mejoramiento continuo de la atención, facilitando a las instituciones de salud el campo de acción propicio para elevar la calidad de la atención en las dimensiones técnica e interpersonal y por supuesto, para evitar errores y mejorar la seguridad de los pacientes. La Secretaría de Salud en 2005 se ha incorporado al programa de trabajo de la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente, el Dr. Enrique Ruelas, Subsecretario de Calidad e Innovación, en su conferencia nos podrá poner al tanto de dichas acciones.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico desde su creación ha estado inmersa en el estudio del error médico y por consecuencia en la prevención del mismo. Hemos analizado de fondo las quejas y diferenciado aquellas en las que existió error por mala práctica o sin ella, con esta valiosa información, desde el año de 2001 hemos construido junto con los expertos: médicos de las sociedades, consejos y las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, un nuevo conocimiento estratégico de carácter preventivo para evitar los errores, que se han denominado "Recomendaciones para mejorar la práctica médica".

Éstas son acciones sencillas, al alcance de cualquier profesional de la salud, que son sugeridas para mejorar la práctica profesional y contribuir en la seguridad del paciente,



y para evitar las actitudes que originan el conflicto con el paciente. Están fundamentadas en el análisis detallado de las inconformidades que se presentaron ante CONAMED.

Es decir, lo que hacemos en la CONAMED desde hace 4 años, es convertir la estadística institucional en conocimiento estratégico, en experiencia, para que otros profesionales de la salud no cometan los mismos errores, para que las instituciones observen sus deficiencias, para que el sistema se sensibilice a las necesidades de los pacientes y de los profesionales de la salud. Es una aproximación a la medición del error, habiéndolo reconocido. Los temas tratados se han seleccionado con base en su prevalencia, trascendencia e impacto en la atención de los pacientes.

Hasta el día de hoy se han emitido 17 recomendaciones dirigidas a las especialidades o padecimientos que con mayor frecuencia han sido motivo de presentación de inconformidades ante la Comisión, y las enumero a continuación: radiología, manejo de pacientes con cáncer, anestesiología en general y para pacientes pediátricos y de la tercera edad, odontología, pediatría, neonatología, obstetricia, ortopedia, enfermería, y recomendaciones específicas para el diagnóstico prenatal, urgencias pediátricas, terapia endovenosa, manejo de esguinces, lumbalgia y ortopedia.

Sabemos que la salud de un paciente puede paradójicamente empeorar por el manejo recibido en un hospital, y esto puede ocurrir debido a errores médicos, infecciones hospitalarias, o a deficiencias institucionales. Ahí radica la importancia del apego a procedimientos probados y adecuados, por lo que en éste rubro también hemos emprendido acciones, contribuyendo con las Academias Mexicana de Cirugía y Nacional de Medicina, en el soporte metodológico para la emisión de Guías Clínicas, que los expertos están desarrollando.

Pero los errores, pueden ser excusables cuando provienen de una equivocación del juicio clínico del médico o de complicaciones que ocurren al asumir riesgos inherentes propios de ciertas medidas terapéuticas o procedimientos diagnósticos, pero hay errores que son inexcusables porque provienen de una conducta negligente o imperita del médico, aunque también son inexcusables los errores que se originan en las deficiencias del sistema de salud, en la falta de procedimientos, en la mala organización, en personal mal capacitado o en la falta de recursos para dar una atención de calidad.

En la CONAMED analizamos los errores que ocasionaron daño y aquellos que sin causar daño pusieron en riesgo al paciente, y de este análisis se producen precisamente las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina.

Es decir, se trabaja por la seguridad del paciente cuando identificamos los errores, cuando aprendemos de ellos y cuando proponemos acciones concretas para prevenirlos, sin embargo, no todos los errores médicos son reconocidos y presentados como quejas, y por lo tanto no dejan ninguna enseñanza.

En diferentes países se invita a los profesionales de la salud a reportar en forma voluntaria y anónima los eventos adversos que conozcan, como una gran oportunidad de conformar una base de datos que ayude en la identificación del error y disminuir el daño al paciente, ésta propuesta también se hace desde la Secretaría de Salud de nuestro país.

De igual manera desde la CONAMED les proponemos, a los profesionales de la salud mexicanos, que registren en nuestra página los "errores", también de forma anónima, para que el conocimiento del error siga siendo un insumo que permita efectuar conjuntamente propuestas para prevención.

Cuando hablamos en el discurso del error, es algo abstracto, pero el impacto es mucho mayor cuando conocemos la historia que hay detrás de cada paciente, el sufrimiento del enfermo o su familia, cuando compartimos el enojo de quien ha sido dañado, sobretodo si advertimos lo que se debió haber hecho y no se hizo. Así se puede comprender porqué a pesar de que la gran mayoría de los más de casi 5 millones de egresos hospitalarios en el sector salud se realizan con éxito, nos ocupa atender aquellos pocos en donde el error inexcusable ocasiona algún daño.

Algunos ejemplos de casos de errores inexcusables relacionados con daño al paciente son:

1. Relacionados con el personal médico:
  - a) Se ha demostrado la presencia de sufrimiento fetal con daño cerebral por falta de seguimiento del trabajo de parto. Las razones: desde negligencia hasta falta de personal.
  - b) A una niña se le inició una intervención quirúrgica en la pierna izquierda cuando la enferma era la derecha. Afortunadamente sin mayor secuela que la incisión innecesaria.
  - c) Hay quien ha sufrido un Infarto al miocardio y la muerte por evaluación clínica incompleta que impidió el diagnóstico oportuno. Actualmente se trabaja para emitir la recomendación para evaluación del dolor torácico que evite dar de alta prematuramente a pacientes con posible cardiopatía isquémica aguda.
  - d) Hemos conocido de personas que terminan en estado de coma por la administración inadecuada de un anestésico. Las recomendaciones para prevenirlo ya se han emitido.
  - e) Varias personas han tenido una evolución indeseable por la utilización de una técnica quirúrgica inapropiada. También hemos emitido recomendaciones para varias especialidades quirúrgicas.
2. De los errores del personal de enfermería o técnico:
  - a) Hemos documentado amputación de dedo en recién nacidos por técnica inadecuada para retirar tela adhesiva que sujeta la venoclisis. Se emitió una recomendación específica al personal de enfermería para evitar este tipo de lesiones.

- b) Se ha dictaminado la presencia de lesión cerebral por caída de la camilla por no colocar los barandales. Tenemos lista la recomendación para proteger al paciente que se hospitaliza, sobre todo en los servicios de urgencias, en camilla.
- c) Se ha encontrado que algunos pacientes han sufrido una Infección abdominal post quirúrgica debido a olvido de gasas por equivocación en la cuenta de ellas.
- d) Documentamos una cirugía de cerebro del lado equivocado por rotulación cambiada de la señalización en la tomografía. Afortunadamente sin secuelas.
- 3. De la administración de los servicios de salud se ha documentado:
  - a) Pacientes con complicaciones por falta de insumos o equipo en el hospital.
  - b) Enfermos que han sufrido lesión cerebral por no percatarse de paro durante el procedimiento quirúrgico por ausencia del anestesiólogo en el quirófano, a veces por falta de personal y otras por falta de monitorización adecuada.
  - c) Pacientes que no han recibido una atención adecuada por retraso en su traslado a otro nivel de atención.
  - d) Pacientes que no han recibido el tratamiento o diagnóstico oportuno por diferimiento de citas debido a saturación del servicio.
  - e) Y hemos conocido de Infecciones hospitalarias por inobservancia de normatividad, en estos casos también hemos emitido una opinión técnica.

Como dije, conocer la historia personal detrás de cada error nos permite comprender la urgencia de atender este tipo de situaciones, debemos trabajar todos los días para que no se presenten.

También debo mencionar el gran número de médicos demandados sin que exista un acto de negligencia o impericia por parte del mismo. Y también hay que reconocer que detrás de cada médico hay una historia de prestigio y dedicación que muchas veces se ve lamentablemente perjudicada por una acusación sin fundamento, sin embargo, cuando ésta ocurre en la CONAMED el daño se amortigua, pues además de la confidencialidad, en la CONAMED tenemos asesores externos expertos que nos ayudan a encontrar la verdad relacionada con la *lex artis* médica ad hoc. No obstante, no dejaremos de insistir con los médicos de la importancia de mejorar la comunicación con el paciente, que además de ser útil para el propio paciente lo es también para la relación con el médico ya que está demostrado que inhibe las denuncias por existir por parte del enfermo, un mejor conocimiento de la evolución de la enfermedad, los riesgos de los procedimientos y el pronóstico real.

La seguridad del paciente siempre deberá ser un principio de actuación del médico, pues ya reza la máxima hipocrática: *primum non nocere*, primero no dañar.

Agradezco al Secretario de Salud, el apoyo para que las recomendaciones que la CONAMED ha elaborado sean impresas y difundidas ampliamente por la Secretaría de Salud, incluso se han aceptado para que sean utilizadas como material didáctico en la formación de especialistas.

Reconozco en todo el sector salud, la unión de esfuerzos para promover prácticas encaminadas a la seguridad del paciente, aunque identificamos que todavía hay áreas de gran oportunidad para que el impacto de las acciones preventivas sea mayor. Los convoco a mantener vivo el interés de trabajar por la seguridad de los pacientes. Y recordar las palabras del Sir Liam Donaldson, médico jefe del gobierno del Reino Unido: **“Error es humano, pero no reconocerlo y no prevenirlo es imperdonable”**.

### Palabras y Declaratoria inaugural

Acad. Dr. Julio Frenk Mora

Muchas gracias y muy buenos días a todas y a todos. Doctor Carlos Tena, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, gracias por la invitación a acompañarlos en la inauguración de este Simposio. Doctor Luis Guillermo Ibarra, nuestro anfitrión, me da mucho gusto, es mi primera visita a esta magnífica institución, ahora que ha dado el paso histórico de convertirse en el Instituto Nacional de Rehabilitación, es un merecido reconocimiento a la excelencia y al trabajo que se hace aquí y con ello, suman ya dos los institutos que en la administración del Presidente Fox se han establecido, el de Medicina Genómica y ahora el de Rehabilitación, con lo cual se enriquece esto que es la vanguardia y el ejemplo de nuestro sistema de salud. Doctor Jacobo Finkelman, representante de la Organización Panamericana y Organización Mundial de la Salud, bienvenido. El doctor Finkelman es un destacadísimo mexicano que ha hecho contribuciones fundamentales tanto en México como en el ámbito internacional y entiendo, es su primer acto oficial como representante de la OPS, de manera que nos da mucho gusto que sea en este contexto, sabemos que llevará muy en alto las enormes aportaciones que la OPS ha hecho a la salud en México.

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, señor Subdirector General Médico del ISSSTE, señores directores de hospitales e Institutos, colegas y amigos todos.

*“La moral médica empieza justamente en prestar al enfermo el servicio mejor que la medicina ofrezca, en responder a la confianza del enfermo que se entrega con los elementos más eficaces que la medicina tenga, que el límite de la capacidad de ayuda que preste el médico, sea el que hayan alcanzado los conocimientos de su tiempo y no de otro situado atrás que le fije su ignorancia”*. Estas sabias palabras fueron pronunciadas por el Maestro Ignacio

Chávez hace 4 décadas con motivo del Congreso Centenario de la Academia Nacional de Medicina. Su contenido, amén de mantener vigencia, resulta pertinente para el tema que nos congrega el día de hoy. Por eso es motivo de gran satisfacción estar presente en este simposio que además está muy próximo a la celebración el año que entra del Décimo Aniversario de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La creación de CONAMED ha sido un paso fundamental en el fortalecimiento de nuestro sistema de salud. Estamos en este momento inmersos en el proceso de llevar a cabo una reforma estructural de nuestro sistema de salud cuyo propósito fundamental es dar contenido concreto al derecho a la protección de la salud que está consagrado en nuestra Constitución desde el año de 1984 y es muy importante ver la aportación específica y vital que hace la CONAMED a este proceso de reforma estructural. Como dije, la base ética de la reforma es concebir el cuidado de la salud como un derecho humano, no como un objeto de intercambio mercantil, no como un privilegio corporativista, no como un acto de caridad o de acción asistencial discrecional del estado, sino como un derecho social fundamental. En la actual administración hemos hecho un esfuerzo por darle contenido operacional a ese gran principio que es el derecho a la protección de la salud.

Entendemos que hay 3 dimensiones fundamentales al derecho a la protección de la salud: Primero, es la protección de la población contra los riesgos a su salud, ésta es la obligación esencial, central de cualquier estado, es darle a sus ciudadanos la seguridad de que viven en un entorno que no va a lesionar su salud de manera involuntaria por el hecho de consumir un alimento, por el hecho de respirar el aire, por el hecho de entrar en contacto con una persona que no fue oportunamente vacunada y por lo tanto, recibir el impacto de un contagio, esa es la primera gran dimensión y en ella nos centramos alrededor de la prevención, la promoción de la salud, la regulación y el fomento sanitarios. Pero a pesar de todos los esfuerzos para prevenir y para proteger a la población de los riesgos, la enfermedad es un evento inevitable en la vida de todo ser humano y por eso la segunda dimensión del derecho a la protección de la salud, consiste en proteger los derechos de los usuarios en el proceso de recibir cuidado para recuperar su salud y aquí es donde CONAMED juega un papel absolutamente central en la protección de sus derechos inherentes, los derechos a la confidencialidad, a la autonomía en la toma de decisiones y el derecho a recibir una atención segura y eficaz y con trato digno.

Finalmente, la tercera dimensión del derecho a la protección de la salud, es la protección financiera. De nada serviría un sistema que fuera muy eficaz en prevenir los riesgos, que otorgara atención de muy alta calidad y proteger ese derecho a recibir atención eficaz, segura y con trato digno, si en el proceso de lograr esos dos aspectos las

familias se arruinaran económicamente al financiar este sistema de muy buena calidad. Por eso es que en esta administración hemos enfatizado que hay esa tercera dimensión que es la protección financiera y de ahí el gran esfuerzo por llevar a toda la población, los mecanismos de aseguramiento público a través de la introducción del seguro popular que viene a ser un tercer pilar junto con el IMSS y con el ISSSTE, ahora para proteger también a la población de trabajadores independientes que forman nada menos que la mitad de la población mexicana.

Con esas tres dimensiones, me parece que damos contenido concreto al precepto constitucional del derecho a la protección de la salud y lo quiero traer aquí para que se vea cómo el trabajo cotidiano de la CONAMED es una pieza central en el gran diseño de una reforma estructural que tiene como fundamento ético lograr el ejercicio real, cotidiano, no sólo el reconocimiento constitucional, sino el ejercicio real cotidiano de la salud como un derecho humano fundamental. Por eso felicito a CONAMED por estos años de servicio, porque sabemos además que desde su creación, la Comisión se ha enfrentado a temas de gran complejidad, que ha logrado sortear con enorme creatividad, con enorme serenidad estableciendo y desarrollando un modelo de arbitraje, un Modelo Mexicano de Arbitraje Médico que hoy incluso es objeto de creciente interés internacional y donde estamos de hecho, compartiendo la experiencia tan exitosa de CONAMED con otros países.

Con esta experiencia, con el apoyo de expertos en diversas ramas se han elaborado, publicado y difundido Recomendaciones y Guías Clínicas por especialidad como ya nos lo explicaba el doctor Tena, pero además siento que la capacidad y la actitud de todo el personal de salud, el personal médico, el personal de enfermería, todo el personal de las distintas profesiones asociadas a la salud, del personal técnico y auxiliar, que también ha sido determinante para lograr esta transformación en la percepción del paciente sobre la calidad y la seguridad y en aceptar estas instancias como las que ha establecido la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

La experiencia acumulada por la Comisión y su trascendencia como institución de buena fe comprometida con la sociedad, valida su actuación y se completa con las acciones para lograr un Modelo Nacional de Arbitraje Médico que permita la resolución expedita y transparente de los asuntos que son de su competencia o bien de la competencia de las comisiones estatales.

El enfoque que se ha adoptado para este simposio a fin de abordar el tema de la seguridad y el error médico, resulta creo yo muy afortunado, puesto que reconoce el origen multicausal de estos fenómenos, así como las diversas estrategias para su prevención y para su tratamiento, la identificación de las áreas con mayor riesgo y la instrumentación de medidas que den certidumbre a la calidad en la atención, pero además los temas considerados están

alineados con los compromisos que adoptó México en el marco de la *Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente*.

Esta alianza se crea dos años después de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el año 2002 en la que se aprobó una resolución sobre el tema que instaba a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente. A partir de esta resolución, se establecieron dos proyectos.

El primero es la *Seguridad para el Paciente* en todo el mundo que se centrará durante estos dos años 2005 y 2006, en las infecciones asociadas a la atención a la salud. El segundo proyecto es el denominado *Pacientes por la seguridad del paciente*, que está destinado a fomentar la participación de los enfermos, ya sea individualmente o agrupados colectivamente en la labor de la Alianza, también se impulsará una taxonomía de la seguridad del paciente con el propósito de armonizar conceptos, principios, normas y términos utilizados sobre el tema.

Otro programa más es la *Investigación para la Seguridad del Paciente* destinado a elaborar un mecanismo de evaluación rápida que se utilice en los países en desarrollo y efectuar estudios mundiales de prevalencia de los efectos adversos para conocer realmente la magnitud de este problema. La alianza promoverá las intervenciones ya existentes y coordinará las actividades en el plano internacional para lograr que las nuevas soluciones se apliquen en la práctica.

Además será un auxiliar de valor inestimable para formular directrices sobre prácticas óptimas para los sistemas de notificación existentes o que se creen en el futuro, facilitando así la extracción rápida de conclusiones a partir de la información disponible. En este sentido las acciones que ha desarrollado México a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud han sido fundamentales, y yo les recuerdo que la Cruzada rescata y se centra en las dos grandes dimensiones de la calidad. Por un lado, la dimensión técnica que comprende a su vez dos aspectos: la eficacia de las intervenciones y la seguridad de los pacientes. Por otro lado, la dimensión interpersonal que se centra en el trato digno a los pacientes y sus familiares.

De manera que el tema de la seguridad está en el corazón mismo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Por ello quiero insistir en que, al revisar el tema de la seguridad de los pacientes es necesario tomar en cuenta la multiplicidad de factores involucrados y eso hace que este simposio sea tan oportuno, porque en estos dos días se van a exponer aspectos trascendentes sobre la cultura organizacional, sobre el entorno social y sobre los recursos disponibles; es decir, hay que tomar en cuenta los factores sistémicos que determinan los grados de seguridad de los pacientes.

Estoy seguro que la discusión constructiva en este Simposio nos llevará a conclusiones enriquecedoras que

ratifiquen nuestro compromiso a favor de los usuarios de los servicios de salud.

El gobierno actual está dando el mayor impulso a la calidad en todos los órdenes y muy especialmente en el área de la salud, un tema estratégico es el de la calidad en la aplicación de las políticas públicas, y la Cruzada Nacional es el mejor ejemplo de esta preocupación del gobierno ya que tiene como principio rector el beneficio del paciente. Por eso el precepto de beneficio como guía de nuestra acción médica debe difundirse y promoverse en el ámbito de la atención y de la enseñanza.

Entenderlo a conciencia garantizará el bienestar del paciente pero además reforzará en la práctica el cuidado adecuado que debe imperar en todos los centros de atención.

La otra cara de la moneda de la seguridad es el error que debe concebirse como ya lo explicaba el doctor Tena, como la ocasión para hacer mejor las cosas. Su registro, su atención y su solución son prácticas indispensables para prevenirlo y erradicarlo de las áreas que, por su especialización técnica o por su dinamismo, son proclives a la comisión de estos errores. Y como también lo señala muy claramente el doctor Tena, hay que analizar, desde luego, los factores individuales, pero también el conjunto de factores sistémicos que crean el contexto institucional y social donde ocurren esos errores. De los errores aprendemos todos sus enfoques y valor, cualesquiera que sean sus causas, deben permitir la autocrítica y reforzar una actitud proactiva frente a ellos. El error, sin embargo, todavía es detectado generalmente, una vez que ha producido un mal al paciente y se ha generado un proceso de queja. De ahí la importancia de que en este foro cuenten con especialistas que van a compartir distintas experiencias para enriquecer nuestro conocimiento sobre este tema central.

Las ciencias que se relacionan con el ejercicio de la medicina son inherentemente complejas, están siempre acompañadas de un elemento afín que es la incertidumbre, esa es la esencia de nuestro quehacer; hay variabilidad biológica, la esencia del quehacer en las áreas de la salud es la incertidumbre. Los errores ocurren frecuentemente y si bien en la generalidad de los casos sus consecuencias suelen ser menores, no raramente son graves y pueden llegar a ser calamitosas tanto para el paciente como para el médico. Desde luego, en los millones de contactos que ocurren cada día entre los usuarios del sistema de salud y las instituciones e individuos prestadores de los servicios, la inmensa mayoría son resueltos a satisfacción plena de los usuarios, pero nosotros estamos en un sector donde los márgenes para el error son nulos. En esta actividad a la que nos dedicamos simplemente no hay consuelo en el hecho de que el error sea un evento raro. Para el individuo a quien le ocurre o que es víctima de un error médico, no es consuelo saber que está en una minoría estadística ínfima.

Es como el tema de la aviación, a los clientes de una línea de aviación que están involucrados en un accidente

aéreo, no les consuela el hecho de saber que fue un evento relativamente raro, muy raro, porque aquí los márgenes de seguridad tienen que dar certeza, certidumbre al 100 por ciento de la población. Sabemos que ese es un “desideratum”, quizás inalcanzable, pero sí está en nuestras manos crear las condiciones estructurales para minimizar la ocurrencia y la severidad de los errores.

Por eso tenemos la obligación, el imperativo ético y profesional de prever los errores y lograr la aplicación del conocimiento científico y nuevas tecnologías para disminuir los eventos adversos.

El advenimiento de los nuevos conocimientos, estoy convencido, trae inevitablemente variaciones y mejoras en los modelos de atención y estoy seguro que el sello que le imprimamos a nuestra labor cotidiana, de compromiso con la prevención y la corrección de los errores, será motivo no solamente de un gran beneficio social, sino también de una mayor satisfacción en el cumplimiento de nuestro deber como profesionistas.

Colegas, por el alcance y magnitud de la nueva cultura de la salud, que es base primordial de la reforma estructural del sistema de salud que está en curso actualmente, este Simposio nos ofrece la posibilidad de capitalizar el conocimiento sobre un tema verdaderamente crucial. Yo los invito a reflexionar sobre la naturaleza compleja de la práctica médica y a renovarla cotidiana y permanente para que del error encontremos el germen del aprendizaje compartido, porque la seguridad del paciente se vuelve nuestra divisa inquebrantable.

Permítanme concluir recordando una vez más las palabras del maestro Ignacio Chávez, dijo él: *“Ser médico no entraña la obligación de ser sabio o figura eminente, pero sí un profesional limpio, laborioso y merecedor de la confianza de sus enfermos y del respeto general.”*

Ser médico reclama la aceptación plena irrestricta de su responsabilidad frente al enfermo. La que se sintetiza en la noble sentencia de Louise Port: *una confianza frente a una conciencia*. En la medida en que nosotros hagamos todo nuestro esfuerzo para elevar y garantizar la seguridad de nuestros pacientes, estaremos ganándonos esa confianza y haciendo honor a la conciencia que debe ser el sello de nuestra actuación profesional.

Con este espíritu, yo les invito a que se pongan de pie para proceder a la inauguración formal. Hoy 30 de junio del 2005, me es muy grato declarar formalmente inaugurado el Décimo Simposio de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, dedicado al Error Médico y la Seguridad del Paciente. Estoy seguro que estas jornadas de análisis y reflexión constructiva serán del mayor beneficio para nuestra sociedad y serán una contribución más de México al debate mundial sobre un tema crucial de nuestros tiempos.

Muchas gracias y tengan mucho éxito.

## La medicina basada en evidencias, ¿Nuevo paradigma de la enseñanza médica?\*

Dr. Luis Benítez-Bribiesca

\* Reproducido con permiso de la Revista Gaceta Médica de México y con autorización de la Academia Nacional de Medicina. Publicado en Gaceta Médica de México Vol. 140. Suplemento 1, 2004.

En los últimos diez años se ha generado un gran entusiasmo relacionado con lo que parece ser una nueva tendencia en la práctica clínica y en la enseñanza de la medicina que se ha dado en llamar “Medicina Basada en Evidencias”. Esta aparentemente innovadora tendencia se ha diseminado rápidamente en la comunidad académica médica y ha fomentado la aparición de numerosos programas de pregrado y posgrado, de nuevas revistas y de numerosos talleres. Este gran entusiasmo por lo que parece ser una novedosa forma de ejercer la medicina, no ha sido apagado por ninguna de las numerosas críticas al respecto.

**Definición.** El término de “medicina basada en evidencias” fue acuñado en la Escuela de Medicina McMaster en Canadá para definir una estrategia de aprendizaje desarrollada en esa escuela. Esta técnica pretende diseñar la forma más juiciosa y científica de obtener la mejor evidencia publicada en la literatura médica para apoyar las decisiones médicas que se toman ante el paciente individual.

De acuerdo a Davidoff y cols. la MBE se basa en cinco ideas fundamentales: primero, las decisiones clínicas deben de basarse en la mejor evidencia científica disponible; segundo, el problema clínico debe determinar el tipo de evidencia que se busca; tercero, para identificar la mejor evidencia deben de usarse criterios epidemiológicos y bioestadísticos; cuarto, las conclusiones que se obtengan del análisis de la evidencia serán útiles solo si se aplican a los pacientes o para decisiones del cuidado de la salud y finalmente su práctica debe ser constantemente evaluada.

Como se verá, es claro que la idea central de “evidencia” es sólo aquella investigación que esté fundamentada en criterios epidemiológicos y bioestadísticos y está deberá ser aplicada directamente al paciente.

Esta estrategia emergió como una respuesta a la dificultad que existe para seleccionar los datos más confiables y serios de la gran cantidad de literatura biomédica y clínica que se publica en el mundo. Con esta técnica se provee un método estándar que permite obtener los datos más confiables de los resultados de investigaciones diagnósticas y terapéuticas que se publican en casi 25,000 revistas biomédicas. Las habilidades requeridas para desarrollar el enfoque crítico que requiere la selección de los mejores datos publicados son realmente muy simples y están basados en métodos disponibles actualmente de epidemiología y de investigación

clínica. Para ello simplemente se recurre a seleccionar los estudios aleatorizados, los meta-análisis y las revisiones sistemáticas. Esta información es la que debe ser usada por el médico practicante para responder en forma precisa las dudas y resolver los problemas relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cada paciente.

**La medicina siempre se ha basado en evidencia.**

Visto desde esta panorámica, la medicina basada en evidencias no es más que un método refinado para seleccionar la literatura médica de acuerdo a las reglas más estrictas de la epidemiología clínica moderna y de su uso en la práctica clínica. Pero cabe preguntarse si realmente esta metodología constituye una nueva forma de practicar la medicina. Esta pretensión implica que la medicina era, hasta antes de aparecer esta técnica, una práctica que no recurría a la evidencia y que solo estaba fundada en la autoridad y la experiencia del clínico. Por lo tanto parece ignorar la historia de la medicina en donde se ilustra la lucha continua para obtener la mejor evidencia disponible para estudiar y tratar a los pacientes. Hipócrates fue seguramente el primero que rescató a la medicina de la magia y la brujería al eliminar las causas sobrenaturales de la enfermedad sustituyéndolas por la observación directa del paciente, es decir buscando la evidencia clínica. Galeno por su parte, fundó toda su visión médica con el estudio de los animales, confrontándola con la experiencia y práctica clínica. Vesalio proveyó la mejor evidencia para sustituir el dogma Galénico por medio de descripciones anatómicas precisas; Harvey introdujo la pesquisa científica para la explicación de la circulación sanguínea: Morgagni desarrolló un método para entender las bases anatómicas de la enfermedad a través de autopsias y de la correlación clínico-patológica. Virchow introdujo el análisis microscópico de los tejidos y el concepto de patología celular para explicar los mecanismos de la enfermedad. Pasteur y Koch descubrieron el origen bacteriológico de la enfermedad y Bernard descubrió los mecanismos fisiopatológicos de los procesos morbosos. Ehrlich y Lasteiner abrieron el campo de la inmunología y desde el principio del siglo pasado, numerosos descubrimientos bioquímicos contribuyeron al mejor entendimiento y desarrollo de un sinnúmero de pruebas de laboratorio para estudiar al paciente. En la segunda mitad del siglo XX, la genética molecular cambió la forma de estudiar a la enfermedad y ha traído numerosas promesas para el diagnóstico específico y la terapéutica de los padecimientos. Aún más, la epidemiología, aunque ha alcanzando un desarrollo excepcional en nuestros días con el uso de instrumentos matemáticos y estadísticos, realmente proviene desde los clásicos estudios de Ramazzini en el siglo XVIII. Todos estos grandes aportes a la práctica médica buscaron generar un gran cúmulo de evidencias que ahora siguen usándose para el estudio y tratamiento de los padecimientos. Cuando la medicina a fines del siglo XIX incorporó los conocimientos y prácticas científicos, se preocupó fundamentalmente por

obtener la evidencia más sólida para la comprensión y terapéutica de la enfermedad de acuerdo a los conocimientos de la época.

Con este breve y sintético recorrido histórico, resulta claro que la medicina siempre ha estado basada en la evidencia, pero que ésta ha evolucionado y progresado a través del tiempo de acuerdo a los desarrollos científicos y tecnológicos. Actualmente la evidencia que se obtiene de los pacientes además de la historia clínica convencional se hace a través de la inspección directa con endoscopia, por medio de múltiples técnicas imagenológicas, por registros eléctricos variados, a través de cientos de pruebas bioquímicas precisas y ahora con el auxilio de la tecnología que ofrece la genética molecular. El armamentario de que dispone ahora el clínico y los datos que pueden ser obtenidos es tan basto que constituyen un reto, no tanto para ofrecer evidencias, sino para integrar toda esta información y usarla de métodos epidemiológicos o de estudios aleatorizados; ya Claude Bernard afirmaba con cierto sarcasmo que “siempre que se excite el ciático se contrae el músculo gastrocnemio; ello no requiere de estadística”.

**No es un paradigma.** Pretender que la MBE constituye un nuevo paradigma resulta demasiado pretencioso y revela una gran ignorancia de sus proponentes respecto a lo que constituye una revolución científica y un paradigma. El concepto de paradigma científico fue introducido por Thomas S. Kunn en su conocido ensayo “La estructura de las revoluciones científicas”. De acuerdo a este autor, un paradigma es un conjunto de reglas, leyes y teorías que constituyen un marco de referencia dentro del cual la ciencia normal progresa como un proceso acumulativo. Cambiar un paradigma es ofrecer un marco de referencia diferente que sustituye la visión científica prevalente por uno nuevo capaz de abrir otros horizontes al conocimiento permitiendo con ello el avance de la ciencia por nuevos derroteros. Los ejemplos más conocidos de cambios de paradigmas son aquellos de Galileo, Newton, Eistein, Maxwell, Planck y Heisbenberg.

Cada uno ofreció un nuevo paradigma que permitió ampliar el conocimiento de los fenómenos naturales en otras dimensiones, algo que no pudiera haberse logrado de persistir en las teorías y leyes preexistentes. En medicina se pueden identificar claramente numerosos paradigmas que cambiaron radicalmente la forma de entender a la enfermedad. A guisa de ejemplo podemos citar a Pasteur y Koch quienes introdujeron la teoría bacteriana de la enfermedad, Claude Bernard, la fisiopatología; Cajal la teoría neural; Cannon, el concepto de homeostasis y Pauling el de patología molecular. Estos constituyen los descubrimientos fundamentales que permitieron el avance de las ciencias biomédicas por diferentes rutas y que transformaron a la medicina en la más joven de las ciencias. El cambio de paradigmas y la emergencia de otros que ofrecen vías alternativas para entender los fenómenos naturales en un

campo determinado es lo que constituye una revolución científica.

Resulta claro que la MBE no tiene ni remotamente las características de un paradigma ni menos aun la de una revolución científica o ideológica. Por el contrario esta tendencia no es más que una contribución metodológica modesta orientada a mejorar la forma de obtener y seleccionar la mejor información publicada en el amplio campo de la epidemiología y pruebas clínicas aleatorizadas para poderlas aplicar a la práctica médica cotidiana. No constituye siquiera una técnica novedosa ni una tendencia médica moderna.

**Que es la evidencia.** Al definir el tipo de evidencia que usa esta metodología, se prefiere aquella obtenida por métodos específicos como los metanálisis y estudios aleatorizados, marginando así cualquier otro tipo de evidencia obtenida por otros métodos. En esta forma los estudios observacionales, etnográficos y la experiencia clínica pasan a ocupar un nivel secundario y en muchos casos a ser ignorados. En verdad en numerosos estudios no se ha podido demostrar que las pruebas al azar y los metanálisis sean consistentemente mejores que otros tipos de investigación de buena calidad clínica. Uno de los mejores ejemplos de esta falta de consistencia se encuentra en la gran discrepancia de los estudios de mamografía y su impacto en la detección oportuna de cáncer de mama.

Otra crítica acerca de este tipo de evidencia es que sólo puede responder a preguntas para las cuales se ha diseñado y no para resolver problemas de poblaciones pequeñas o aquellas que necesariamente requieren de una evaluación subjetiva o de métodos cualitativos. Aun más, los métodos epidemiológicos y estadísticos no permiten conocer y estudiar detalles clínicos importantes porque sus resultados tienden a promediar las situaciones encontradas en grandes grupos de estudio. Es evidente que hay otras fuentes y tipos de evidencia clínica útil para la práctica médica que deben de ser usados y tomados en cuenta como se ha hecho a través de la buena práctica clínica desde hace casi un siglo. Las observaciones individuales son útiles en tanto que son capaces de retar a la teoría y de reemplazarla por otra mejor, con lo que es posible realizar más observaciones detalladas y de mejor calidad. La MBE ignora este intercambio esencial entre la observación y la teoría y se sesga exclusivamente a las observaciones generales basadas en estudios epidemiológicos. Por esta razón, algunos críticos califican a esta metodología como poco científica o inclusive como anticientífica. Elevar la observación por encima del entendimiento como base del conocimiento como base del conocimiento médico es sacar a la medicina de su fundamento científico.

**El papel de la MBE en la práctica.** Cualquier médico graduado de escuelas de medicina calificadas y particularmente aquellos que han obtenido su residencia de especialidad en hospitales de buen nivel académico,

deben de tener el entrenamiento adecuado para buscar la mejor evidencia científica en la literatura médica prevalente. La metodología para obtener las mejores publicaciones ha sufrido también una evolución progresiva.

Primero era la búsqueda individualizada de la revista en las bibliotecas respectivas. Después se idearon los "journals clubs" y luego aparecieron los "year books", donde se seleccionaba lo más relevante de la literatura médica. Ahora disponemos de bases de datos y acceso a Internet, así como de conferencias virtuales y seminarios.

La enseñanza de la medicina siempre estuvo basada en tres actividades fundamentales que permita la identificación y aprendizaje de los errores en las actividades hospitalarias, y que son a) las visitas diarias b) los exámenes posmortem y c) los comités de morbilidad y mortalidad. En todas estas actividades siempre se incluía una búsqueda, aunque fuera somera de la bibliografía actualizada sobre el tema. Ahora la MBE propone una serie de reglas que ayudan a seleccionar la mejor información basándose predominantemente en los metanálisis y los estudios aleatorizados. Pero esta serie de reglas sistematizadas no ha alterado ni añadido nada a las bases fundamentales de la medicina moderna. Más aún, no ha sido capaz de modificar la forma de estudiar a los pacientes, ni ha ofrecido nuevas formas de tratamiento, ni ha sido capaz de abrir nuevos campos en la medicina tal como ocurre con los cambios de paradigmas.

El ingenuo ejemplo que señala el grupo promotor de la MBE para demostrar la diferencia entre el enfoque "tradicional" y el "moderno", ilustra claramente cuan inapropiado es considerar a este método como un nuevo paradigma en la práctica de la medicina". El escenario clínico es el de un paciente de 43 años que tuvo una convulsión de gran mal sin historia previa de trauma craneano, epilepsia, o adicciones y sin ninguna alteración patológica a la exploración física, ni en la tomografía ni en el EEG. En la condición tradicional, el médico trata al paciente con fenitoina intravenosa y le prescribe esa medicación por vía oral. Al paciente se le recomienda continuar con ese tratamiento, no conducir y continuar con su médico familiar para su control. En el nuevo escenario la única diferencia es que el clínico a cargo realiza una búsqueda computarizada de la literatura y encuentra que después de un período libre de convulsiones de más de 18 meses, el riesgo de la recurrencia de ese trastorno será menor de 20%. Esta información se le hace saber al paciente, junto con la recomendación de continuar tomando este medicamento, de recurrir a su médico familiar regularmente y de revisar la necesidad de continuar con el medicamento si no presenta nuevas convulsiones. Se dice que ahora el paciente tiene la idea precisa de cual es su verdadero pronóstico comparándola con la incertidumbre que genera el enfoque tradicional. El único agregado que se hace en este nuevo enfoque es el obtener la información precisa de la probabilidad de recurrencia de

las convulsiones en este caso. Sin embargo, la MBE no provee ningún nuevo método para llegar a un diagnóstico más preciso, como fueran las causas metabólicas o sicosomáticas de las convulsiones. Tampoco orientó al médico acerca de la realización de otras pruebas o de buscar otros tratamientos alternativos, ni le alertó acerca de los efectos secundarios de un tratamiento prolongado con fenitoina. Es muy cuestionable que el paciente al estar más informado de la probabilidad estadística de recurrencia de su convulsión, esté más tranquilo porque nadie le puede decir si pertenece al 80% que no recurre o al 20% que sí lo hace.

Con todas sus ventajas la metodología de la MBE para la práctica clínica y educación médica no está exenta de peligros potenciales. El rígido criterio de seleccionar “la mejor” evidencia clínica evita que el médico analice información de otros campos que no se ciñen a esas reglas, tales como los informes de casos o los reportes de investigación biomédica básica que generalmente ofrecen nuevos enfoques a algunos mecanismos de enfermedad o que señalan nuevas rutas para la terapéutica. Debido a que ese tipo de publicaciones generalmente no están validadas por la metodología estadística que requiere un metanálisis o un estudio clínico aleatorizado, la MBE los considera inadecuados para la práctica clínica. Al confiar dogmáticamente sólo en ese tipo de evidencia para tratar pacientes individuales no considera el hecho de que la aleatorización en los estudios clínicos es un proceso que intenta producir una falsa sensación de homogeneidad. Todos los estudios producen resultados “promedio” que no siempre se pueden aplicar al tomar decisiones clínicas para pacientes individuales. Los metanálisis producen una forma de consenso cuantitativo de varios estudios apilados pero no están enfocados a explorar o identificar efectos no estadísticos de discordancia y de posibles errores. Aun más, los metanálisis y los estudios clínicos aleatorizados frecuentemente están sesgados y no pueden ser aplicados en diferentes condiciones o a grupos étnicos diversos.

El ejemplo reciente más ilustrativo es la controversia no resuelta relacionada con la ingesta de sal y la hipertensión. También el criterio de selección que propone la MBE, automáticamente elimina cierta investigación potencialmente valiosa publicada en países del tercer mundo o investigación relevante publicada en otras lenguas diferentes al inglés y por lo tanto ignora las variaciones clínicas locales. La forma de enseñar y ejercer la MBE se encuentra claramente sistematizada en guías especiales y cursos que siguen claramente los pasos señalados en este proceso, con lo que restringen al médico en su forma espontánea de actuar ante el paciente y limitan considerablemente la relación médico paciente. Aun más, algunos autores piensan que este método sistemático y estereotipado permitirá, como ya está ocurriendo en muchos ámbitos, que éste sea capitalizado por estadígrafos, administradores y epidemiólogos y que ello sea fácilmente controlado por políticos y

burócratas. El talón de Aquiles de la MBE, es el paciente individual. Estas limitaciones frenan el desarrollo continuo y completo de las habilidades inquisitivas, lógicas e intuitivas requeridas en la práctica médica. Se acepta ampliamente que la intuición basada en la experiencia desempeña un papel importante en todas las facetas de la pesquisa científica. En la medicina clínica la intuición y la experiencia son particularmente necesarias y no pueden ser sustituidas aunque sabemos que la intuición tiende a ser desdeñada por la mayoría de los médicos modernos.

**El papel de la MBE en la enseñanza.** La enseñanza de la medicina moderna es uno de los problemas didácticos más complejos y ha sido objeto de numerosas revisiones y recomendaciones desde el famoso y multicitado informe de Abraham Flexner. Los tres pilares que sustentan el edificio de la enseñanza médica son: a) sólidos fundamentos científicos, b) extensa práctica clínica, y c) conocimiento del binomio salud-enfermedad en un contexto social.

La medicina, al incorporar los conocimientos científicos y los avances tecnológicos para el estudio y alivio de la enfermedad se ha transformado en una disciplina científico-tecnológica que cada vez se aleja más de lo que se conoce como el “arte de curar”. Pero en los últimos lustros ha surgido una tendencia a reconsiderar y restituir ese “arte” eminentemente humanista del quehacer médico. La práctica de la medicina moderna requiere indudablemente del uso de la más alta tecnología, de cifras de laboratorio y de datos estadísticos, pero además de intuición clínica y de ese imponderable vínculo que se conoce como relación médico-paciente. La MBE ofrece una guía, por no decir un formulario de acciones que limitan la búsqueda de otras evidencias más allá de los metanálisis y de los estudios aleatorizados haciendo creer al alumno que sólo así podrá diagnosticar y curar y por ello desconoce completamente la relación médico-paciente. Con ello lo separa de la búsqueda tenaz de la experiencia clínica propia y lo sustrae del vínculo emocional con los pacientes que es, de acuerdo a los mejores clínicos, un elemento curativo fundamental. La enseñanza de la MBE entraña ciertos peligros cuando propone un método simplista y estereotipado para el estudio y tratamiento del paciente.

Con este “nuevo paradigma”, como lo llaman sus seguidores, se ha elaborado un dogma *quasi* religioso alrededor del cual se organizan sus adeptos en forma muy semejante a como ocurrió con la doctrina del psicoanálisis y el grupo de sus seguidores, doctrina criticada por los grandes estudiosos de la ciencia como el propio Kari Popper por carecer de las condiciones fundamentales que requiere la ciencia. Debemos de recordar que cualquier dogma en forma de reglas estereotipadas constituye una doctrina que debe aceptarse sin necesidad de someterla a los rigores de la investigación científica y por ello sus adeptos generalmente pretenden poseer la verdad y consideran que los detractores están en error.



Sustituir el análisis deductivo o inductivo del proceso clínico por un método simplista y dogmático, es yugular la actividad intelectual más elevada del buen clínico. Baste leer las sesiones clínico-patológicas publicadas desde los inicios del Siglo XX en las páginas del *New Eng J Med* para constatar que en la formación del médico hay que fomentar esa capacidad superior de análisis deductivo-inductivo fundamentado en las mejores evidencias científicas y no necesariamente en cifras estadísticas. Cuántas generaciones aprendimos y seguiremos aprendiendo de esos ejercicios de un gran valor didáctico. Por ello la *Gaceta Médica de México* y el PRONADAMEG dedican una sección permanente a este tipo de discusiones sobre casos clínicos.

La gran difusión y la creciente aceptación de la MBE a través de numerosos cursos y manuales, se debe seguramente a tres factores coincidentes. El primero es que, por su simplicidad y estereotipia es más accesible y entendible que la práctica clínica tradicional. El estudiante y el médico joven ven la oportunidad de “aprender medicina” en un curso breve o en una guía impresa de MBE. Con ello se le asegura que será un gran médico a pesar de que no existe ningún estudio que demuestre que este método realmente mejora la atención de pacientes y los servicios de salud. En segundo lugar es necesario considerar el hecho lamentable de que cualquier persona con una mediana preparación en el campo de las ciencias de la salud, aún sin ser médico, es capaz de convertirse en profesor y difusor de los cursos de MBE siempre y cuando se aprenda el manual y tenga una computadora con acceso a Internet. Es notable que la mayoría de los cursos de MBE son impartidos en México por personal no médico o por médicos que carecen de experiencia clínica.

En tercer lugar, la MBE se “vende” como un producto novedoso de la medicina. Si el médico quiere estar al día, más le vale tomar el curso, obtener su diploma y ser miembro de la cofradía. Es una técnica de mercadotecnia muy rentable y por ello ha sido incorporada rápidamente por administradores, políticos de salud y escuelas de medicina para dar la impresión de estar a la moda y con los avances más importantes de la práctica médica.

El estudiante de medicina, es un sujeto altamente vulnerable cuando se le ofrece un camino fácil y alucinante para obtener el éxito. Tanto en el pre como particularmente en el posgrado, el estudiante tiene ante sí una ruta ardua, demandante y prolongada que debe sortear con gran dedicación al estudio y a la práctica clínica. Si de pronto descubre un camino fácil y promisorio, no dudará en tomarlo. La MBE constituye un instrumento de pesquisa epidemiológica útil para ciertos objetivos limitados, pero es solo un instrumento metodológico que no debe sustituir a todos los otros de los que dispone el médico para su entrenamiento clínico completo. Es más, estamos convencidos que el nombre de esta técnica de informática deberá de cambiarse, pues como se ha demostrado, la medicina

siempre ha estado basada en la evidencia accesible en su época, no solo en los estudios epidemiológicos. Para más abundamiento es imperativo que se evite mencionar que este método es “un nuevo paradigma de la práctica médica” para no crear falsas expectativas mediante una mentira conceptual.

### Estrategias para mejorar la seguridad (El Caso República de Chile)

Dr. Fernando Otaíza O’Ryan

Agradezco al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico por la invitación a participar en éste Simposio, así como a la Organización Panamericana de la Salud por haber hecho posible el viaje y la estadía y por tenernos en sus pensamientos.

Me pidieron que hable de la seguridad de los pacientes en Chile y voy a hacer algunas observaciones sobre el programa y todo lo que tenemos en el país. Lo que voy a presentar, es 1) el contexto en el cual estamos trabajando en el tema de la seguridad, y 2) cuál es nuestra estrategia basada en el tema de la autorización sanitaria y la evaluación de los procesos de atención. Voy a hablar de las infecciones intrahospitalarias, de la acreditación y algunos problemas y desafíos. Pero tengo tan sólo 45 minutos así que muchas de estas cosas van a ser mencionadas en términos muy generales.

El contexto de la reforma de salud, solamente para ubicarlos, en Chile casi toda la atención en salud la hace el sector público; estos son establecimientos que dependen y son financiados por el Estado a través de distintos mecanismos organizados en una red asistencial. En el ámbito de la reforma, recientemente - estoy hablando de cosas que han ocurrido durante este año - se están separando las funciones en el sector público, separando quiénes son responsables de las redes de atención y de la actividad de rectoría y supervisión de los servicios. Se crean nuevos actores en Chile incluido una Superintendencia de Salud que tiene una Intendencia de Seguros y una Intendencia de Prestadores que en términos generales, eso es parecido a lo que ustedes llaman CONAMED aquí.

Esto está recién formándose, de modo que todo el tema del arbitraje es una cosa que está recién comenzando de acuerdo a los nuevos reglamentos y probablemente recién este año tengamos los primeros casos y en ese sentido tenemos mucho que aprender de la experiencia que ustedes han desarrollado. El contexto de la reforma le garantiza una serie de cosas a los chilenos y dentro de ellos, hay un Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas por el que se garantiza el acceso a ciertas prestaciones de salud, la oportunidad con que ellas deban darse y ciertos compo-

mentes de la calidad. Esto está estipulado en la ley y hay reglamentos, decretos que especifican qué es lo que se debe atender bajo este régimen y cómo se financian. En la actualidad hay ya decretos con las garantías de 25 patologías o problemas de salud que van desde el tema de las cataratas hasta la atención de la diabetes, cirugía cardíaca, los tratamientos del cáncer, etc.

De igual la ley explicita y esto está en la página del Ministerio de Salud de Chile, que para dar las atenciones que tienen garantías y que éstas sean financiadas, debe hacerse en una institución que esté acreditada y para estar acreditada, esta institución tiene que estar autorizada y así mismo la prestación debe ser otorgada por profesionales con su profesión y especialidad certificadas. Todo esto que pudiera parecer muy natural no existe nada establecido aún, esto está. Hay una cosa de uso diario que está funcionando, solamente se ha establecido un régimen de autorización sanitaria para los establecimientos que está vigente, lo demás ha habido que hacer reglamentos y leyes nuevas. En el contexto mismo, la calidad es un término que está mal definido; en general, sabemos que compara lo que se obtiene en la atención con lo que se espera que ésta sea. Es un término relativo y no es absoluto. Uno siempre recibe atención de calidad, puede ser de buena calidad o de mejor calidad o de peor calidad pero de algún tipo de calidad es y que hay diversas perspectivas que tienen distintas formas de medirlas. No voy a hablar de la teoría de la calidad, solamente que tiene un componente de trato, un componente de seguridad y debo decir que también tiene un tema de la eficiencia/eficacia de la prestación.

Lo primero que debemos tener entonces en Chile son establecimientos que reúnan las condiciones mínimas para atender a los pacientes. Recientemente en China, no sé si ustedes vieron la televisión, un país que tiene un gran control del estado sobre todas las instituciones, se encontraron cientos de establecimientos de distinto nivel de complejidad con incumplimiento total de todas las condiciones mínimas para atender y sin embargo, están funcionando regularmente. Pues bien, nosotros tuvimos que hacer un intenso análisis de cómo están las condiciones estructurales mínimas de nuestro sistema, así como establecer un sistema de revisión de las prácticas de atención en todos los establecimientos como sistemas de vigilancia de efectos adversos, a fin que haya los mínimos de ellos y un sistema de medición de resultados de la atención esperando que estén dentro de lo esperado y un sistema de evaluación externa particular: la acreditación. Entonces, para que un establecimiento funcione debe cumplir requisitos mínimos, tener un programa de mejoría de la calidad sujeto a su vez de evaluaciones externas y sus resultados deben ser sujetos a escrutinio público y de todas las instituciones que así lo quieran.

Los requisitos mínimos han de fundamentarse en la medicina basada en evidencia, en la evaluación de tecnologías y por supuesto la bioética. Son las estructuras básicas

que daremos como hecho que existen para el resto de la presentación.

¿Qué es lo que nos encontramos cuando empezamos a revisar qué es lo que era la autorización sanitaria en Chile, que es el proceso que establece que existen los requisitos mínimos mencionados? Nos encontramos que casi todos los reglamentos se encuentran dispersos; por lo tanto, hay que unificar reglamentos sobre quién puede ejercer en determinado lugar o qué requisitos mínimos se deben tener en un establecimiento para operar corazón, hacer trasplantes, fertilización in-Vitro o hemodiálisis o lo que sea. La autorización necesaria para funcionar es muy genérica, autoriza por ejemplo para hacer cirugía pero no dice qué tipo de cirugía y un establecimiento que está autorizado para hacer cirugía se siente en condiciones para hacer cirugía de ojo hasta cardíaca pasando por todas las intermedias. Los requisitos mínimos vigentes, muchos obsoletos a la actualidad, al aplicarse y autorizarse una institución tienen vigencia permanente en el tiempo como derecho adquirido. Por otra parte, hay aplicación heterogénea en el país y encontramos que algunos establecimientos se han autorizado sin cumplir todo porque por aislamiento geográfico, si es que no existe el establecimiento, esa población no puede acceder a ningún tipo de atención.

Esto ha demandado que en los últimos cuatro años hayamos tenido que revisar toda la estrategia básica de la estructura del sector salud. Esto es revisar qué se requiere como mínimo para hacer cirugía, qué se requiere como mínimo para atender oftalmología, revisar todo y cuando uno revisa todo, se encuentra con grandes vacíos y hemos tenido que establecer nuevos reglamentos, hemos tenido que capacitar a quienes tienen que aplicar esto y fiscalizar el cumplimiento por parte de los prestadores. El único tema que no hemos logrado resolver porque está fuertemente arraigado, lo que es el derecho es que una vez que alguien fue autorizado no se le puede quitar la autorización otra vez; porque es un derecho ganado. Tenemos establecimientos que fueron autorizados en 1930 y basta con que no cambien nada para que se mantengan autorizados apropiadamente; para eso vamos a recurrir a una estrategia posterior que es la acreditación. Nosotros evaluamos cómo está el cumplimiento y nos encontramos, por supuesto, que hay fallas. Solamente quiero mencionar que en 2003 evaluamos todas las unidades de diálisis autorizadas y nos encontramos deficiencias que requieren ser mejoradas. Por ejemplo: durante todo el proceso de diálisis debe haber un médico residente presente y encontramos con que una proporción de alrededor del 70 por ciento, esto se cumple; sin embargo, hay una proporción de establecimientos donde el médico está en un periodo de la hemodiálisis, luego se retira. Esto hace un incumplimiento porque tenemos dos estándares, los que cumplen todo y los que no y los pacientes reciben distintos niveles de seguridad.

Cuando hicimos lo mismo para otro tipo de establecimientos como las unidades de cuidado intensivo o servicios de urgencia o las unidades de patologías de mama, nos encontramos que el cumplimiento de los requisitos era prácticamente nada. Y a qué nosotros atribuimos esto es que estas unidades se crearon pero no hubo una reglamentación clara desde el comienzo y esto ha demandado que hagamos una revisión de toda la regulación de qué estructuras mínimas deben tenerse y esto es uno de los trabajos más complejos porque cada vez que uno habla de esto, está hablando de gran cantidad de recursos y en esto hay que ser mínimamente realista.

Como todo el mundo cita a alguien, yo voy a citar a Einstein y voy a citar esta frase que siempre me ha gustado "Conocer muchos métodos y tener poca claridad de los objetivos parecen ser un signo de los tiempos". Estamos hablando de la seguridad de los pacientes.

La óptica con que vamos a ir a mirar el sistema es la seguridad de los pacientes. Se atiende en salud y se pueden dar procedimientos adecuados. ¿Cómo sé que son adecuados? Porque existe medición del cumplimiento de los procesos de atención adecuados y los resultados andan bien. Para medir esto hay un gran aporte de la epidemiología. Mide y dice: cuando yo hago esto así los resultados son mejor, cuando se hacen de otra forma, los procedimientos están mal. Y esta atención generalmente no tiene efectos adversos y se van todos muy satisfechos. En ocasiones tiene efectos adversos que son los intrínsecos a la práctica y no hay nada que hacer realmente. Por otra parte, hay una cantidad de indicaciones o procedimientos que son inapropiados, que pueden tener o no efectos adversos. Los procesos inadecuados deben mejorarse y los más importantes son los que se han asociado a efectos adversos, porque estos son los más prevenibles.

Una de las primeras estrategias que adoptamos fue medir los efectos adversos, por ejemplo: infecciones nosocomiales o caídas de los pacientes. El tema delicado cuando uno ve efectos adversos es que estos pueden derivar de prácticas adecuadas o inadecuadas y por lo tanto tenemos que tener un fino procedimiento para distinguirlos.

Hemos producido algunos sistemas en que vamos a ver las indicaciones o procedimientos a fin de conocer si son adecuados o no, independientemente del efecto que tengan. Estos son los sistemas de supervisión interna. Finalmente está el tema más grave que cuando son procedimientos inadecuados tienen efectos adversos; esto genera una particular preocupación en su manejo. Por lo pronto quiero adelantar que no hacemos manejo individual de casos. En el Ministerio de Salud estamos funcionando con establecimientos que tienen tasas de efectos adversos fuera de los márgenes esperados para hacer las intervenciones. En manejo de casos individuales normalmente van a la justicia común y con la creación de la nueva superintendencia con su intendencia de salud, va a ir a los

sistemas de arbitraje como ustedes lo han hecho acá. Eso es muy reciente y estamos muy contentos que así sea.

Esperamos que todos los prestadores hagan una revisión frecuente de los procesos para detectar fallas sistemáticas y mejorarlo. Que haya medición de los resultados para identificar efectos adversos prevenibles e identificar si es que los resultados generales de la institución son los esperados. Para estos efectos se tiene que usar la epidemiología pues de otra manera uno nunca se va a enterar si es que lo que obtiene es bueno o malo.

Vamos a hablar de qué es lo que hemos hecho. Éstas son algunas mediciones realizadas en el pasado. Aquí estamos midiendo procedimientos en forma indirecta.

**Nutrición parenteral:** En este gráfico (Figura 1) tenemos el resultado de 41 hospitales en los que estudiamos el promedio de días de uso de la nutrición parenteral total. Esto es un acercamiento, yo no voy a decir nada sobre los individuos en este hospital; solamente cómo nos encontramos que en aproximadamente un tercio de los hospitales el promedio de uso de nutrición parenteral total en menos de siete días. Desde el punto de vista clínico, un uso tan breve rara vez va a producir un beneficio real para los pacientes; sin embargo, como vamos a ver en otras diapositivas se asocia a riesgos de infecciones más o menos importantes. ¿Por qué tiene uso tan breve? No sé. En eso no nos estamos pronunciando; puede ser porque los pacientes se mueren, es decir, empieza a usarla y el paciente se muere por su enfermedad o puede ser que la indicación es inapropiada; cualquiera sea la causa lo que se pide a los establecimientos que tienen bajo promedio de uso de nutrición parenteral es que revise la práctica. No he dicho nada sobre los pacientes individuales, nada sobre los médicos individuales que están indicando estas nutriciones parenterales. Solamente estoy diciendo aquí se prendió una luz de alarma diciendo aquí hay algo raro en la práctica local que debe revisarse

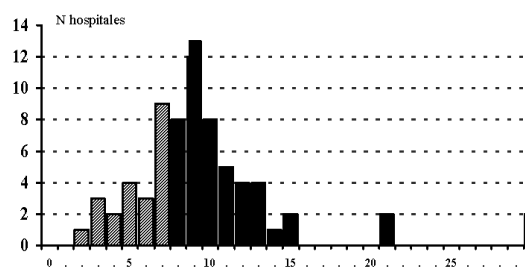


Figura 1. Uso de Nutrición Parenteral

**Uso de catéter urinario:** Ejemplo en un establecimiento en que tenían una altísima tasa de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario permanente. Yo pregunté que cómo era la práctica de uso de los catéteres urinarios. Me dicen que es impecable porque los clínicos usan su mejor juicio, son clínicos espectacularmente bien entrenados. Entonces decidimos hacer una pequeña investigación operativa con los profesionales locales y anotamos las

indicaciones de uso adecuado de cateterismo, que eran las obvias: a) obstrucción urinaria que no se puede vaciar más de dos veces o sea, que requiere más de dos veces vaciamientos diarios y b) pacientes que requieren medición frecuente de la diuresis porque está hemodinámicamente inestable. No hay otra indicación de uso de catéter urinario permanente en la práctica actual. Hicimos una visita clínica en el servicio de medicina y encontramos con que solamente 6% de los pacientes cateterizados estaban usando catéter por alguno de los dos motivos antes mencionados. A modo de anécdota, me acerqué al doctor y le dije: "doctor, esto lo revisó usted, lo revisé yo, lo revisamos con todos los residentes, todos en conjunto, por lo tanto esto es casi una revisión por pares... ¿qué van a hacer ahora?" Y el doctor me dice que se planeará una reunión para discutir el uso de los catéteres urinarios en servicios de medicina y poder mejorarlo. Yo quedé muy contento pero sugerí que antes le sacara el catéter urinario a este 94% de los pacientes que tienen catéter y no tienen indicación porque no podemos seguir postergando esto.

**Uso de transfusiones.** Revisamos 327 mil transfusiones, un poco más en Chile en el año 2000. Se observa que entre plasma y sangre completa, teníamos el 25 por ciento de las transfusiones en Chile. El 25 por ciento es una cantidad enorme y las indicaciones clínicas de uso de cualquiera de estos dos productos prácticamente no existen en la actualidad. Entonces, como yo soy epidemiólogo, me tomé la libertad de sacar una muestra aleatoria de los casos en que se transfundió sangre completa se revisaron las historias clínicas de los pacientes. Se revisaron 3600 unidades de sangre completa transfundidas encontrando que en 68% de los pacientes transfundidos no fue posible identificar el motivo porqué se transfundieron pues no estaba escrito. Una cuarta parte fueron por hemorragias masivas, cosa que es totalmente apropiada y otros por exsanguíneo-transfusión en recién nacidos, que se podría discutir pero también es apropiada. ¿Qué es lo que hicimos con esto? Es una falla sistemática en el uso de un producto con riesgo y caro. Aquí estamos hablando de casos en que hay mala indicación y no sabemos si produjo o no efectos adversos pero no interesa realmente si produjo o no efectos adversos: simplemente no tiene que hacerse. ¿Qué es lo que hicimos a continuación? Algunos establecimientos primero y luego casi todos eliminaron la disponibilidad de sangre completa para el uso clínico y si alguien quiere sangre completa, tiene que fundamentarlo de alguna forma y si es que esto llega a ser tan necesario, entonces el banco de sangre tendría que ser capaz de restituir plasma con sangre y entregarle la bolsa como corresponde. Normalmente eso no ocurre y ya tenemos establecimientos que llevan 3 ó 4 años y no ha transfundido a nadie con sangre completa. Esa es una forma de ir avanzando y mejorar en la seguridad.

**Cesárea.** Ésta es la situación del porcentaje de cesáreas en el sector público. Sabemos que gira alrededor de un

30% por ciento de los partos, en circunstancias que estaríamos esperando de alrededor de un 10-15 por ciento. Sin embargo, en el sector privado esto está alrededor de un 75%. Aquí podríamos ir a la medicina basada en evidencia a fin de conocer si esto tiene riesgos para la madre o el bebé. Pues, la medicina basada en evidencia ha demostrado que no hay mayores diferencias entre un tipo de parto o el otro para los resultados del bebé. Sin embargo, como yo trabajo en infecciones nosocomiales, sé que la tasa de endometritis en parto vaginal es 0.79% y cuando es por cesárea es 0.67%, un poco más bajo que en parto vaginal pero si se suma la infección de la herida operatoria las infecciones superan 2%. Por lo tanto, las pacientes que tienen su parto por cesárea tienen más que el doble de riesgo de tener infecciones que las pacientes que tienen parto vaginal. Entonces, me podrán contar muchas cosas sobre el bebé, que me parecen bien, muchas cosas sobre la mamá también me parecen bien pero también hay que considerar el riesgo de infecciones. La diferencia la proporción de parto por cesárea es una cosa cultural ¿Por qué en el sector público las mujeres tienen mayor proporción de partos vaginales que en el sector privado? Un tema que debería ser analizado por antropólogos y gente de otras ciencias o disciplinas.

**Hemodiálisis.** Los pacientes en diálisis en Chile están bajo vigilancia de modo de saber qué complicaciones tienen. Hay una lista larga de complicaciones que deben ser reportadas. Se presentan los resultados de 13 centros públicos de los cuales hubo 67 mil procedimientos de diálisis y se observan las tasas de algunos de los efectos adversos que estudiamos, la presencia de escalofríos, dolor precordial o de náuseas, medidas como reacciones por cien procedimientos. Se observa que hay centros que tienen resultados mucho mayores y mucho menores, lo que nos dice que tenemos que ir a mirar qué es lo que pasa; si las mediciones de los efectos se realizan de igual forma, etc, a fin de descartar que se trate de artefactos de la vigilancia. Si se observa que hay más riesgo real, entonces deben realizarse intervenciones para mejorar la seguridad.

**Sistema de información local de efectos adversos.** Una mención especial debe hacerse sobre los sistemas de información de estos efectos en diálisis, transfusiones y particularmente las infecciones. No tenemos notificación espontánea voluntaria de las cosas; los establecimientos tienen profesionales responsables de notificar con una metodología activa y debe ir a revisar las historias clínicas cada tanto tiempo, en búsqueda de los efectos que se están midiendo, con aplicación de definiciones estandarizadas. Este sistema debe corroborar por un método epidemiológico de muestreo de las historias clínicas para saber si es capaz o no de detectar apropiadamente los efectos adversos.

**Infecciones Intrahospitalarias.** Vamos a hablar de las infecciones intrahospitalarias y quiero comenzar destacando que el programa chileno de infecciones hospitalarias

comienza a fines del año 1982 cuando va a Chile un mexicano, el Dr. Samuel Ponce de León, con el Dr. Richard Wenzel y el Dr. Ronald Saint John de la Organización Panamericana y nos dicen: las infecciones existen, están con ustedes, las midieron y las pusieron en el escritorio y dijeron: ahora hagan algo.

Las infecciones son las complicaciones más frecuentes de la hospitalización y no puede haber nadie que hable de seguridad de la atención hospitalaria sin hablar de infecciones nosocomiales. En Chile se llaman infecciones intrahospitalarias. Generan un importante aumento en la morbilidad y mortalidad. Sabemos que al menos un tercio de ellas se pueden prevenir. Otro tema interesante es que esa fracción prevenible se encuentra fuertemente asociado a los procedimientos de atención, tanto porque se indicó el procedimiento a cómo se realizó el procedimiento. Hay gran cantidad de información sobre la prevención que debe ser ya práctica estándar. Por ejemplo, nunca más un paciente debe afeitarse con una hoja de afeitar en el sitio en que va a ser operado; esta era la práctica estándar hasta muy avanzado el siglo XX con el propósito de prevenir infecciones, todos los estudios documentaron desde los años 60 que esta práctica aumenta cuatro veces el riesgo de infección. Es decir no es una práctica preventiva, es una práctica que aumenta las infecciones. Es una práctica que debe eliminarse absolutamente de la atención moderna y de hecho eso hicimos y van a ver algunos resultados de esto. Esta y otra evidencia se fue implantando en base a recomendaciones y guías clínicas o finalmente en base a normas que son de cumplimiento absoluto.

El programa nacional tiene por objetivo disminuir las infecciones. Para esto tiene distintos componentes. Un sistema de vigilancia que está establecido en todos los hospitales y consiste en que cada establecimiento tiene al menos una enfermera universitaria por cada 400 camas capacitada en vigilancia epidemiológica que debe revisar, con un manual, la historia clínica de todos los pacientes sometidos a ciertos procedimientos. Ella, una o dos veces al año, es sometida a evaluación porque alguien revisa lo que ella ha revisado para saber si lo está haciendo bien o mal o sea una certificación de la calidad de su información. Como dije antes, no encontramos aceptable la notificación espontánea de efectos adversos como forma de registro del riesgo.

Se han establecido normas y guías sobre prevención de infecciones asociadas a los procedimientos más importantes, básicamente aquellos que tienen evidencia de efectividad de las intervenciones. Este año se va a publicar todo nuestro nuevo manual donde actualizamos todo lo que estamos haciendo. Algunas normas y medidas tienen fuerte racionalidad y también las consideramos importantes. Hemos realizado gran cantidad de capacitación y estos son los resultados. Voy a ir rapidito con esto porque son puros gráficos y la gente se aburre con los gráficos. Ésta es la tasa de endometritis puerperal. En el gráfico (Figura 2) se ven las

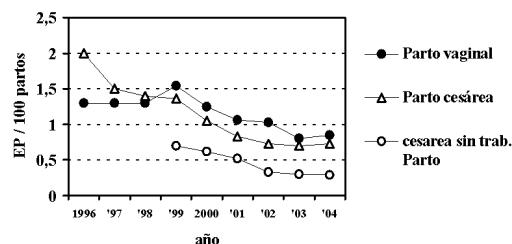


Figura 2. Endometritis postparto y postcesárea

tasas de endometritis post-parto vaginal, post-parto por cesárea y lo que nosotros observamos. Es que ha habido una caída de 1.5 a un poco más de 0.5 lo que es una caída aproximadamente de un 50 por ciento. Esto quiere decir que cuando una mujer va a tener un bebé hoy está un 50 por ciento más segura que hace 10 años. Eso es seguridad.

En esta otra (Figura 3) tenemos los pacientes que se instalan en ventilación mecánica y sus tasas de neumonía en que se observa disminución permanente de las tasas.

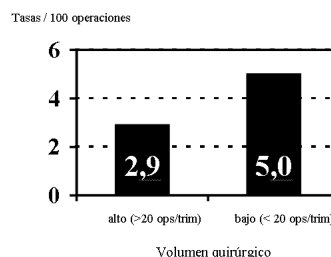


Figura 3. Ventilación mecánica y neumonía

Estos son datos a nivel nacional, por lo tanto puedo asegurar esto en Chile pero no puedo asegurar esto en ningún hospital en particular. Luego podemos hacer el análisis establecimiento por establecimiento. Antes las tasas estaban entre 25 y 30 y en la actualidad están alrededor de 15; esto es una caída de alrededor de un 30 por ciento o un 50 por ciento en general tanto para pacientes adultos como pediátricos. Es decir, las personas que están instaladas en ventilación mecánica hoy están más seguras que hace 10 años con la salvedad que los pacientes que están en ventilación mecánica hoy son mucho más graves que los de hace 10 años.

Y así se observa la disminución de las tasas en las infecciones urinarias en los pacientes cateterizados y las infecciones gastrointestinales en servicios pediátricos, en las infecciones de la herida operatoria en distintas operaciones (prótesis de cadera, colecistectomía laparoscópica o hernia en adultos y en niños). Lo mismo con las septicemias asociadas a catéter venoso central. Esta es probablemente una complicación más grave que puede tener un paciente en el hospital que una septicemia. Y lo que tenemos aquí son las tasas de pacientes con septicemia, esto está asociado a catéter venoso central, observamos una caída alrededor de 10 por mil días a menos de 4. Esto es una caída de más del 50 por ciento tanto en pacientes adultos como en pacientes pediátricos. Esto es una notable mejoría de la

seguridad de nuestros pacientes. No tenemos en la actualidad mejoría en la septicemia asociada a catéter umbilical en neonatología, tema que será estudiado en estos años.

Finalmente, para terminar con el tema de las infecciones intrahospitalarias lo que nosotros observamos en las infecciones asociadas a operaciones de prótesis de cadera y observamos que ha ido mejorando (Figura 4); sin embargo, se mantiene lejos del 1% o menos que esperaríamos. Hicimos una estratificación por tipo de hospital de acuerdo al volumen quirúrgico en los que operan más de 20 de estas operaciones al año y los que operan menos y observamos que los hospitales de bajo volumen quirúrgico, su tasa de infecciones es 1.72 veces mayor que los que operan un volumen alto. ¿Esto qué es? Esto es un efecto conocido de la asociación de volumen quirúrgico, experiencia del equipo, etc. con las tasas de infecciones. Ya es hora en que los planificadores de la red asistencial establezcan la necesidad de asegurar un cierto volumen quirúrgico antes de autorizar este tipo de cirugía. De otra forma, se debe reorganizar la red asistencial sobre la base de esta evidencia para concentrar la cirugía en hospitales con mayor volumen quirúrgico.

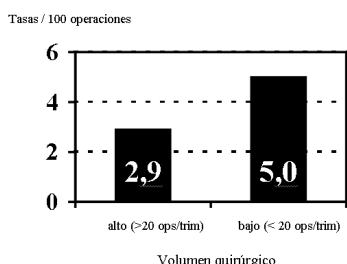


Figura 4. Infecciones en operaciones de prótesis de cadera. Chile 1999

Sobre las evaluaciones externas. Tenemos distintos sistemas, el de infecciones nosocomiales, el que ustedes tienen aquí (Figura 5). Cuando uno evalúa los establecimientos consecutivamente, aquí tenemos el cumplimiento de hospitales de acuerdo al orden de evaluación de la primera a séptima, lo que observamos es que cada vez se documentan más mejorías de cumplimiento de las normas; es decir, la evaluación externa contribuye en nuestro país,

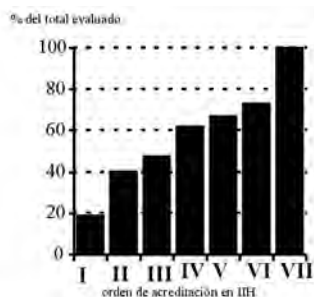


Figura 5. Hospitales acreditados según evolución.

al menos, a mejorar el cumplimiento de prácticas. Este sistema de evaluación no lleva ningún premio y no lleva

ningún castigo. Se hace, se le envía un informe. El informe dice: usted está dando atención de seguridad alta, mediana o tiene todas estas recomendaciones o comentarios que debe mejorar. Entonces, aquí estamos funcionando sobre la base del compromiso de las personas por hacer las cosas bien, que es el primer concepto que deberíamos creer.

También hemos medido como en el tiempo cómo han ido estableciendo prácticas de atención seguras y se han eliminado las de riesgo; tales como el rasurado preoperatorio del sitio quirúrgico, el uso de formalina para esterilizar instrumental quirúrgico, el uso de endoscopios sin desinfectar entre un paciente y otro o reutilizar material de infusión venosa desechable, etc. Estas prácticas existían y todas fueron eliminadas. En este momento no hemos encontrado por años, ningún hospital que las tenga. Eso es lo que entendemos por mayor seguridad para nuestros pacientes.

Estamos en proceso, recién comenzamos, a medir la calidad en otros ámbitos de la atención hospitalaria con lo que denominamos Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria – PECAH (también existe para la Atención Primaria - PECAP). El PECAH cuenta con estándares o requisitos relacionados con la seguridad, ya sea la capacitación de los recursos humanos, la calibración y apoyo de los laboratorios, la función clínica, las infecciones, la seguridad de la planta física y equipamiento, etc. En los primeros nueve hospitales evaluados observamos notoriamente un mejor cumplimiento en infección hospitalaria que en los otros parámetros. No nos sorprende, el programa de infecciones hospitalarias tiene 20 años de estar poniendo los resultados, de estar viendo qué es lo que estamos haciendo, de ir a los establecimientos y documentar lo que ocurre. En cambio, las otras medidas están recién empezando. Creo que es cosa de tiempo porque los establecimientos necesitan tiempo para adaptarse a los cambios, registrar los datos, aprender, estudiar y convencerse y los establecimientos, estoy hablando de sus directivos y profesionales clínicos.

Al programa de evaluación local mencionado destinado a promover y estimular el desarrollo de la seguridad de la atención debemos ahora agregar, porque la ley así lo exige, un proceso de acreditación que será realizado por entidades privadas, destinado a medir la existencia de un mínimo de seguridad. Este sistema se asocia a un sistema de prestaciones con garantías para la población en un grupo establecido de patologías y problemas de salud muy heterogéneos. Esto es nuevo y requiere el diseño de un sistema especial que no es simple en su concepción. Cualquier intento para simplificarlo puede tener consecuencias por lo que se requiere un grupo serio de técnicos capaces de imaginar los procedimientos, las consecuencias y la operación del sistema.

Todo el mundo quiere indicadores de resultados. Frecuentemente nos llaman preguntando por resultados: ¿cuánto es aceptable en mortalidad de los infartos? ¿De

recuperación en cirugía de escoliosis? ¿Amputaciones en diabetes tipo 2? No hay la respuesta simple que todos quieren. El problema es cómo se decide cuál es el indicador mejor de resultados. Hay múltiples consideraciones a tener. Para escoger un indicador de resultado, hay que contar con una serie de criterios que excluyen a un indicador: a muy largo plazo, que son compuestos de muchos elementos, que tiene mucho sesgo en la medición o son desenlaces complejos y se están buscando indicadores que sean transversales, que nos digan cómo funciona en general la institución, algunos específicos, que nos digan cómo está el proceso de atención, no qué tan graves son los pacientes y que documente cómo está la atención primaria en los hospitales. El problema es tener que dar una respuesta a cómo se va a comparar un establecimiento con otro, cómo va a decir que este establecimiento lo está haciendo peor cuando puede ser solamente que tiene pacientes más graves porque es el hospital de referencia. ¿Cuáles son los indicadores de gravedad que tenemos que seguir?. Es lo más complejo es cómo se recolecta los datos sobre numeradores, denominadores para los pacientes y cuál va a ser el sistema de comparación. Creo que es interesante para tomar decisiones pero no para decidir tanto como el nivel de calidad de un establecimiento y hay que recordar que pueden ser variables de un establecimiento a otro basado en qué tipo de pacientes, qué tipo de equipo de salud, qué es lo que se espera como resultado y si es que la práctica de atención está basada en evidencia, es la costumbre y la racionalidad.

De particular interés son aquellos indicadores de resultado que nos muestran la existencia de errores de proceso que se asocian a efectos adversos o los errores que se repiten por fallas de sistema. Para comparar resultados hay que tener mucho cuidado, trato siempre de desincentivar que hagan esto y el principal motivo para desincentivarlos es que el día que uno empieza a comparar y a tomar decisiones con esos resultados, el que provee los datos, va a manipular los datos y no vamos a poder comparar nunca más nada a no ser que tengamos indicadores muy gruesos de letalidad. La muerte es un resultado claro y casi indiscutible: la persona está muerta o no está muerta, podríamos discutir los motivos por eso necesitamos mucha epidemiología. Quiero terminar mostrando este resultado de porque uno debe tener mucha cautela en cómo interpreta las cosas. Esto es hemodiálisis, la prevalencia de hepatitis C y la prevalencia de hepatitis B en diálisis en Chile.

Esto fue presentado por los clínicos en diálisis, casi todos nefrólogos que atribuyen esta gran mejoría a que desde el año 1995 se realiza tamizaje a todas la sangre de transfusiones para hepatitis C. La medición empieza el mismo año por lo que no es posible saber como era antes. En este periodo hasta 2003 ocurrieron muchas cosas más: se empezó a tamizar para hepatitis C a todos los pacientes que estaban en diálisis una vez al año y someter a aislamiento a aquellos que correspondían; los kits diagnósticos son

mejores; se cumplen las precauciones universales con sangre y fluidos corporales; se ha vacunado contra la hepatitis B casi todo el personal y pacientes; se ha mejorado la medicina transfusional disminuyendo el uso de transfusiones; se utilizan métodos alternativos de manejo de la anemia; existe vigilancia de reacciones adversas. Todo lo anterior debe haber afectado pero lo más probable es que año a año, un grupo de pacientes sin hepatitis C se incorpora a diálisis y lo que tenemos aquí (Figura 6) es el aumento de las cohortes sanas que se van entrando al sistema diluyendo la prevalencia elevada que debe haber existido anteriormente. La hepatitis B, que la conocemos desde un par de décadas antes, mantiene una prevalencia similar a la poblacional. Esto lo presento para decir que no hay explicaciones fáciles para los resultados y que hay que tener cuidado cuando uno los interpreta.

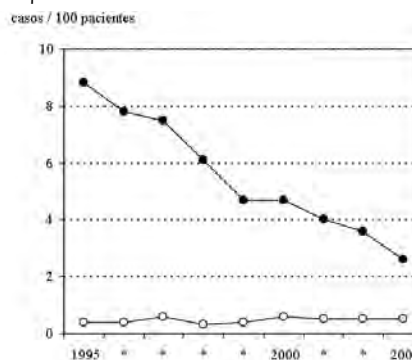


Figura 6. Prevalencia de hepatitis B y hepatitis C en pacientes en diálisis. Chile 1996-2001.

Estamos estudiando en la actualidad someter algunos indicadores a prueba en terreno, por ejemplo: retornos no planificados a quirófano, infecciones como indicadores transversales de atención. También algunos indicadores específicos tales como: pacientes en hemodiálisis que mantienen hemoglobinas iguales o mayores a 10 g/dL, letalidad intrahospitalaria por infarto agudo y por diabetes descompensada para poner algunos ejemplos de algunos indicadores que estamos estudiando. Lo que más me temo es que va a haber pronto una gran presión y nos van a obligar a implantarlos porque entonces vamos a tener que decir cómo se interpretan lo que será una ardua tarea que tendrá que responder nuestra Superintendencia de Salud.

¿Qué es lo que vigilamos hoy en Chile?: infecciones, reacciones adversas a hemodiálisis, efectos adversos en atención odontológica y transfusiones y el uso de algunos procedimientos. Nuestro gran desafío es encontrar buenos indicadores, buenos métodos estandarizados de recolección de datos, verificar la validez de ellos y captar información sobre las variables confusoras para que las comparaciones sean válidas. También debemos saber que el Ministerio de Salud tiene un sistema de vigilancia para algunos efectos adversos y algunos procesos de atención, se promueve que se realicen intervenciones de mejoría si hay pérdida de la

calidad o de error sistemático básicamente. Lo que más nos interesa y se documenta es que los indicadores han mejorado. Yo creo que si estamos hablando de seguridad en los pacientes, creo que lo he documentado bastante. Finalmente, los grandes desafíos, que hemos iniciado, primero: la autorización sanitaria, estar seguro que todos los establecimientos tienen lo mínimo para funcionar; segundo, que hay que promover que todos los establecimientos vigilen y evalúen localmente la calidad, que haya vigilancia de procesos y efectos adversos, buenos indicadores de este resultado y establecer un sistema de acreditación de cada una de las prestaciones que van a ser parte del plan de prestaciones con acceso universal con garantía explícita para toda la población. Muchas gracias.

### Agradecimiento y preguntas

- PRESENTADOR: Le agradecemos mucho al doctor Otaíza su ponencia, veo que el tequila que se estuvo tomando no le hizo mucho efecto, estuvo hablando muy bien, se le entendió perfectamente hasta el final, seguramente la costumbre. Yo creo que con lo que ustedes escucharon pudieron hacer algunas comparaciones de lo que sucede en nuestro país y que compartimos mucha de la problemática y lo aquí presentado. Creo que México, ahora con el seguro popular se está acreditando a los hospitales para que puedan prestar este tipo de servicio dentro de esta red. Hemos identificado desde la Comisión también el exceso de transfusión sanguínea; está bien documentado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y también hemos identificado este incremento en el número de cesáreas por ejemplo en donde nosotros hemos atribuido que el número de cesáreas se incrementa en la medicina privada particularmente por este derecho que hoy exigen cada vez más pacientes, que es el derecho a decidir; sin embargo, consideramos que todavía hay mucha información que es necesario darle a la paciente para que ella siga decidiendo pero basada en la información que le permite saber cuáles son los reales riesgos de uno u otro procedimiento para ella y para su hijo, de tal manera que hemos compartido esta experiencia chilena y este preámbulo es para ver si alguien se anima a hacer una pregunta al doctor Otaíza, con mucho gusto le pasaremos el micrófono a él. Como no me llegan los papelitos, si quieren levantar la mano y la quieren hacer.

- PREGUNTA: Yo creo que hay que reconocer la aportación que nos viene a presentar el doctor Otaíza, muchas gracias. Yo quisiera preguntarle si en los hospitales tienen como normativa la existencia de comités hospitalarios integrados, funcionan o se han vuelto rutinarios; es decir, cuál es su punto de vista respecto a la oportunidad que tenemos en los hospitales para revisar justamente todo esto en el sitio donde se da la atención.

- Doctor Otaíza: Muchas gracias. En los años 80 nosotros fuimos muy majaderos en que cada establecimiento debía tener un comité que dirigiera esta actividad. En los años 90 no pedimos más comité, pedimos que la actividad fuera realizada apropiadamente y que si ellos lo quieren hacer con un comité, si lo quieren hacer con un servicio o personal contratado o como quieran hacerlo, no me importa pero lo que se necesita, para poder documentar a la población el nivel de seguridad que tiene el establecimiento, es que determinadas cosas fuera realizadas, que se haga vigilancia, que se hagan intervenciones, que se haga capacitación, que se evalúe el cumplimiento de las normas ¿Cómo lo hagan? Dimos total flexibilidad; sin embargo, para comenzar, si no hubiéramos comenzado creando comités, creo que no lo hubiéramos logrado, yo creo que es una etapa necesaria.

- PREGUNTA DE DOCTOR PEDRO BEJARANO: Ante todo felicitarlo doctor por la exposición y por la valentía de lavar la ropa fuera de la casa, que pocas personas lo hacen. Lo otro que quería preguntarle, era si no tiene alguna duda o no le crea ningún conflicto comparar la mayoría de las tendencias que existen en la evidencia que generalmente en un por ciento muy elevado es de origen anglosajón o nuestros pueblos que en ocasiones existe un fenómeno sociocultural que no permiten la comparación de la evidencia científica en algunos países con los países de América Latina.

Doctor Otaíza: Gracias. Somos muy cautos antes de comparar. Yo jamás compararía a Chile con Estados Unidos, en infecciones nosocomiales al menos. Primero porque nuestro sistema es nacional y en Estados Unidos es una muestra; segundo, porque el nuestro es de todos los hospitales y el de ellos es una muestra no aleatoria ni representativa sino de establecimientos que voluntariamente reportan. ¿Qué representan esos resultados? No sé. Yo prefiero mirar las tendencias. Me gustaría que hubiera más países que tuvieran análisis de tendencias, Perú está haciendo algo estupendo ahora con un nuevo programa de infección y esperamos poder trabajar con ellos y poder comparar pero aún así, las patologías de un grupo y del otro son totalmente distintas y sabemos que el riesgo está fuertemente asociado a las condiciones propias de los pacientes. Nosotros tenemos un sistema de estratificación en Chile, que tiene que ver con el riesgo del paciente, el tipo de procedimiento, etc pero funciona para nuestros hospitales. En ese sentido sería muy cauteloso en comparar un país con otro. De hecho yo recomendaría en contra, que no se haga, que se use sólo como una referencia lejana. Es mucho más interesante mostrar que un país tenía unas tasas X y las disminuyó a que me digan el valor de esas tasas porque ahí yo entro en la duda de qué exactamente es lo que se midió y como. Esa duda es un escepticismo propio de los epidemiólogos que no creemos todo lo que nos dicen, tenemos que medirlo. Espero haberle respondido.



Quiero agradecerles a ustedes porque ver lo que han hecho ha sido una experiencia tremendamente interesante y espero que en este día que me queda mañana, tener la posibilidad de conversar con alguno de ustedes, particularmente los que están trabajando y estoy aprovechando a comprometerlos públicamente para poder compartir experiencias. Lo que he visto es riquísimo y he estado con muchas ganas aprender todo lo que han hecho porque es realmente extraordinario y los felicito, muchas gracias.

**Seguridad del paciente:  
Enfoques y métodos para su control y mejora**

Doctor Pedro Saturno

El tema está motivado por la última parte de esta frase "Todo lo sabemos pero es cierto que la atención médica es potencialmente peligrosa". Vamos avanzando mucho pero es potencialmente peligrosa y por eso se producen efectos adversos y por eso se ha creado esta nueva área, entre comillas, esta alarma en torno a la seguridad. También hay quien dice, puesto que es potencialmente peligrosa, que la única manera de que no haya efectos adversos es no dar atención porque si damos atención siempre habrá un riesgo.

En el marco conceptual del área de seguridad al paciente hay tres cosas que creo que es conveniente señalar. Primero que la seguridad es una dimensión de la calidad; no me voy a meter tampoco a discutir mucho en torno a las conceptualizaciones de calidad pero sí les voy a dar algunos ejemplos de cómo si se saca de ese contexto probablemente estamos perdiendo mucho de lo que en realidad debe ser y puesto que es parte de la calidad pues vamos a ver qué es lo que se puede hacer y lo que se puede hacer es semejante a lo que podemos hacer para mejorar la calidad en general y finalmente dentro de este marco conceptual, cuáles son los aspectos que se pueden medir, los aspectos a los que hay que prestar atención a la hora de hablar de la seguridad del paciente.

En cuando a que sea una dimensión de calidad, unos ejemplos nada más. El primero, probablemente el más conocido es el último esquema de los muchos que se están produciendo. La verdad es que cuando hablamos de seguridad del paciente nos referimos a que la atención produzca beneficios y no daños. Los daños que se producen como consecuencia de la atención es lo que vamos a conocer como los efectos adversos, los efectos perjudiciales de la atención. Otro modo de conceptualizar la calidad, en este caso de OMS Europa, dicen que la dimensión de seguridad atraviesa todas las dimensiones que pueda tener la calidad puesto que tiene que ver con la efectividad clínica, con la eficiencia, con la necesidad de recursos humanos, con todo lo que tiene que ver con la calidad. El último es el esquema de la Cruzada Nacional por la Calidad, tiene que

ver con seguridad. Con esto creo que estaremos de acuerdo, que cuando hablamos de seguridad, estamos hablando de calidad. La separación es conceptualmente difícil de hacer. La segunda cuestión, puesto que es calidad, qué podemos hacer para mejorar, es igual que decir qué podemos hacer para afrontar el tema de la mejora de la seguridad del paciente. Yo tengo un esquema que vengo utilizando hace tiempo, uno puede entrar a la dinámica de la mejora, monitorizando y por lo tanto, poniendo evidencia según los indicadores que se utilicen, donde están los problemas, haciendo ciclos de mejora sobre los problemas detectados que pueden ser por monitorización o por otros métodos diseñando la calidad; es decir, planificando las cosas con arreglo a la evidencia para que no haya problemas pero luego también, aunque se haga planificación o se entre a la mejora de la calidad por planificación, pues hay que tener unos indicadores que nos monitoricen y nos indiquen si hay o no problemas de calidad. En todo el campo de la seguridad, lo que vamos a ir haciendo también son algunas de estas actividades e igual que con la gestión de calidad en general, gestionar la calidad debe implicar hacer las tres cosas.

Aún hoy es frecuente encontrar programas, iniciativas que son parciales, que solamente tienen indicadores, que solamente se dedican a solucionar algún problema puntual, que a lo mejor es lo que menos se hace en el tema.

¿Qué aspectos se tienen en cuenta en la seguridad del paciente? El más complejo, es el que se está aplicando ahora mismo allá en España a la hora de hacer un estudio epidemiológico amplio, de nivel nacional sobre los efectos perjudiciales de la atención, ahí se distinguen efectos adversos que pueden ser evitables o inevitables. Los evitables son casi todos ellos negligencias, no es difícil diferenciar efectos adversos evitables de la negligencia porque están muy, muy unidos. Hay litigios que es probablemente la base de instituciones como la CONAMED, que afrontan el problema y luego están las cuestiones importantes que se ven menos como son los quasi accidentes, los "near miss" que dicen los americanos y el tema global, general de los riesgos que en sí mismo puede conllevar la asistencia y que hay que intentar conocer también. En otro enfoque mucho más simple y que lo que intenta es buscar las causas o esquematizar las causas de que haya problemas de seguridad, pues se distinguen tres cosas, puede haber problemas de estructura que favorezca el que la atención sea adversa, puede haber problemas de fallas en los procesos de atención o puede haber fallas en la conducta humana que también están ligadas naturalmente a la anterior; o sea son cosas que no se pueden separar y por eso están representadas como círculos concéntricos, de manera que una se une a la otra y probablemente son difíciles de desligar aunque conceptualmente son claramente discernibles. Estos son los esquemas que se van a utilizar y que se están utilizando para medir y hablar de la seguridad del paciente.

Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar y sobre todo si no se usa evidencia científica.

Hay una frase que me gusta utilizar y que brindo también a ustedes y es que, seguro que la conocen, es muy famosa: que la mente es como un paracaídas, sólo funciona cuando se abre. Si nos cerramos a cualquiera de las disciplinas, a cualquiera de las innovaciones o métodos, probablemente nosotros estaremos perdiendo algo bueno.

Para finalizar con el esquema conceptual pues poner el énfasis en las cosas que ahora mismo se nota que son deficientes. La primera es que todavía estamos en pañales en el área donde se detecta un efecto adverso, se detecta algo mal hecho, se detecta un fallo pero aún tenemos una escasa capacidad en todos los países tanto en los que más como en los que menos, para notificarlo, analizarlo y por lo tanto, intervenir.

También, lógicamente, puesto que es un tema relativamente reciente no hay uniformidad en los métodos de identificación y medida, hay un gran problema de índole metodológico y hay una limitada comprensión y conocimiento de los aspectos que puede aportar la epidemiología en este tema; es decir, prevalencia, por qué ocurren, cuáles son los factores que determinan y cómo eso afecta la evolución y por lo tanto, finalmente como consecuencia, los métodos efectivos para prevenirlos. Sabemos mucho pero nos falta todavía mucho más por saber.

En relación con la relevancia del problema serán conscientes, creo que son relevantes los errores médicos. Cuando se habla de error médico, una de las consecuencias es que los médicos precisamente ni les gusta, ni les interesa el tema. Creo que es un error, valga la redundancia, haber iniciado todo el movimiento de la seguridad del paciente sobre la base de la frase: error médico. Yo creo que antes o después habrá un movimiento que cambie la cuestión de error médico por otro mucho más global como pueden ser fallas en la atención u otro tipo de cuestiones pero el error médico, creo que no ha sido un buen punto de partida aunque todo mundo sabe de qué estamos hablando. Voy a intentar dar una idea de porqué es importante en hospitales y por qué es importante en atención primaria. Adelanto que hay muchísimos más datos sobre los efectos adversos hospitalarios que sobre los efectos adversos de atención primaria a pesar de que la mayoría de la atención que se produce en la población primaria de momento aún no hay datos que hablen de ello.

Lo que inició todo esto, como ya saben, yo como homenaje, aunque sea, pues lo recuerdo, es este libro que apareció en el 99 que se llamó "Error es Humano", es una publicación de Estados Unidos que asustó. No es que antes no se hubiera estudiado el tema de los errores médicos y su repercusión; sino que en este momento, un grupo de trabajo decidió resumir lo que se sabía y entonces lo que resumieron fueron cosas tan terribles como estas: las defunciones por errores

médicos era más de que lo que se producía por accidentes o por cáncer de mama o por SIDA. Vieron o estimaron en esta década cuántas muertes podía haber por error médico, vieron o estimaron que los efectos adversos a fármacos estarán entre la cuarta causa de muerte en Estados Unidos y como consecuencia de esta publicación, fue cuando se inició afortunadamente todo el movimiento de seguridad al paciente porque aquí como siempre en calidad, las cosas hasta que no se miden, no se sabe la dimensión del problema; entonces hizo falta que se midiera para evidenciarlo. Posteriormente y ya dentro de todo el movimiento de seguridad del paciente, una de las imágenes que más se ha popularizado es la del queso suizo, qué quiere decir esto. Que cuando finalmente se desarrolla un evento adverso, ha habido que atravesar una serie de fallos a muchos niveles, fallos en el sistema, fallos en la supervisión, fallos en el personal y finalmente fallos en las técnicas o en las decisiones que se están tomando. A veces ocurre que hay fallas en alguno de esos niveles pero como no hay en otros, al error se le pone una barrera, ese fallo encuentra la barrera siguiente y no produce un efecto adverso pero es conveniente, por eso hablaba antes del marco conceptual, tenerlo todo en cuenta porque solamente al conocer donde pueden establecerse las reglas, es que se podrá prevenir. Esta imagen del queso suizo que es de James Risson ha hecho que se produzcan también informes como éste de OMS, Rafael Bengoa, que dijo: eso es queso suizo y además todos los quesos en todos los países tienen un montón de agujeros y entonces ahí se pueden empezar a incorporar los estudios que se han venido haciendo sobre el tema de seguridad, el estudio americano, el estudio británico, el estudio de Australia, todos van mostrando que realmente es un problema la alineación de agujeros en los quesos que hay en los sistemas de salud.

Como también ejemplo de datos comparativos que para mí indican probablemente una forma de medirlo muy diferente porque el tanto por ciento de efectos adversos va desde 3.2 hasta 16.6 según los estudios y según los países. El tanto por ciento de prevenibles también varía mucho aunque asusta o alienta o anima a trabajar en el tema de encontrar, que en algunos estudios se ha encontrado que más del 50 por ciento se pudieron haber evitado y éste es el porcentaje de ellos que conduce al fallecimiento que es el peor efecto adverso que se puede tener, naturalmente.

En fin hay muchos más datos. Hay menos estudios sobre costos que sobre los efectos adversos en sí mismo pero los que hay también son espeluznantes y yo quiero hacer el paralelismo con las pocas ocasiones en las que se hace también un análisis de los costos de la no-calidad, hacer los costos del efecto adverso es un costo de la no-calidad que siempre que se mide es fabuloso y hasta que no se mide, no se sabe.

Una de las pocas experiencias que hay y en la que estuve implicado para intentar medir algún tipo de efecto adverso

o alguna manera de acercarse a cómo podrían producirse en atención primaria. Es un cuestionario que le llamamos PROSPER Medicamento porque es una prolongación de uno anterior. PROSPER quiere decir: Patient's Reports Of System PERformance, es decir Informe del Paciente sobre el Funcionamiento del Sistema. Un cuestionario enfocado a conocer algo que no se sabe y que no está registrado en ningún sitio que es cómo utiliza el paciente el medicamento y que problemas puede haber en relación con la atención que haya recibido o las indicaciones que haya recibido.

De este cuestionario breve hay una serie de indicadores, algunos de ellos claramente relacionados con los efectos adversos como puede ser el no saber cuánto dura el tratamiento, cuándo la pauta de la dosis es equivocada, cuando hay recomendaciones o advertencias que el paciente no ha entendido, no se le ha dado o cuándo, al recetarse más de un medicamento, pues hay interacciones que a la mejor tampoco han sido advertidas.

Éste es un estudio que se hizo en 8 centros de salud, uno de los indicadores cuando el paciente recibe información confusa o contradictoria sobre cómo emplear ese medicamento. Otro indicador es el no saber cuánto tiempo tiene que estar tomando el tratamiento. Otro más es el de la interacción con alcohol o el evitar conducir o manejar máquinas de alta precisión, eso o no se hace o se hace incompleto o incluso se da un consejo erróneo. Otro indicador en este sentido es dosis excesiva para la que pudiera permitirse el medicamento.

Resumidamente los enfoques y métodos que tenemos o que se están haciendo para abordar este problema. El primero de ellos es el epidemiológico que debería subrayarse. En qué consiste el enfoque epidemiológico, pues básicamente emplear el método epidemiológico para aclararnos cuál es la incidencia, la prevalencia y los factores de riesgo asociados a los efectos adversos o sea, crear conocimiento que nos ayude a prevenirlos. Tener un conocimiento de la magnitud del problema y conocimiento de factores de riesgo y cuestiones que pueden ayudar a prevenirlos.

Esto es lo que se está haciendo con los estudios de prevalencia que se han iniciado en muchos países, entre ellos el mío, aquí también creo que se va a iniciar, tener una idea del problema y cuáles son los factores asociados.

El segundo enfoque es bastante más problemático pero existe y es el enfoque de los indicadores. Es decir, cómo podemos medir, monitorizar la presencia de efectos adversos; entonces ha habido como una urgencia de tener un conjunto de indicadores que te sirvan para medir eso y esta urgencia ha hecho que, ahora mismo, por ejemplo, haya cantidad de propuestas incluso internacionales de organismos como la OCDE. Lo que pasa es que la mayoría de los indicadores que proponen son de resultado con todos los problemas de validez que eso conlleva y todos los problemas de interpretación. Es decir, es un campo prometedor, hay

muchas propuestas pero yo quiero llevarles a ustedes el ánimo crítico de que aunque venga la propuesta de un organismo internacional, vayan al fondo de la cuestión a ver si realmente pueden servir para identificar problemas, para comparar porque pueden tener muchos problemas de interpretación al ser mayoritariamente de resultado.

Otro enfoque que a mí me gusta particularmente es resumir lo que se sabe que hay que hacer para prevenir un efecto adverso. De esto lo que se deriva son una serie de intervenciones e incluso de indicadores que no son de resultados sino mayoritariamente de estructura y de proceso; es decir, si no tiene usted esto probablemente se está provocando esto otro, si no hace esto, porque se sabe, está estudiado, hay suficiente experiencia y evidencia como para que eso sea así.

A mí me parece que es un campo de lo más prometedor. Uno de los documentos que estamos utilizando para identificar este tipo de cosas y pasarlas a medición e intervención es este documento que publicó el National Quality Forum donde hay unas 30 recomendaciones que se llaman de buenas prácticas o de prácticas seguras en la atención de la salud. Esas recomendaciones son agrupables y lo que te dicen es: hasta donde se sabe éstas son las cosas que hay que hacer, hay que crear la cultura de seguridad, hay que tener este equipamiento, estas cuestiones de staff en procesos concretos como pueden ser los quirúrgicos o como pueden ser los de UCI, estas cosas se sabe que incluyen en relación al uso de la medicación, esto se sabe que influye; entonces lo que estamos haciendo y de hecho en el tiempo que hemos estado trabajando también con la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a veces se incorpora aquí en México también, es pasar estas buenas prácticas a herramientas de medición, de manera que se pueda comprobar si están presentes o no y si no están presentes poder implementarlas porque son medidas preventivas.

Otro enfoque muy importante y que se está incluyendo, de hecho al final está confluyendo con el de buenas prácticas aunque nació antes, es el de la gestión de riesgos.

La gestión de riesgos apareció fundamentalmente también en Estados Unidos y tomó auge con motivo de las reclamaciones, los litigios en relación a los efectos adversos. Entonces inicialmente tenía una base fundamentalmente legal y económica, lo que pasa es que eso llegó a tomar tal dimensión que poco a poco ha ido cambiándose a un enfoque preventivo y a crearse en los centros sanitarios, las instituciones, el gestor de riesgos y la gestión de riesgos como una actividad de prevención de efectos adversos y por tanto, de prevención de litigios, que ese es el origen y es ahí donde estamos ahora mismo. O sea, se ha pasado de un enfoque claramente reactivo a los problemas de los litigios, a un enfoque proactivo, preactivo de prevención de que se puedan producir motivos de litigios; entonces ha ido confluyendo al campo de las buenas prácticas, al campo de la prevención de problemas que puedan llevar a la

presencia de efectos adversos. Eso es resumidamente de lo que les quería hablar aunque había algunos datos por allá.

Otro componente importante que tiene que ver con el cambio que se está produciendo de actitudes, con la sensibilización, con la formación. Hay multitud de iniciativas de todo tipo, de asociaciones profesionales, de sistemas de salud, de pacientes.

Hay tanta iniciativa que finalmente es como decir: ven y es que si no te dedicas a esto, estás haciendo algo mal. Porque el mercado te dice que la cosa va por ahí ¿No?

Finalmente, qué se está haciendo en España en este sentido. En España se ha iniciado un programa importante este año que incluye varias cosas. Incluye en primer lugar, igual que aquí en México un alineamiento internacional con la Alianza por la Seguridad de OMS pero también con iniciativas importantes de nivel europeo. Una puesta muy fuerte por parte del Ministerio de Salud desde el punto de vista que la mayoría de los recursos que se están utilizando para calidad este año, son para seguridad y un fomento clarísimo de encontrar instrumentos de investigación sobre seguridad que nos ayuden en cualquiera de las facetas.

Las líneas que se han establecido, una de sensibilización, hay otra de fomento e investigación sobre cuáles serían los mejores sistemas de declaración para aprender de los errores, reforzar el uso de lo que se sabe que está bien, o sea, la evidencia científica tan denostada y alinear estrategias y puesta en marcha de medidas en las propias organizaciones, a nivel local.

Hay muchas iniciativas y les hablaré de unas de ellas. Todo esto empezó en febrero del 2005 con una jornada abierta y con invitación a todo tipo de personas, no solamente personal sanitario también ciudadanos, una jornada abierta sobre seguridad de pacientes, seguía a un taller de expertos en el que tuve la fortuna de participar y después, en función de esas recomendaciones, puesta en marcha de un grupo técnico que incluye todas las comunidades autónomas, que es lo que quiere decir CFA, comunidades autónomas es el equivalente a estados de aquí y una propuesta fue que hubiese un órgano en donde estuvieran todos los secretarios de salud de los estados y que ahí se tomara una decisión que desvincula y que les obliga a cumplirlo en todos y cada uno de los estados. Pues eso es lo que se hizo en esta ocasión.

Hay también un programa para infecciones nosocomiales y lo que se ha hecho es alinearse inicialmente con lo que procura la Alianza de la OMS que es la promoción de la higiene y lavado de manos. Pero quiero decir que una de las iniciativas y una de las buenas prácticas identificadas es la sensibilización sobre el tema de seguridad en las instituciones; si no hay sensibilización sobre ese tema, si no hay un buen clima y una buena actitud con relación a la seguridad, no se van a poder producir notificaciones, no se va a estar atentos a poner las barreras en los quesos, tapar los agujeros, etc. entonces lo que creemos que es de utilidad

es establecer un diagnóstico de ese clima, de esa actitud en cuanto a la seguridad para poder intervenir sobre ello y focalizar un poco más las intervenciones de formación o de otro tipo una vez que se sabe cuáles son las cosas que están fallando.

En eso ha estado participando el equipo de la Universidad de Murcia y espero que también se haga aquí en México.

Otra cosa en la que estamos colaborando que para mí debe tener más relevancia que indicadores de resultado que no se sabe cómo utilizar, es encontrar indicadores relacionados con lo que hemos llamado, las Buenas Prácticas, es decir, con aquello que se sabe que previene errores en la atención. Hacer un listado de comprobación que tiene que utilizar diversas metodologías, también es un proyecto financiado por el Ministerio de Salud, en el que estamos comprometidos y creo que puede tener interés porque no es un estudio de situación sino va a estar enfocado a que una vez que se detecte qué es lo que falta, promover estrategias de intervención para que aquello que se sabe que hay que tener o hay que hacer, se tenga y se haga.

El aumento de complejidad quiere decir aumento de probabilidad de agujeros; es decir, aumento de probabilidad de que se produzcan efectos adversos; por ello es un tema en el que tenemos que incidir.

Esto ha sido todo, hemos visto el marco conceptual como una dimensión de calidad y los aspectos que se pueden estudiar, etc. La relevancia del problema, que se ha sabido desde que se ha medido. Quiero hacer énfasis de nuevo en que hay muchos datos de hospitales, muy pocos de atención primaria pero lo poco que hay indica que probablemente será igual de importante o más. Hay diversos enfoques a los que yo creo que no hay que renunciar, a ninguno de ellos, sino analizar cuál puede ser más efectivo, cuál puede ser más importante, más factible, etc. pero así rechazar de plano, ninguno y luego les he dado una idea somera de las cosas que estamos haciendo por allá que han empezado este año pero que tienen una muy buena prospectiva porque están financiadas y están en la primera línea de la estrategia de todas las comunidades autónomas, es como decir de todos los estados en naciones como la de México.

## La seguridad de los pacientes

Acad. Dr. Enrique Ruelas Barajas,

Muy buenas tardes. Agradezco la invitación del Dr. Carlos Tena para estar con ustedes esta tarde

Quisiera iniciar con el logotipo que ven ustedes (Figura 1).



Figura 1:  
Logotipo de  
Seguridad del  
Paciente

Esto es una iniciativa autóctona, diría yo, no solamente porque es mexicana sino porque es de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, particularmente una iniciativa de la doctora Odet Sarabia quien se apoyó de un diseñador para hacerlo a imagen y semejanza de los señalamientos que encontramos, por ejemplo, en zonas de radioactividad, y que podríamos colocarlo en los lugares con mayor riesgo para los pacientes.

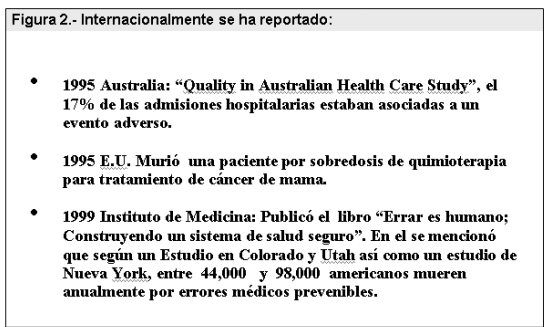
Lo que quiso hacer el diseñador es, si ustedes se fijan, en la silueta negra corresponde a un seguro, a un seguro de los que uno usa en la ropa, pero es interesante porque si observamos bien, no en la silueta, sino en lo que queda por dentro en amarillo, pues podría uno pensar que es una cabeza, un cuello y tórax y si vemos esta figura arriba podríamos imaginarnos que esta es otra cabeza de alguien que está protegiendo a la persona que está adentro del seguro. Esa es la interpretación de los diseñadores gráficos, la presentamos hoy, es la primicia, de tal manera que, insisto, esperamos que esto pueda difundirse y si alguien lo mejora, qué bueno, para que tengamos un símbolo muy claro de que en algunas áreas de nuestros hospitales, particularmente existen riesgos elevados para los pacientes.

A continuación voy a tratar de resolver cuatro preguntas muy concretas.

- I. ¿Por qué es importante la seguridad del paciente?
- II. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de los errores desde diferentes perspectivas?
- III. ¿Qué hemos hecho a la fecha desde la Subsecretaría de Innovación y Calidad?
- IV. ¿Qué tiene que ver este tema con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud?

Les daré algunos antecedentes de otros países que nos permitirán asomarnos a lo que está pasando y nos dará justa dimensión en nuestro propio contexto.

Empecemos por ver, por ejemplo, estos datos que vienen prácticamente desde 1995; aunque hay evidencias anteriores, de este fenómeno de la seguridad de pacientes de una manera muy puntual, estos son algunos de los antecedentes que arrancan desde entonces. (Figura 2)



Los datos australianos, en aquella época se estimaban que el 17% de las admisiones hospitalarias estaban asociadas a un evento adverso. En ese mismo año, la muerte de una

paciente por sobredosis de quimioterapia que se convirtió en un escándalo que empezó a marcar un hito en el tema de seguridad de los pacientes y en 1999, sin duda, el hecho más contundente que marca el parteaguas entre las tres eras que yo he calificado como la era de la no-aceptación del error médico, esto es, la era de la infalibilidad; la segunda era, la era de la infalibilidad relativa y la tercera era, el reconocimiento de la falibilidad expuesta.

A qué me refiero con estas tres eras y por qué en 1999, prácticamente al arrancar el siglo, estamos entrando en esta tercera era de la falibilidad expuesta.

Si uno se remonta muchos años atrás, a la historia del ejercicio de la medicina, y nos vamos hasta donde ustedes quieran, no hay duda, la infalibilidad es absoluta, tan absoluta que puede haber médicos que acaben siendo convertidos en deidades, en dioses y recordemos a uno de ellos muy famoso: *Imhotep* que siendo médico acaba siendo una deidad en la cultura egipcia. A Hipócrates no se le hizo dios porque no podía competir fácilmente con la mitología, pero probablemente en otra época también se le pudo haber hecho dios.

Y desde entonces, donde quisiéramos retroceder, desde los tiempos en los que pudiéramos ubicarnos hasta mediados del siglo XIX la infalibilidad es absoluta. Los médicos no se equivocan, y no se equivocan porque están influidos por la divinidad; el acto de curar es casi divino. Hay que recorrer la historia a través de diferentes culturas y en todos existe este fenómeno subyacente pero ¿por qué hasta mediados del siglo XIX? Porque a mediados del siglo XIX empieza por primera vez a aparecer información sobre situaciones que lejos de beneficiar a los pacientes, los dañan, siendo ocasionados los daños por el propio personal que los atiende y me refiero a dos personajes clave que marcan la transición entre esta infalibilidad absoluta a una era de infalibilidad relativa. Una de ellas es *Florence Nightingale* y el otro es *Semmelweis*. Los dos describen los riesgos a los que sometemos a los pacientes por no lavarnos las manos, por explorar a una paciente y a continuación a la siguiente, por los daños que se generan en los hospitales en la guerra de Crimea, tratando de salvar a los pacientes pero a fin de cuentas, por alguna razón, haciéndoles más daño del que uno hubiera querido y entonces empieza a ser evidente que la infalibilidad no es absoluta pero si rastreamos desde mediados del siglo XIX hasta finales del siglo XX tampoco hay un reconocimiento explícito de que podemos cometer errores; esto es, la infalibilidad es relativa, sí, sí pasan cosas, pero es muy raro, no es frecuente, no lo hacemos a propósito y el tema de la seguridad no aparece como no aparecía tampoco el tema de la calidad *per se* ¿Por qué? Porque veníamos arrastrando las inercias de la infalibilidad absoluta entrando en una era de infalibilidad relativa donde había que reconocer que sí, de vez en cuando y muchas veces acabábamos diciendo sí hay quienes cometen errores, yo por supuesto no, y sí los cometo, es por que no me doy cuenta, porque no los hago a propósito, de tal manera que

no es importante el tema. Esto marca el hito a lo que ahora denominó la era en la que estamos empezando a vivir, la era de la falibilidad expuesta.

Se exhibe, en efecto, los médicos, las enfermeras, los sistemas de salud pueden causar daño. Se hace explícito, ya no hay cómo tapar el sol con el dedo y el efecto que tuvo este informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos, fue un efecto de ondas expansivas que ha ido golpeando prácticamente a todos los países del planeta en todos los ámbitos de la prestación de servicios de salud (Figura 2).

El hecho de que el país más poderoso de la tierra con enormes cantidades de sistemas de control de calidad en todas sus actividades, en toda su economía, no se diga en los sistemas de salud donde hay una gran cantidad de demandas que hacen que los médicos se cuiden mucho de qué hacer y cómo hacerlo, pues a pesar de todo ello surgen cifras como éstas. Sí se cometen, y dichos errores pueden ser fatales.

Esto es lo que estamos viviendo hoy no solamente en México sino en todo el mundo. Veamos lo que sigue. En ese mismo país, en Estados Unidos publica el doctor *Donald Berwick*, uno de los gurús, si no es que el gurú actual en la mejora de la calidad de los servicios de salud, estos datos en ese artículo citado en el año 2003. En un estudio de 12,000 niños con otitis 30% recibieron antibióticos innecesarios, riesgosos y caros. Ocurren errores serios de medicación en siete de cada cien egresos hospitalarios. Sólo uno de cada cinco sobrevivientes de un infarto de miocardio recibe el tratamiento adecuado para evitar la recurrencia. Se identifican 800 histerectomías innecesarias y 500,000 cesáreas innecesarias (Figura 3).

Figura 3.- Internacionalmente se ha reportado:

- **En un estudio de 12,000 niños con otitis, 30% recibieron antibióticos innecesarios, riesgosos y caros (200,000 dólares USA por año)**
- **Ocurren errores serios de medicación en 7 de cada 100 egresos hospitalarios.**
- **Solo 1 de cada 5 sobrevivientes de un infarto de miocardio recibe el tratamiento apropiado para evitar la recurrencia.**
- **300 histerectomías innecesarias**
- **500,000 cesáreas innecesarias**

Berwick D. JAMA 2003

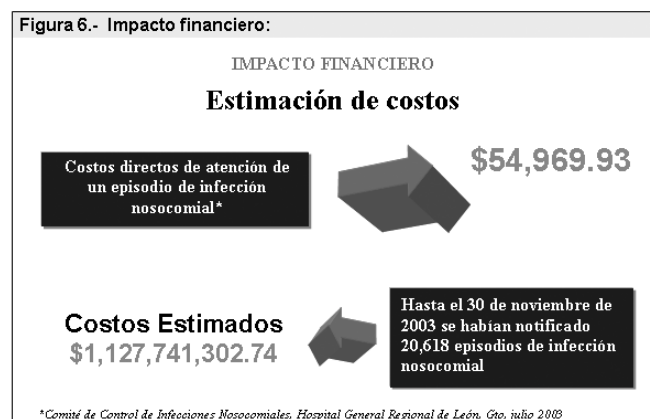
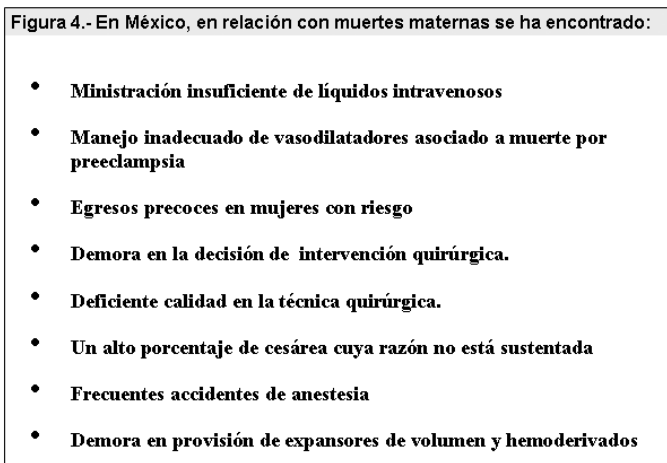
De las últimas cifras que tenemos que sabemos sobre el porcentaje de eventos adversos que se producen en un hospital. Me refiero a la última cifra, se estima, en números redondos y es una estimación general que el 10 por ciento de los pacientes hospitalizados sufren algún evento adverso. Ésta es una cifra que de alguna manera considera los datos de países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Canadá

y la reflexión que yo haría aquí, en primer lugar es, son países desarrollados, como decía yo anteriormente, en el caso de Estados Unidos o de Canadá o de Australia mismo con sistemas de control de calidad muy estrictos y de muchos años atrás. Tendríamos que pensar si nosotros estamos cerca de esto o no. Pero la segunda reflexión es que lo traigamos a nuestro propio entorno y si aquí hay directivos de hospitales como seguramente los hay, yo les propondría que hicieran un ejercicio muy rápido, cada uno de ustedes, calculando cuántos pacientes tienen hoy internados en su hospital, cuál es el 10 por ciento de ese número total de pacientes, ese es el número de pacientes que probablemente hoy, en este momento pueden estar sufriendo un evento adverso y se estima también que de ese 10% de pacientes que sufren un evento adverso el 2% fallece, de tal manera que hagan el cálculo y si sumamos todas estas cifras de todos nuestros hospitales públicos y privados, tendríamos cifras probablemente parecidas, proporcionalmente parecidas al dato publicado por el instituto de medicina de Estados Unidos, si es que asumimos que nuestros sistemas de control de calidad son parecidos también al de los Estados Unidos, sino habría que agregar algunos puntos decimales o algunos puntos porcentuales. (Figura 3).

¿Qué sabemos en México? Hay una enorme cantidad, seguramente, y tenemos algunos datos registrados de anécdotas. Hace un momento el doctor Garduño presentó este caso anecdótico de un paciente. También nosotros tenemos una colección de datos anecdóticos. No voy a detenerme en ellos en esta ocasión pero sí quisiera compartir con ustedes algunos estudios que tienen la solidez de tener algún valor estadístico o un análisis de un número mayor de casos.

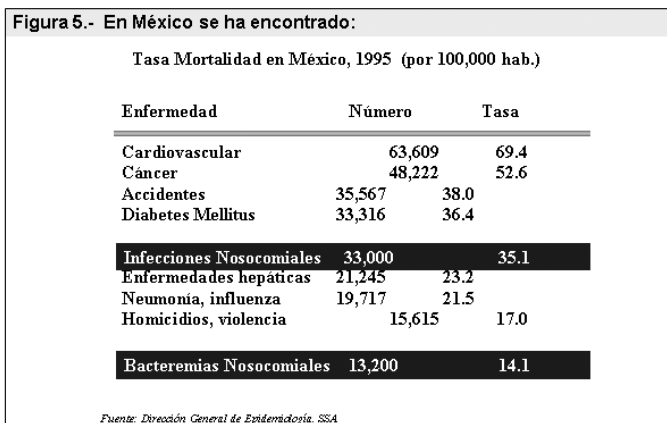
Ven por ejemplo, a raíz de la indicación que recibimos del doctor Julio Frenk hace un par de años de enfocar las baterías en la prevención de muertes maternas, algunas de las cosas que se encontraron como causas de muertes maternas y vean ustedes lo encontrado ahí. Ministración insuficientes de líquidos intravenosos, manejo inadecuado de vasodilatadores asociado a muerte por preeclampsia, egresos precoces en mujeres con riesgo, demora en la decisión de intervención quirúrgica cuando se requiere una cesárea, deficiente calidad en la técnica quirúrgica, un alto porcentaje de cesáreas cuya razón no está sustentada, frecuentes accidentes de anestesia y demora en la provisión de expansores de volumen y hemoderivados. Yo llamo la atención de ustedes en algo que voy a recalcar un poco más adelante, es el hecho de que aquí no hablamos de que no había expansores de plasma, no hablamos de que no había líquidos intravenosos, hablamos de que existiendo, no se usan adecuadamente; esto es, no todo es falta de recursos. (Figura 4)

Otro dato que también nos debe llamar la atención es el número de infecciones nosocomiales que tenemos registradas en el país y éste es un dato, sin duda, revelador



de las condiciones de seguridad. Si sumamos todas las infecciones nosocomiales registradas en el país, subrayo registradas porque hay subregistro y ubicamos esto, infecciones nosocomiales como causa de muerte, en qué lugar de la tabla de mortalidad general creen ustedes que se ubique la muerte por infección nosocomial.

Pues ahí están y éstas son las registradas. Asumamos que algún porcentaje de ellas fuese inevitable por el entorno en el que se dan, aún así creo que de todas maneras el dato es muy preocupante (Figura 5).



a la doctora Baridó. En su estudio publicado recientemente; destaca que en 396 pacientes quirúrgicos, 136 no reciben profilaxis con antibióticos y 260 sí.

Vamos a ver qué les pasa a estos 260 pacientes que recibieron antibioticoterapia para prevenir una infección postquirúrgica. Pues resulta que en estos 260 pacientes se prescribieron 22 antibióticos diferentes. La pregunta que siempre me hago y hago aquí es: todos estos 22 antibióticos pueden ser considerados como el antibiótico de elección o hay algunos otros, es pregunta para los clínicos o hay algunos que incluso podrían ser una verdadera aberración como profiláctico pero fíjense que lo que encontró la doctora Baridó; estos 22 antibióticos que se prescribieron, no se prescribieron solos; esto es, hubo algunos de ellos que sí se prescribieron solos, 15 de ellos se prescribieron solos pero en 68 pacientes se prescribieron en combinación, 32 combinaciones diferentes de 2 antibióticos pero resulta que no solamente se prescribieron dos antibióticos en combinación.

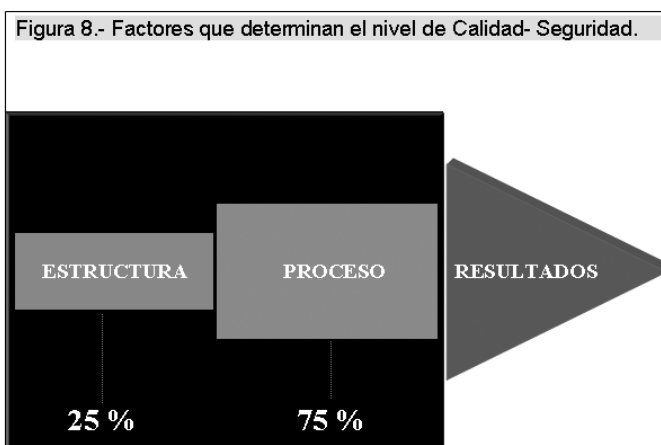
A 15 pacientes se les prescribieron 3 antibióticos en combinación, no vaya a ser el diablo y la pregunta vuelve a tener vigencia, los tres en esa combinación son la combinación de elección ¿Qué creen ustedes que resulte de esto? Pues es obvio, que solamente en un 31 por ciento de esos casos, la prescripción fue correcta. En dos terceras partes fue incorrecta y de esos, en el 22% de los casos, hubo un daño al paciente. Se afectó la seguridad de los pacientes (Figura 7).

Esto además tiene consecuencias no solamente en la seguridad del paciente sino que por otra parte genera costos que no deberían generarse. Aquí tienen ustedes la estimación del comité de control de infecciones nosocomiales del hospital general regional de León de 2003 (Figura 6).

Imaginense lo que podemos hacer si ahorráramos ese dinero y volvemos a la misma historia, no todo es falta de recursos, es más, a veces dispendiamos recursos y para subrayarlo déjenme enseñarles otro estudio de una investigadora muy destacada que se esta especializando en el tema y que seguramente nos va a seguir dando información muy interesante, por decir lo menos, me refiero



¿Cuáles son las causas de los errores? Déjenme empezar por ubicar las causas de acuerdo con el modelo consagrado del profesor Avedis Donabedian. Hay causas que evidentemente tienen que ver con los recursos o con la forma en que esos recursos se utilizan y se organizan. Hay causas que tienen que ver con el proceso mismo de atención y naturalmente esto da un resultado. Los porcentajes resultantes tienen que ver con lo que ya se conocía en la industria y que ya también demostramos en los servicios de salud. Estos porcentajes significan que el 75% de los problemas de calidad o en este caso, de los errores, son atribuibles a errores en los procesos de atención, no necesariamente a la falta de recursos (Figura 8).



Esto no quiere decir que no nos falten recursos, por supuesto, hay errores, hay situaciones que se generan por falta de recursos, nadie lo puede negar, pero lo que no se vale es poner como pretexto que no hay recursos para explicar algún error que no tuvo nada que ver con los recursos, como lo acabamos de mencionar hace un momento y que tiene que ver con el proceso mismo de atención ¿Por qué? Veamos algunas de las explicaciones sociológicas; esto es, cómo funcionan nuestras organizaciones hospitalarias, que finalmente conducen a que se cometan errores, a que se ponga en entredicho la seguridad del paciente. Veán ustedes algunas de estas explicaciones, algunas de ellas son obvias pero hasta que no se nos presenta lo obvio, no reconocemos que era obvio, a mayor número de personal involucrado en la atención de un paciente, mayor riesgo de eventos adversos, a mayor complejidad del proceso de atención, mayor riesgo de eventos adversos.

Mientras más fácil sea identificar a un individuo responsable de la atención del paciente, menor el riesgo de un evento adverso, algunos han escuchado esto y me parece que es fundamental destacarlo.

Hay una diferencia muy marcada entre la responsabilidad que se tiene por los pacientes en el sector privado vs. la que se tiene en un sector público, la diferencia para mí se resume en dos letras: es muy frecuente que uno escuche en el sector

privado al mismo médico que atiende en el sector público que diga: voy a pasarle visita a mí, dos letras, a mí paciente. En el sector público se utilizan otras dos letras, voy a pasarle visita a la o al paciente, no es mío y como siempre digo, éste es el típico fenómeno de fuente ovejuna. De quién es el paciente, de todos y de ninguno y ahí, en esa rendija, se nos van muchos pacientes.

Quiero decir que esto no exime tampoco al médico que se comporta así en el sector privado y que podría uno decir: qué bueno que vea que es su paciente, que es mí paciente porque a pesar de eso, a veces y todos lo hemos atestiguado, yo lo he atestiguado, hay médicos que le hablan a su ayudante para decirle: ve a ver por favor a mí paciente, atiende el parto de mí paciente porque estoy muy cansado; entonces no se exime la responsabilidad en estos casos pero sí creo que nos tiene que hacer pensar que en nuestro sector público tendríamos que hacer un gran esfuerzo para que los pacientes se sientan dueños por alguien, que alguien es su médico y que se siente que realmente es su médico, no es médico de la mañana o el médico de la noche o el residente, sino su médico, su enfermera.

Sigo adelante, a mayor énfasis en mecanismos de comunicación formal; esto es, que estén escritas las cosas y lleva a menor riesgo de eventos adversos.

A mayor sistematización de actividades críticas, menor el riesgo de eventos adversos; a mayor distinción de estatus entre los profesionales de la salud, mayor riesgo de eventos adversos. Lo explico muy brevemente diciéndoles: esto tiene que ver con la delegación; mientras más jerárquica es la organización, más se va delegando hasta que llegamos al pobre interno de pregrado que ya no tiene a quien darle órdenes. A mayor reconocimiento de los méritos de los individuos por proporcionar alta calidad, menor riesgo de eventos adversos. Y finalmente, a mayor visibilidad de la responsabilidad organizacional e individual por evitar o corregir eventos adversos, menor el riesgo de que estos ocurran. Yo me pregunto, en cuántos de nuestros hospitales o de nuestros centros de salud, particularmente en nuestros hospitales hay alguien responsable organizacionalmente de la calidad, de la seguridad de los pacientes o es nuevamente fuente ovejuna, somos todos pero no somos nadie.

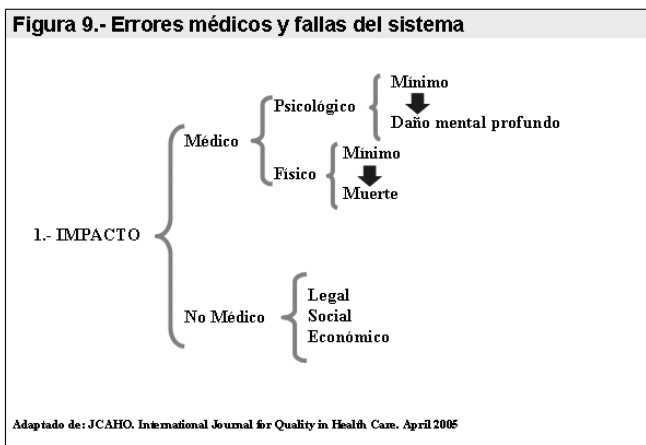
Otra clasificación que resume algunas de las causas; causas humanas, causas estructurales, mala comunicación, fatiga, prisa, falta de entrenamiento y capacitación, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de limitaciones propias, falta de alerta ante la rutina, podríamos detenernos en prácticamente cada uno de ellos y hacer amplias reflexiones.

La causa estructural se debe a un diseño organizacional defectuoso; esto es, falta de estandarización de procesos, no verificación de los procesos por el personal involucrado, falta de supervisión. Aquí también me detengo nada más para citar algo que nos preocupa permanentemente y tiene que ver con la delegación de responsabilidades a la que yo



hacia referencia hace rato. Desde hace 20 años, en 1985, el doctor José Luis Bobadilla que en paz descansa, en su tesis doctoral de la Universidad de Londres sobre mortalidad perinatal en 25 hospitales de la Ciudad de México, demostró y fue un hito en ese momento, que la causa que explicaba con mayor precisión la alta mortalidad perinatal era la proporción de médicos de base vs. el número de residentes. Esto es, donde hay más médicos adscritos por número de residentes, la seguridad es mayor. Donde los residentes son muchos y los médicos adscritos son pocos, la seguridad baja y demostró con cifras, en aquella ocasión, que una mujer que es sometida a una cesárea por un residente sin supervisión tiene 4 veces más riesgo de morir que una mujer que es operada por un médico adscrito. Esto es lo que pasa cuando no hay supervisión.

Se adiciona la falta de personal, diseño arquitectónico inadecuado, equipamiento deficiente o en mal estado, y mantenimiento insuficiente. Hace tres meses, en la Revista de la Sociedad Internacional de Calidad de Atención a la Salud, la primera clasificación que se intenta hacer sobre las causas, los tipos de errores médicos o de fallas del sistema y los autores provienen justamente de una organización que ya se mencionó, la Comisión Conjunta de Acreditación de Servicios de Salud de Estados Unidos. Y esta clasificación de abril del 2005 revela, como verán más adelante, que hay muchas formas de ver este problema pero además son tantas en esta clasificación que uno se pone a pensar que tuviéramos el tema dominado, seguramente la clasificación no sería tan compleja, así es que lo que están viendo, es justamente el inicio de una nueva era en donde estamos entrando a un tema al que no estábamos acostumbrados. De acuerdo con el impacto; esto es, cuál es el daño que se produce, ahí tienen ustedes los dos tipos de errores médicos o de fallas del sistema; médicos o no médicos, psicológico o físico y hay una enorme cantidad de categorías ahí que yo simplemente resumí con esa flecha que va desde un daño mínimo psicológico hasta un daño mental profundo o desde un daño mínimo físico hasta la muerte misma; y los no médicos, que pueden ser daños de carácter legal, social o económico (Figura 9).



De acuerdo con el tipo de error; esto es, con los procesos que fallaron, cómo se pueden clasificar. Hay errores o fallas de comunicación, de manejo del paciente y de desempeño clínico, de comunicación cuando la información es imprecisa o incompleta hacia el paciente, por supuesto, cuando el consejo o interpretación es cuestionable, el consejo hacia el paciente nuevamente, cuando el proceso es defectuoso para obtener consentimiento informado o bajo información, cuando el proceso de comunicación es cuestionable para reconocer problemas o cuando la documentación es cuestionable. Como en el caso que acabamos de ver, de ese cero que se agrega o de esa letra que no se entiende en la prescripción.

En el manejo del paciente volvemos al mismo tema de la delegación, delegación cuestionable, un seguimiento cuestionable del paciente, una referencia o íterconsulta cuestionable o un uso de recursos cuestionable; esto es, hay errores que pueden deberse a estas situaciones.

En cuanto al desempeño clínico, la comisión conjunta los clasifica en tres grupos: errores o fallas del sistema atribuibles al momento de pre-intervención, a la intervención misma o a la post-intervención. En la pre-intervención puede ser un diagnóstico correcto pero con una intervención cuestionable. O el diagnóstico incorrecto o el diagnóstico incompleto o el diagnóstico cuestionable. En el manejo del paciente, la intervención cuestionable, el procedimiento correcto que se complica, esta es una causa que sucede o bien el procedimiento correcto pero mal realizado, el procedimiento correcto inoportuno, la omisión de un procedimiento esencial, el procedimiento contraindicado, el procedimiento no-indicado o el paciente equivocado y finalmente en la post-intervención, un pronóstico incorrecto o incompleto o cuestionable.

¿En dónde y quiénes intervienen en este error o en esta falla del sistema? Esto es obvio, el error puede ser en el hospital, en una unidad ambulatoria, en el consultorio o en otro tipo de unidad, por personal médico, de enfermería o de otro tipo. Y finalmente ¿cuáles son las causas de aquello que provocó el error o la falla? Pueden ser causas sistémicas o causas humanas; las sistémicas, a su vez, divididas en organizacionales y técnicas; las organizacionales clasificadas como externas, aquellas que no tienen que ver con la organización en cuestión, administrativas, de diseño organizacional, de cultura, por las instalaciones de la propia unidad o externas y de éstas fundamentalmente equipo y material; de las humanas atribuibles al propio personal por sus habilidades, normas o conocimientos y creo que aquí, desde luego, nuestros abogados en México tienen clasificaciones mucho más precisas que esto, y las atribuibles al propio paciente y externas.

¿Qué hemos hecho a la fecha? Desde hace ya buen número de meses, empezamos en la Subsecretaría de Innovación y Calidad, primero por reclutar a un pequeño equipo de personas que se enfocaran en el tema, iniciamos

por diseñar un curso taller que ahora se ha ido extendiendo, como ustedes ven ahí, empezamos con 6 hospitales del estado de Morelos de los cuales van a ver algunos resultados en un momento más; seguimos con hospitales de la Secretaría de Salud en la ciudad de México, el Hospital Juárez de México y el Gea González, el Hospital Infantil de México Federico Gómez y recientemente concluimos un curso que ya tiene el carácter de ser el primer curso para diseminación hacia el resto del país en donde han participado el Hospital Civil de Guadalajara, El General de Occidente, General de Río Blanco, Veracruz, Rubirosa de Tabasco y General de Culiacán (Figura 10).

**Figura 10.-**

- **Curso taller para personal médico y paramédico con duración de 16 horas. “Seguridad del Paciente”**
  - Definición y difusión de conceptos básicos en seguridad del paciente.
  - Discusión de ejemplos reales en los que la seguridad del paciente se ha visto comprometida.
  - Herramientas para identificar riesgos, analizar causas y crear un plan de acción.
  - Impartido en 6 hospitales del estado de Morelos, Juárez de México, GEA González, Infantil de México, Civil de Guadalajara, General de Occidente, General de Río Blanco Veracruz, Rovirosa de Tabasco y General de Culiacán.
- **Benchmarking con la industria de la aviación**
- **Utilización de CALIDATEL para iniciar el reporte de eventos adversos**
- **Diseño y desarrollo del Sistema Nacional de Registro de Eventos Centinela**

Empezamos también algo que se ha hecho en otros países, porque queríamos tener *in situ* la comparación con los sistemas de seguridad en la industria de la aviación y tenemos ahora a bordo, a un experto en seguridad de aviación que ha venido trabajando con la doctora Odet Sarabia y con un servidor desde hace ya varios meses para tratar de hacer Benchmarking, análisis comparativo que nos permita aprender mucho de lo que ya se hace en la industria de aviación; insisto, esto no es nuevo, esto no es una innovación mexicana, esto es algo que se conoce de tiempo atrás.

Existe ya la posibilidad de que las personas reporten a Calidatel si algo sucede, pero además se ha diseñado una página en donde podemos empezar a recibir información de eventos adversos; esto seguramente va a ser complementario a la página que tiene ya la CONAMED de tal manera que sigamos avanzando como en muchas otras cosas de la mano con la CONAMED.

Fue interesante la experiencia de Morelos, se pudo constatar a través de un estudio realizado por la doctora Sarabia, la mejora en el clima de seguridad; esto es, qué tan conciente está el personal del hospital sobre el hecho de que hay que cuidar la seguridad en los pacientes, y hubo efectos interesantes, como por ejemplo la reducción de muertes maternas en ese periodo que fue un proyecto

también conjunto ahora con “Arranque parejo en la vida” de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud junto con la Cruzada Nacional por la Calidad.

Finalmente, estamos circulando unas pequeñas tarjetas de bolsillo con objeto de que podamos recordar aquellas acciones de seguridad del paciente que ya internacionalmente se sabe que hay que cuidar, desde el manejo de medicamentos, la identificación del paciente, la comunicación clave, el uso de protocolos, cirugías y procedimientos, qué hacer para evitar caídas de pacientes, qué hacer para evitar infecciones nosocomiales, qué considerar para evitar estos factores humanos a los que nos hemos referido o el clima de seguridad y la corresponsabilidad con el paciente. Yo coincidí totalmente con lo que acaba de presentarnos Juan Garduño en el sentido de que hay herramientas, hay instrumentos que no son cien por ciento efectivos; yo diría que la gran lección que hemos tenido en los últimos, probablemente 30 ó 40 años de investigación sobre la modificación del comportamiento humano en la salud, es habernos revelado que lo mejor es hacer tanto como se pueda. Si uno quiere cambiar el hábito tabáquico de una persona, no basta con meterlo a un curso para que deje de fumar, tampoco basta con ponerle su parche de nicotina, tampoco basta con otras acciones, tenemos que bombardearlo con una serie de intervenciones y en ese caso en particular, una, dos o tres o varias puede que tengan efecto.

Me parece que es lo mismo que aprendimos con los procesos de mejora de calidad, la calidad no mejora nada más con la acreditación de unidades o la certificación de hospitales o con la capacitación sobre el tema; mejora con un conjunto de intervenciones como es el caso de la Cruzada Nacional, que articuladas pueden empezar a tener efectos. Este es nuevamente el mismo caso.

Seguramente no habrá una sola receta para mejorar la seguridad de los pacientes como parte de la calidad, concluyo reflexionando sobre qué tiene que ver todo esto con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios. Hay un punto de encuentro obvio y seguramente el doctor Pedro Saturno abordó ya parte de este tema, yo seguramente lo que haré es nada más confirmarlo, pero si partimos de una de las definiciones muy conocidas también del profesor Donabedian, que nos dice que la calidad es una combinación de estas variables dentro del marco de valores socialmente aceptados, pues es obvio, no podemos, no tiene sentido, separar el concepto de seguridad del concepto de calidad. La seguridad forma parte de la calidad, la seguridad es intrínseca al mismo concepto en la medida en la que, de lo que se trata es de proteger al paciente de riesgos innecesarios, al tiempo que le ofrecemos los mayores beneficios posibles y esto es lo que nos llevó, cuando se lanzó la cruzada, a utilizar una palabra que ya vieron también con el doctor Saturno, en aquel momento utilizábamos la palabra “Sonríe” tomando en cuenta las últimas tres letras y tiempo después y así como en serendipia se me ocurrió que

había que utilizar las otras tres, ahora me pregunto ¿Por qué no se me ocurrió desde el principio? Pero así pasan las cosas y afortunadamente, muy afortunadamente en español, existe esta palabra que es sonríe y cuya primera letra es la S, lo cual en efecto nos permite recordar de lo que se trata nuestra cruzada por la calidad, en los esfuerzos para mejorar la calidad, pues proteger en primerísimo lugar la seguridad de los pacientes. Desde hay que dar servicios oportunos y por supuesto hay que satisfacer las necesidades de los pacientes. Por el otro lado es imperioso que los resultados clínicos puedan ser constatados con indicadores y que esto nos permita asegurar que la atención es efectiva. Estas tres letras, estas tres palabras se pueden resumir en la medicina con base en evidencia pero por otra parte pues se trata también de garantizar respeto para los pacientes, información apropiada para que entiendan sobre su diagnóstico, sobre su pronóstico y sobre su tratamiento y por supuesto, fundamental, la empatía. En resumen, hasta aquí, la seguridad de los pacientes es intrínseca al concepto de calidad e insisto, en nuestro español, se dio la afortunada coincidencia de que en esta palabra que encierra además el mejor, signo que uno quisiera observar cuando el servicio es de calidad y es una sonrisa, pues en esta palabra se encierra la seguridad de los pacientes en primer lugar. (Figura 5).



Figura 5. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

A manera de conclusión quisiera cerrar con unas cuantas reflexiones. La primera de ellas se la escuché al doctor Donald Berwick hace ya 10 años, lo cual me hace pensar en algo que él mismo ha escrito; *la difusión de conocimiento, la difusión de las innovaciones toma años*, él cita, por ejemplo, desde el momento en el que un marino inglés identificó que dándole limón a sus marinos, evitaba el escorbuto hasta el momento en el que la vitamina C empezó, ya de manera estandarizada utilizarse para corregir el escorbuto, pasaron 250 años. Hoy se estima que en los servicios de salud en Estados Unidos, no me quiero imaginar qué sucede en otros países, en Estados Unidos desde que se introduce una innovación hasta el momento en que se introyecta en el

funcionamiento del sistema, pasan 17 años. Donald Berwick, en 1995 en el Congreso de la Sociedad Internacional de Calidad en Canadá presentó imágenes de errores como los que presentó Juan Garduño pero con fotografías de las recetas en donde incluso al público le decía: a ver qué dice aquí, los que piensen que dice esto, levanten la mano y los que piensen que dice esto otro, levante la mano y el público nos dividíamos en dos y él decía, pues eso es lo que pasa con un pobre paciente, un médico pudo haber entendido una cosa en esa receta y el otro otra, o la enfermera una y la otra, otra.

Pero esto hace 10 años que lo dijo Donald Berwick. Tomó de él esta primera fase: *Todo sistema está perfectamente diseñado para producir lo que produce, si hay un error médico, quiere decir que todo estaba perfectamente diseñado para que eso ocurriera; esto es, no fue casualidad. Algo no se compró, alguien no se coordinó, alguien no dijo algo, alguien no anotó bien algo, alguien no supervisó, todo se va encadenando, todo el sistema está perfectamente diseñado para producir lo que produce.* Afortunadamente nuestros sistemas de salud están diseñados para que produzcan más bien que mal, sino estaríamos verdaderamente locos pero cuando sale mal, no es culpa de uno nada más; es que el sistema estaba así diseñado.

Segundo, cualquier sistema de atención a la salud puede producir daño, asumamos que ya entramos en la tercera era, ya no hay infalibilidades ni absolutas ni relativas, somos falibles.

Tres, en los sistemas se crean inercias que hacen que lo que no debía tolerarse, se tolere. Luchemos contra las inercias, contra la costumbre; siempre ha pasado eso, no sé porque ahora les preocupa.

Todo daño es teóricamente prevenible. Finalmente concluyo con lo que siempre digo: Todo esto no es porque asumamos que las cosas se hacen mal; todo esto es para recordarnos que siempre podemos hacer las cosas mejor.

Nuevamente muchas gracias señor comisionado y gracias ustedes por su atención.

**La calidad como medio para evitar el error en la atención Gineco Obstétrica**

Mayor M.C. Santos Regino Uscanga Sánchez

El tema al que me invitaron es LA CALIDAD COMO HERRAMIENTA PARA EVITAR EL ERROR MÉDICO y a manera de introducción aprovecharé esta lámina donde se observa la relación entre la tasa de mortalidad descendente, por cáncer cérvico-uterino y el incremento en el número de citologías con correlación inversamente proporcional.

No existe duda de que el cáncer invasor es un evento más bien raro en relación a todas las mujeres con infección por virus de papiloma humano y de que es la relación entre el huésped y el sistema inmune lo que parece explicar este

evento. Por lo cual el CaCu es un evento más bien raro de la infección del virus del papiloma humano. Entonces una mujer que se infecta de virus de papiloma humano, evoluciona a NIC 1 en algún porcentaje, posteriormente a NIC 2 o NIC 3 y eventualmente a la invasión y desafortunadamente a pesar de los recursos terapéuticos algunas de ellas mueren pero afortunadamente son las menos en relación a todas aquellas que tuvieron contacto con el VPH. Para luchar por evitar el final se han desarrollado diversas estrategias que abordan los diferentes momentos de la historia natural de la enfermedad mencionada, como detección oportuna, sistematización de la atención médica, regulación del papel de la colposcopia, avances tecnológicos en cirugía, radioterapia y quimioterapia, lo que ha resultado en una disminución de la tasa de mortalidad en nuestro país, pero hay un conocimiento reciente que permite un abordaje superior al comprender que el evento final es consecuencia de fundamentalmente de una incapacidad del sistema inmunológico. Se espera que con el diseño de la vacuna la tendencia de la tasa de mortalidad disminuya abruptamente y no de manera paulatina como hasta ahora se ha comportado.

Este comportamiento de la tendencia, permite centralizar nuestra atención en la eficiencia de los sistemas de salud.

Las pacientes llegan a organizaciones de atención médica que están insertas en un sistema de salud con una filosofía y un modelo mental, reciben atención médica, y alguna de las veces, se comete algún error, y en alguna proporción ese error lleva a una complicación y esa complicación puede a llevar a la muerte. Este comportamiento nos lleva a la reflexión previamente presentada posicionando a la muerte, las complicaciones y a los errores, con una relación estrecha sobre la eficiencia, la filosofía y el modelo mental que rigen nuestro Sistema Nacional de Salud, más que solamente una falta de acciones correctas en cada momento de la atención médica

Entonces el reto es definir como fortalecer estos aspectos en nuestro Sistema de Salud, y la decisión tiene que ver con un enfoque sistémico que rete nuestro modelo mental más que implementar solamente un modelo de calidad, o el cumplimiento de alguna estrategia como una Cruzada Nacional por la Calidad, ISO 9001, 2000, Intragob, INNOVA, MNCT etc.

Todas las instituciones y las organizaciones que se dedican a brindar atención médica se afectan por el Plan Nacional de Desarrollo que comprende los pilares de Orden y Respeto, Crecimiento con Calidad y Desarrollo Humano, de donde se derivan el Programa Nacional de Salud y los modelos de gestión de calidad. Lo anterior requirió que el personal de salud que actualmente se centraba en aspectos asistenciales, al vernos inmersos en la vorágine de la calidad, aprendiéramos aspectos que no nos enseñaron en las escuelas como los criterios para la certificación por el Consejo de Salubridad General para hospitales donde vemos criterios

de estructura, procesos, resultados, un sistema de información, aspectos como los plasmados en modelo nacional de calidad de donde se derivó el modelo INTRAGOB, aspectos mencionados en ISO 9001-2000, etc.

La zona "cómoda" desapareció y actualmente se enfrenta el reto de aprender estos conceptos para integrarlos en nuestras organizaciones.

Un hospital para la atención gineco-obstétrica como se menciona en el libro de Williams de Obstetricia tiene que ver con la reproducción de una nación, tiene que ver con la cantidad y la calidad de las nuevas generaciones y de una manera muy sencilla se puede traducir que su misión es lograr una mamá sana, con un bebé sano, pero además, ahora nos piden que realicemos las acciones suficientes para que los pacientes y su entorno tengan la percepción de estar recibiendo servicios médicos de calidad.

Podemos preguntarnos ¿Cuál es el estatus del error médico en México? Ya lo vimos, no tenemos información confiable, esa es la verdad.

¿Cuál es su incidencia? ¿Cuáles son sus causas?, ¿cuál es su relación con la mortalidad?, ¿cuál es su relación con las demandas?, ¿cómo disminuirlo?

Las respuestas son difíciles de proporcionar ya que no existe un registro confiable, pero viendo a la mortalidad materna en ciertos casos como un evento final de la magnitud de la presencia del error médico podemos analizar algunos aspectos.

La Organización Mundial de la Salud, informa una tasa de mortalidad materna por 100,000 recién nacidos vivos en 1980 de 15 / 100,000 con una tendencia descendente posicionando a la mejor práctica en 5/100,000. México en 1999 en 64/ 100,000. Estas cifras nos permiten identificar la considerable brecha entre la mejor práctica clínica conocida en el mundo y nuestro país, donde la mitad de los egresos hospitalarios son de gineco-obstetricia.

La experiencia vivida durante los últimos 6 años en un Hospital de Gineco-Obstetricia de las Fuerzas Armadas de México denominado Clínica de Especialidades de la Mujer nos llevó a una relación causa efecto entre la implementación del sistema de gestión de la calidad y de la cultura de calidad, con niveles y tendencias que convirtieron a nuestra organización en competitiva, por los resultados de valor creado a sus grupos de interés y con enfoque al paciente y a su familia.

El comportamiento de la tasa de mortalidad materna inicialmente no mejoró aún cuando se incrementó la tecnología y la estructura hospitalaria. Se observó mejoría con acciones correctivas inmediatas. Como parte de la política de la Superioridad se materializó la estrategia del funcionamiento con estándares de gestión de calidad lo que nos permitió alcanzar niveles y tendencias competitivas en nuestro país. Actualmente dentro de los objetivos estratégicos está el alcanzar competitividad con la mejor práctica clínica mundial.

Durante la implementación de nuestro sistema de gestión de calidad estudiamos aspectos incluidos en la Certificación

por el Consejo De Salubridad General, del modelo de calidad INTRAGOB, del INNOVA con las 6 estrategias de la agenda presidencial de Buen Gobierno, etc.

Aprendimos la administración por procesos y sus diferencias con la administración por objetivos, pero sobre todo comprendimos los conceptos de enfoque sistémico y de modelos mentales.

Diseñamos nuestro propio sistema de gestión de calidad para dar respuesta a los diferentes procesos de evaluación y certificación.

Durante el camino aprendimos a ver los procesos y no solamente a trabajar en ellos. Supimos entonces que la interacción de las partes pesa más que la sumatoria de todas ellas y que es indispensable el trabajo en equipo con conocimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

El ampliar las fronteras de los procesos se convirtió en una necesidad a todos los niveles lo que nos llevó a una mejora en la referencia, la contra-referencia y la eficiencia en la atención médica proporcionada.

Actualmente sabemos que implantar una cultura con conocimientos de calidad es indispensable para la implementación de cualquier sistema de calidad, ya que ello nos conduce a generar actitudes en que permitan crear valor en las pacientes y en sus familias. Uno de los retos más complejos es recuperar el liderazgo del médico en el equipo multidisciplinario de salud mediante el desarrollo de la competencia en la cultura de calidad.

Recuperar ese liderazgo médico en los equipos de trabajo, es nuestra estrategia actualmente. Pensamos que este camino es el que nos va a llevar realmente a la calidad y esto va a evitar el error médico y no solamente los sistemas de control y de registros. De poco servirá la medición si una actitud sistémica en cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud.

La calidad puede evitar el error médico siempre y cuando se oriente a crear un entorno armónico que facilite el trabajo diario, tengamos mecanismos de retroalimentación confiables y expeditos, nos reverenciamos con la mejora práctica conocida, midamos el desempeño de procesos, de personas, de grupos de trabajo y sobre todo, que el médico desarrolle la competencia necesaria en calidad para que se re-posicione de nuevo como líder del equipo multidisciplinario de salud mediante una interacción favorable de la cultura médica, académica y de calidad.

Con este enfoque se comprende que es la implementación de una cultura de calidad en las personas y los grupos de personas la medida de alto impacto que mueva a un sistema de salud hacia la mejora continua.

## El Error Médico: Eventos adversos

Dr. Héctor G. Aguirre Gas

### Introducción

La misión central de la profesión médica es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la recuperación de su salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, de "primero no hacer daño", o la premisa de Avedis Donabedian de buscar el máximo beneficio de los pacientes, con el mínimo riesgo, y actualmente dentro de los principios éticos de la práctica, se señala en primer lugar al principio de beneficencia, que a través de varios preceptos, nos conduce a buscar el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de no maleficencia, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño.

Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del médico de prevenir y evitar cualquier acto médico que pudiera ocasionar daño al paciente.

Aunque cualquier acto médico, potencialmente puede ser causante de daño, la situación más propicia para que un paciente pueda sufrir agregado a la enfermedad con que cursa, es durante su hospitalización, desde la posibilidad de una infección hospitalaria, una complicación o un evento adverso de diferentes tipos.

Es responsabilidad del médico, tanto desde el punto de vista profesional, como ético e inclusive legal, prevenir, evitar, identificar oportunamente y manejar eficientemente cualquier evento adverso que pudiera presentarse, particularmente si este hubiera sido secundario a un error médico.

En trabajos previos hemos propuesto el concepto de "Calidad de la Atención Médica" como: *"Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas"*.

Después de más de dos décadas de vigencia de esta definición, en la actualidad se ha hecho necesaria su actualización, de la siguiente manera: *"Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos vigentes que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y evitar eventos adversos"*.

Teniendo como premisa la definición previa, debe tenerse presente permanentemente que la atención médica debe ser:

- Oportuna.
- Con calidad.
- Centrada en el paciente.
  - Satisfacer sus necesidades de salud.
  - Satisfacer sus expectativas.
- Efectiva.
- Eficiente.
- Equitativa.
- Satisfactoria para el personal.
- Basada en la capacitación y actualización permanente del personal.
- **Segura.**

El error médico, como causa de eventos adversos, ha sido uno de los temas de mayor actualidad en las discusiones sobre la calidad de la atención médica en nuestro país, tanto por las demandas frecuentes ante las autoridades judiciales, por los pacientes en contra de los médicos, como por los reportes ante las Comisiones de Derechos Humanos, Nacional y del Distrito Federal, particularmente desde que aparecieron en las instituciones de salud, los Departamentos de Orientación y Quejas y en años recientes, con la aparición de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que vino a dar un giro importante a este problema.

La posibilidad de que una queja fuera analizada por expertos, con un procedimiento perfectamente establecido, con una metodología científica depurada y por médicos expertos en cada tema y la posibilidad de buscar una conciliación entre las partes en conflicto, dieron lugar a la solución de la mayor parte del problema.

La promoción de las quejas por abogados sin escrúpulos a las salidas de los hospitales o de los servicios de urgencias, para obtener dinero de los médicos, estimulando a los pacientes o a sus familiares para presentar demandas y obtener porcentajes muy importantes de lo conseguido, ha venido a menos significativamente.

La opción que ahora se tiene de poner en contacto al médico con las personas que están presentando la queja, ha permitido que en un gran número de casos, las explicaciones dadas por el primero y el entendimiento del problema por los segundos, den lugar a un desistimiento de la queja.

Adicionalmente ahora se cuenta con la Carta de los Derechos de los Pacientes, que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos ante ellos y la Carta de los Derechos de los Médicos, que permite conocer a los pacientes y a sus familiares, hasta donde está obligado un médico a prestar servicios, ha disminuido el número de quejas, porque los médicos se preocupan por no dar lugar a ellas y los pacientes tienen conciencia de no presentar quejas inútiles.

Cabe considerar el hecho de ninguna de las profesiones, ni ninguna de las ciencias están exentas del error. Son conocidos los errores cometidos en los cálculos de construcciones por los ingenieros que conducen a su derrumbe con sismos de magnitud variable, errores económicos que

han dado lugar a crisis que han afectado de manera muy importante a la mayor parte de la población, errores políticos y entre ellos el error médico.

En las matemáticas, en la física, en la química, consideradas como ciencias exactas, en que se tiene control de todas o cuando menos de la mayoría de las variables, llegan a presentarse errores, justificables o justificados o no.

Hay quienes discuten si la medicina es una ciencia o no lo es, en función de muchos factores, entre ellos el desconocimiento y control de todas las variables y la falta de reproducibilidad de la mayoría de los fenómenos. Se discute si es ciencia, arte, fe o magia, o tal vez una combinación de todas ellas. Esta falta de control de las premisas que pueden llevarnos a un diagnóstico equivocado, a un tratamiento inefectivo o a un evento adverso, hacen muy vulnerable el acto médico.

No obstante, el médico tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad, por lo cual debe estar bien preparado para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente; siendo requisitos "sine qua non": una preparación adecuada, un acto médico realizado conforme a los cánones más depurados, decisiones basadas en evidencias y dentro de lo factible una amplia experiencia.

La National Academy Press en Estados Unidos (EEUU), en el año 2000 informó que los eventos adversos ocurren en el 10% de los ingresos hospitalarios, señaló que por cada dólar gastado en medicamentos, se requiere otro dólar para tratar los problemas de salud generados por ellos, así como que en Inglaterra (UK), las infecciones nosocomiales costaron un billón de libras esterlinas.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization considera que los eventos adversos representan la tercer causa de muerte en EEUU, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

### Conceptos.

Con el propósito de definir el ámbito dentro del cual se desarrollará este trabajo, se tratará de establecer los conceptos principales del tema:

### Errar:

- Acto humano relativo a no acertar o cometer un error.

En este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión o al aplicar un criterio médico. Sin embargo es conveniente hacer mención de la frase "errar" es humano, que hace referencia a la imposibilidad de ser infalible, dentro de nuestra condición de pertenencia a la especie humana. Dentro de los Derechos de los Médicos, propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se considera el correspondiente a ser falible: "Que se

reconozca su falibilidad como humano que es, en los aspectos inherentes a su profesión”.

En atención al postulado anterior, ¿Qué es un error?:

**Error:**

- Concepto equivocado.
- Juicio falso.
- Acción desacertada.
- Diferencia entre un valor médico o calculado y el valor real.
- Equivocación de buena fe.

Si nos ubicamos en la práctica médica, la acepción más claramente aplicable es la de: *“equivocación de buena fe”*, teniendo en cuenta que un acto de mala fe, implica dolo y por lo tanto implica daño intencional y puede ser sujeto a una sanción o al ejercicio de una acción penal.

Tomando como base los conceptos presentados se propone el siguiente concepto:

**Error médico:**

- *“Conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto”.*

¿Cuál es entonces el reto al que nos enfrentamos los médicos?

- Toma de decisiones con base en criterios.

¿Cuál es entonces en concepto de criterio?

**Criterio:**

- Norma para conocer la verdad.
- Juicio o discernimiento.

En los casos en que se tiene una norma que define los criterios correctos y los incorrectos la decisión podría ser sencilla. En su defecto el médico tendría que aplicar su juicio clínico o llevar a cabo un discernimiento con base en sus conocimientos, las evidencias disponibles, las normas vigentes o su experiencia. Conforme a lo anterior se propone el siguiente concepto:

**Criterio médico:**

“Juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentado en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia”.

Como consecuencia de lo anterior:

- Si tenemos una opción clínica, claramente correcta y una opción claramente incorrecta, conforme a los conocimientos médicos vigentes y las evidencias disponibles, no es necesario aplicar ningún criterio, la decisión es sin duda, tomar la opción correcta y desechar la incorrecta. Tomar la decisión incorrecta implicaría automáticamente un error médico.
- Cuando no existe una opción evidentemente correcta o una evidentemente incorrecta, es necesario aplicar el criterio médico para tomar la decisión mejor o tomar la decisión menos mala. Tomar la decisión menos buena o la más mala, equivaldría a un error médico. Debemos tener en cuenta que cuando no hay una opción clara, correcta o incorrecta, estamos en riesgo de cometer un error.

Aún cuando un evento adverso puede tener su origen en problemas estructurales, nos referiremos fundamentalmente a los errores en el proceso.

Los errores en el proceso pueden dar lugar a dos situaciones diferentes. Por una parte, que el error haya afectado el resultado de la atención, haya alterado en forma negativa la historia natural de la enfermedad y por lo tanto haya dado lugar a un evento adverso. Sin embargo la mayoría de las veces los errores en el proceso pasan inadvertidos o no se identifican como consecuencia de no haber dado lugar a un evento adverso; en tal caso no queda constancia del error y “oficialmente no existió el error”. Esta circunstancia ha sido denominada como “cuasi falla” y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso.

Pero el problema no termina ahí. Vamos a suponer que no existió error en el proceso; en primera instancia se obtendría el resultado esperado y por lo tanto, no sería de esperarse que se presentara un evento adverso, situación que ocurre la mayoría de las veces.

No es raro que se presenten eventos adversos, que no hubieran sido precedidos por un error en el proceso, en cuyo caso la primera opción es preguntarse si no se trató de un error que no hubiera sido identificado y la segunda opción, preguntarse si fue un evento adverso que no hubiera sido precedido por un error. En esta segunda opción podrían haberse dado dos circunstancias: la primera que el evento adverso hubiera sido previsible o prevenible o bien que hubiera sido un evento adverso no previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable.

La Joint Commission on Accreditation of Health Organization, propone la siguiente definición de evento adverso: *“Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente o produce una lesión física o psicológica grave, o el riesgo de que ocasione cualquier otra variación que pudiera producir un resultado adverso grave”.*

Con el propósito de adecuar el concepto anterior a nuestro medio y con nuestro lenguaje, proponemos la siguiente definición:

**Evento adverso:**

“Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica, que produce daño físico o psicológico graves, riesgo de muerte o la defunción del paciente”.

**Principales eventos adversos.**

Los principales eventos adversos pueden ser clasificados en dos grandes grupos, según se disponga de sistemas de identificación y registro o no:

- Se cuenta con sistemas de registro para:
  - Muerte materna.
  - Reacciones transfusionales.
  - Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
  - Infecciones intrahospitalarias.
  - Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Se carece de sistemas de registro para:
  - Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
  - Complicaciones quirúrgicas graves.
  - Retención de instrumental postcirugía.
  - Suicidios potencialmente evitables.
  - Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
  - Retraso en el tratamiento.
  - Sujeción o reclusión inadecuadas.
  - Caída de pacientes.
  - Accidentes anestésicos.
  - Egreso de infante con familia equivocada.
  - Robo de infante.
- Es indispensable trabajar para promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.

**Causas de los eventos adversos.**

En atención a sus causas los eventos adversos pueden ser: prevenibles y evitables, o bien inevitables cuando sus causas no se ubican en el proceso de atención médica, no son conocidas y pueden ser consecuencia de un error o en ausencia de él.

Dentro de las fallas en la estructura se encuentran:

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Deficiencias en los sistemas.
- Fallas en el equipo.
- Mala calidad de los medicamentos o material de curación.

- Personal insuficiente.
- Insuficiente capacidad profesional.
- Capacitación deficiente del personal.

Como fallas en el proceso se puede citar:

- Deficiencias en los criterios: error médico.
- Deficiencias en la organización.
- Medidas de seguridad insuficientes.
- Identificación deficiente del paciente.
- Carencia de sistemas de alarma.
- Relación médico paciente deficiente.
- Registros deficientes en el expediente clínico.
- Disponibilidad de información insuficiente.
- Deficiencias en la coordinación y comunicación entre el personal.
- Deficiente comunicación: no escuchar a la familia.
- Deficiente comunicación: no escuchar al paciente.
- Cultura de la organización.
- Seguridad del procedimiento.
- Factores inherentes al paciente:
  - Falta de información.
  - Desconocimiento de sus problemas.
  - Participación insuficiente del paciente y la familia.
  - Intolerancia a medicamentos o material de curación.
  - Alergia no conocida a medicamentos.
  - Idiosincrasia a medicamentos.

**Prevención de los eventos adversos.**

Ahora bien, ¿cómo podemos protegernos de los eventos adversos?

En primera instancia se hace necesario resolver los problemas estructurales y en el proceso antes mencionados, casi todos ellos fáciles de identificar y posiblemente de resolver, sin embargo queda el problema del evento adverso, como consecuencia de un error médico.

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que este ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomienda:

- Basarse en las Guías Clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación, de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito. Las guías van a ser un hilo conductor que nos va a conducir por el camino de las mejores prácticas, determinadas por los expertos en la materia y auxiliarnos en la decisión para elegir el mejor criterio. Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción



o de prescripción. Debe tenerse en cuenta que las Guías Clínicas, son eso, unas guías, no una camisa de fuerza restrictiva.

- Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias.

Si tenemos en cuenta el significado de la palabra "evidencia":

- Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar.
- Prueba de algo.
- Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían progresivamente y la aplicación de un criterio se realizaría con menores riesgos de que desembocara en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- Tomar decisiones sin evidencias.
- Tomar decisiones sin tener en cuenta las evidencias.
- Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- No tomar decisiones hasta no tener evidencias.
- La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar cualquier decisión o la aplicación de cualquier criterio. Ante la evaluación de la calidad de la atención, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas, administrativas o legales, el haber actuado conforme al estado del arte (conforme a los conocimientos médicos vigentes), nos permite contar con un blindaje grueso en contra de quejas y demandas, pero sobre todo en beneficio del enfermo. Es por lo tanto imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general nos mantengamos actualizados, a través de los diferentes medios disponibles.
- Los tres puntos de protección en contra del error médico y del evento adverso, perderían totalmente su importancia si no hubiéramos documentado en el expediente clínico lo ocurrido en apego a las guías clínicas, las evidencias disponibles sobre las cuales sustentamos la aplicación de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes. Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido registradas o docu-

mentadas en el expediente clínico. Los registros en el expediente clínico, son además el mejor medio de comunicación para otorgar una atención coordinada con otros médicos que hubieran intervenido en la atención de un paciente, para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica. El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas.

- La práctica de la clínica ha venido decayendo en el transcurso de los años. Cada vez observamos con más frecuencia interrogatorios superficiales y exploración física incompleta, seguidas de la "vía corta" ("by pass"), hacia el estándar de oro. ¿Para que hacer una exploración completa de los pulmones y del área cardiaca, si contamos con una telerradiografía de tórax?, ¿para que hacer una larga y detallada exploración neurológica, si existe la resonancia magnética nuclear? Esta conducta aún cuando podría abreviar tiempo (que en casos de urgencia podría justificarse), es onerosa para los pacientes y para las instituciones y nos expone al error médico. Una buena práctica clínica es el principal proveedor de evidencias para la toma de decisiones y elegir el criterio adecuado.
- En algunos casos, ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, dirigido por los conocimientos médicos vigentes y registros acuciosos en el expediente clínico, permite llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones. En estos casos, los estudios epidemiológicos locales, orientan hacia la opción más probable.
- La mayor experiencia del médico, derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad, le permite una mayor percepción anticipatoria de los eventos adversos e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta.

Por otra parte debe considerarse también cuales son los principales factores condicionantes del riesgo de presentación de un error médico que de lugar a un evento adverso:

- Actuar sin saber: carecer del Diploma de Especialista.
- Actuar sin estar autorizado: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- No hacer lo que se sabe que se debe hacer: negligencia.
- Hacer lo que se sabe que no se debe hacer: dolo.
- Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer: ignorancia.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo, de que aún con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena medicina, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible

o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.

La presentación de un evento adverso por cualquiera de las circunstancias antes mencionadas, puede ser tributario de sanciones administrativas o penales de diferente magnitud.

### **Mejora continua de la calidad de la atención médica.**

En la medida que se cuente con programas dirigidos a la mejora continua de la calidad de la atención médica es indispensable que se preste atención a los eventos adversos, se prevenga su presentación, se identifique y se reporte aquellos que hubieran ocurrido y se lleven a cabo las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita de acuerdo con las siguientes estrategias:

- Identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.
- Respuesta organizada y sistemática:
  - Investigar las causas.
  - Análisis de las causas de los eventos adversos (48 horas).
  - Implantar el proceso de solución (15 días).
- Planeación y monitoría permanente para evitar las recurrencias.
- Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención.
- Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos.
- Implantación de estrategias de mejora continua.
- Monitoría y seguimiento del proceso de mejora.
- Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos.
- Promover a través del programa un incremento en la confianza de los usuarios y de la opinión pública en la Institución.

### **Identificación y análisis de las causas de los eventos adversos**

Una de las etapas principales en el proceso de identificación, prevención y atención de los eventos adversos es la identificación de las causas que les dieron origen. Este análisis debe reunir algunos requisitos indispensables:

- Ser oportuno, sistemático, exhaustivo y creíble.
  - Sistematizar el manejo de casos.
  - Bosquejar la secuencia de eventos.
  - Definir claramente el problema.
  - Identificar personas (roles), que hubieran estado involucrados en el proceso.
  - Aclarar los puntos pertinentes.
  - Comparar la secuencia de eventos, con lo que debió ocurrir.

- Explorar sistemas y procesos que contribuyeron con el evento adverso.

- Identificar factores condicionantes.
  - ¿Qué ocurrió?, ¿Porqué?, ¿Cuáles son los factores inmediatos?, ¿Quién participó?
  - Precisar los pasos del proceso.
  - Factores humanos relevantes en el evento.
  - Desempeño del equipo.
  - Factores controlables que afectaron el resultado.
  - Factores externos controlables.
  - Áreas o servicios en riesgo.
- Respuesta del hospital en forma organizada:
  - Capacitación y calificación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.
  - Cobertura del personal.
  - Disponibilidad de información.
  - Promover una comunicación adecuada entre los participantes.
  - Promover un ambiente físico adecuado.
  - Evitar las barreras en la comunicación de los factores de riesgo.
  - Buscar la forma de prevenir los factores incontrolables.
  - Si hubo muerte, responder de inmediato.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.

### **Las cuasi fallas.**

Las cuasi fallas son eventos adversos que estuvieron a punto de ocurrir y que no llegaron a consumarse. Se considera que son siete a diez veces más frecuentes que los eventos adversos, por lo tanto su estudio puede conducirnos a conocer donde se encuentran los mayores riesgos de eventos adversos.

### **Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico**

Dr. Gabriel Manuell Lee

Tengo la oportunidad de presentar una visión institucional respecto a un tema que ha sido abordado ampliamente, *la respuesta de las instituciones de salud ante el error médico*, sobre el que quisiera hacer algunas precisiones que permitan contextualizarlo de una mejor manera. Es decir, voy a tratar aspectos de gran relevancia como la investigación operativa en los servicios de salud, las tendencias mundiales, la investigación del error médico, los fenómenos que a raíz de la publicación de los resultados se han observado y, finalmente lo que está haciendo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico al respecto.

Es muy importante reconocer que a pesar de que la investigación operativa de servicios no se utiliza para la elaboración de las políticas públicas o para la mejoría de la práctica sanitaria en general, constituye un referente valioso. El problema es que el investigador reporta sus apreciaciones y conclusiones, pero estos elementos, la mayoría de las veces, no son utilizados para modificar o generar acciones o programas en la materia, ni en los aspectos operativos ni en las políticas sanitarias.

Un artículo de la OMS<sup>1</sup>, publicado el año pasado, señala los grandes retos y necesidades que existen para investigar diversos aspectos operativos de los servicios de salud y obtener aplicaciones innovadoras del conocimiento que se genere, y de esta manera, establecer alianzas orientadas por problemas (Figura 1).

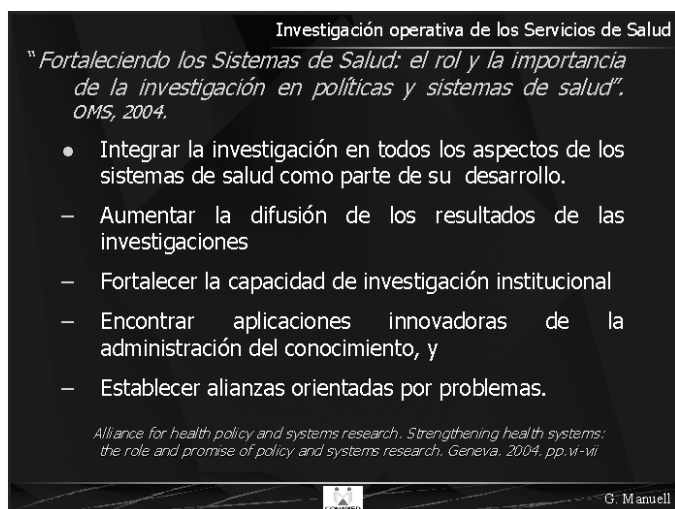


Figura 1. Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.

Es muy importante reconocer que México retomó esta iniciativa y recientemente en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud bajo el auspicio de OMS-OPS en noviembre de 2004<sup>2</sup>, se analizó el problema de la investigación sanitaria, y no sólo se reconoce que hay un obstáculo para la aplicación, sino que es necesario impulsarla para que hayan modificaciones en las prácticas; de ahí que se requieren recursos, para fomentarla e implementar programas de investigación, además de conformar redes de información. Esto lo dejo de tarea porque no sólo bastan las cuentas nacionales sino crear sistemas de información que nos permitan conocer el comportamiento de los fenómenos relacionados de la materia.

<sup>1</sup> Alliance for health policy and systems research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva. 2004. pp.vi-vii.

<sup>2</sup> Cumbre ministerial sobre investigación en salud. Declaración de México sobre las investigaciones sanitarias. México 16 a 20 de noviembre de 2004.

En salud hay grandes avances. Es un hecho que, como nos ha afirmado Choc Wock Lee, Director General de la OMS, la salud y el incremento de la esperanza de vida de la población, constituyen por si solos, un gran logro en los últimos 100 años; sin embargo, también los pacientes perciben aquellos detalles que posiblemente no son los resultados deseables pero dan la apertura para que podamos trabajar juntos, no hay que olvidar que la solución de buena parte de los problemas se encuentran entre el paciente y el médico.

También, es un hecho que no se trata de señalar errores y encontrar culpables, o ubicar si fue el sistema de salud o el personal; se trata de encontrar en el análisis del hecho reclamado, los elementos que nos ilustren el qué fue y cómo ocurrió.

Ahora bien, analicemos la investigación del error médico. Un artículo publicado por Brennan y Colls<sup>3</sup>, de la Universidad de Harvard, analiza la incidencia, el evento médico en si y la naturaleza del evento adverso, así como la relación con las demandas y encuentra de una manera práctica que solamente 4 por ciento del total de actos se asocian al evento adverso, y de éstos, únicamente en 1 por ciento se demuestra negligencia médica. Esto representa que 24 por ciento de los casos en que se encontró negligencia hubo mala práctica demostrable.

Otro estudio australiano<sup>4</sup>, publicado por la Fundación Australiana de la Seguridad del Paciente, reporta que un problema grave es la presencia del fenómeno, así como la falta de aceptación del mismo, ya sea por el propio personal o por el sistema de salud en sí. Otro fenómeno importante, es que hay un rechazo abierto a registrar tanto los errores humanos como de los sistemas, “no damos el expediente o justificamos el hecho, simplemente por la evolución de los padecimientos y esto no puede ni debe verse así”.

El informe “To err is human”<sup>5</sup> (Errar es humano), documento que ha sido mencionado en varias ocasiones en este Simposio, presenta cifras contundentes respecto a los efectos adversos y su relación con el fallecimiento de algunos pacientes, sin embargo, más allá de las cifras, lo trascendente y lo que quiero resaltar, es que debemos evaluar de la mejor manera los efectos adversos que causaron algún daño serio; y considerando la afirmación de que “no todo error conduce a un daño”, es muy importante tomar en consideración que solamente a través del análisis serio que se practique se podrán acordar las acciones para evitar su recurrencia y cuya aplicación, no sea sólo en el ámbito del sistema de salud, sino en el lugar en donde se otorga directamente la atención médica, me refiero a los establecimientos, independientemente del nivel de complejidad.

<sup>3</sup> Brennan T, Leape L, Laird N, et. al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med. 1991; 324:370-376.

<sup>4</sup> Australian Patient Safety Foundation. Iatrogenic Injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. 2001.

<sup>5</sup> Institute of Medicine. To err is human. National Academies Press 1999.

De esta manera la declaración del Presidente de la Alianza Mundial<sup>6</sup> por la Seguridad de los Pacientes menciona la importancia de establecer mejoras, más que culpar a individuos o sistemas, y en particular, señalar los problemas, es decir hacerlos explícitos. Estos se deben resolver, de acuerdo, pero hay que analizar el fenómeno y poner un acento en el hecho; ejemplo relevante es el caso de las infecciones nosocomiales, como un indicador indirecto de seguridad.

El segundo reporte que publica el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica cambia totalmente el asunto y aparece el término "seguridad del paciente". ¿Quién es responsable de la seguridad del paciente? y mencionamos: todos, el sistema y quién lo opera; sin embargo, hay que hacer un análisis muy claro para establecer qué rol juega cada una de las partes, de tal manera que lo relevante de este informe, es que no solamente fija la necesidad de reducir los errores médicos sino que, hace explícito que existe una seguridad relativa en nuestros sistemas de salud y digo nuestros, aunque esto aplica a cualquier sistema de salud en el mundo.

También, un artículo publicado recientemente por Leape y cols<sup>7</sup>, menciona que hay evidencias claras de una reducción en 60-90 por ciento en la frecuencia de efectos adversos. Sí, de acuerdo, pero lo más importante es que se ha logrado con acciones aplicadas tanto en la práctica médica como en el propio sistema y esto configura la necesidad de analizar el rol que juega cada una de las partes; qué rol juega la autoridad sanitaria para asegurar que con la observancia de la normatividad se dé garantía y seguridad a los pacientes, es decir puedan recibir atención médica con los menores riesgos posibles.

Para atender esta problemática, hemos reforzado la vigilancia y el cumplimiento de estrategias para certificar profesionales, escuelas de medicina y establecimientos de atención médica; sin embargo, la certificación no exime que en una actitud volitiva e imprudencial, exista alguna desviación del acto médico. Lo importante es que la ciudadanía sepa y esté segura que el entorno en el que recibirá atención médica, está libre de cualquier riesgo posible.

La CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, juegan un rol definido en esta materia. No dependen jerárquicamente del sistema, tampoco de los proveedores de servicios, ni de los usuarios. Las comisiones desempeñan un papel de monitor del acto médico, ya que además de resolver conflictos, tienen la oportunidad de analizar imparcial y objetivamente el comportamiento en el acto médico documentado, revisar los argumentos del dicho, dar cuenta del resumen médico, posterior a los hechos y frente a frente, apreciar la posición de las dos partes, ante una situación de posible conflicto médico.

La experiencia institucional reporta que poco más de 130 mil personas se han acercado a la CONAMED, de éstas 26 mil han requerido un tratamiento especializado médico y legal a través de asesoría, con la que después de conocer sus derechos y obligaciones deciden ya no presentar ninguna queja al considerar satisfechas sus interrogantes o dudas o bien utilizar otra vía legal.



En los asuntos en los que el personal especializado de la Comisión, considera que deban ser resueltos inmediatamente porque la necesidad o la pretensión es exclusivamente médica, se lleva a cabo una gestión inmediata y se resuelve rápidamente. Las inconformidades que continúan, se ingresan como quejas y se procede al análisis de lo que los pacientes perciben, sienten o manifiestan, refiriendo en muchas ocasiones que hubo una presunta mala práctica con posible daño o consecuencia. Aquellos casos que no llegan directamente a la Comisión, lo hacen por vía pericial, de tal manera que tenemos un laboratorio de análisis del acto médico.



El acto médico como tal tiene que verse en su amplio contexto, es una relación médico-paciente, sí, pero en el marco de un Sistema Nacional de Salud. Un sistema que abarca tanto el ámbito público como el privado; en el que se opera con reglas y normativas claras. Esta situación se da conforme a un modo, tiempo, lugar y en un ambiente

<sup>6</sup> Institute of Medicine. To err is human, building a safer health system. National Academies Press 2004.

<sup>7</sup> Leape L, et.al. JAMA. 2005;293:2384-2390.

cultural y social; es decir, hay que considerar estos factores con la aplicación de la *lex artis* médica (medicina científica documentada), y en el momento en el que se enfrente un problema de salud, el médico y el paciente procuren su atención.

Tenemos que analizar el acto médico y cómo se aplica el conocimiento científico, tomando en cuenta la libertad prescriptiva y aquellos factores que son inherentes a la misma, me refiero a los principios básicos, reconocidos como rectores de la práctica médica: *primum non nocere* "primero no hacer el daño", hacer el bien, obtener el permiso debido (autonomía), asegurar una visión humanista y considerar los aspectos deontológicos del deber ser, conforme al contexto y cumplimiento normativo jurídico. Esta situación sólo puede ser evaluada a la luz de pruebas documentales, de personas con conocimiento médico, porque la visión varía dependiendo del enfoque que ustedes quieran. En el acto médico subyace la relación médico-paciente o bien la atención propiamente dicha, en donde un paciente presenta un padecer y el médico ubica qué padecimiento tiene y le explica qué le va a hacer, por qué, para qué, con base en qué, define un marco de riesgo-beneficio, establece relaciones deontológicas claras y el grado de cumplimiento normativo; entre otros muchos factores; entonces va a depender de quién lo analice y cómo lo analice. Este es un proceso de investigación y en el fondo se revisa qué tanto el profesional cumplió con las obligaciones de medios.

En la sesión inaugural de este Simposio, el doctor Carlos Tena Tamayo mencionaba el gran número de atenciones médicas que se otorgan diariamente y afirmaba que podrían rebasar la cifra de los 5 millones de atenciones de algún tipo cada día. En México, no es posible cuantificar exactamente los eventos adversos, no tenemos un registro formal. La literatura mundial nos dice que en 4% de las atenciones se presentan irregularidades que son debidas a eventos adversos y de éstos, 1% es atribuible a la mala *praxis*. Menciono mala *praxis* porque en este concepto se incluye la negligencia, "sabía hacerlo pero no tuvo el cuidado y no lo hizo bien" o bien la impericia, "no sabía hacerlo y lo hizo"; y finalmente dolo, me refiero al "engaño".

La mala *praxis* hay que ubicarla claramente. Ya que no todo evento adverso termina en una queja, ni toda queja médica es debida a la presencia de algún evento adverso como condición o que se asocie a una mala práctica. Solamente en el 26% de los casos en que el paciente, percibe y siente que hubo una mala práctica y se queja, se demuestra su existencia. Hay muchas malas prácticas en las que no se inconforma el paciente, así como muchos errores del sistema que no ocasionan algún evento adverso; es decir, una mala práctica no siempre se asocia a un evento adverso y no todo evento adverso se asocia con un error médico.

Por eso, para analizar la actuación médica y determinar si existen elementos de error médico o no, tiene que darse un proceso de revisión a la luz del cumplimiento de obli-

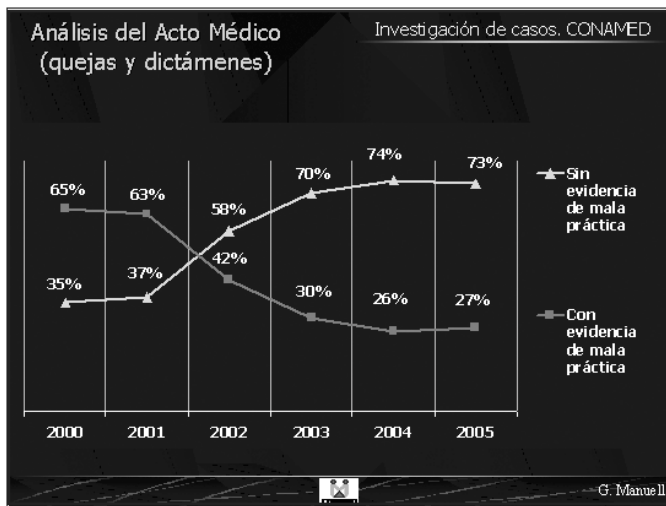
gaciones de las partes, es decir, lo que le toca a la autoridad, al establecimiento y al profesional de la medicina. Esto significa, que en cada caso se pondere de qué manera se aplicó la ciencia médica *ad hoc*, conforme al modo, tiempo y lugar, un enfoque deontológico y normativo y qué tanto esta mala práctica es debida a la actuación del profesional o está asociada al sistema de salud. No se evalúa por resultados, esa no es obligación del profesional, además, puede haber una buena práctica con resultados indeseables o bien una respuesta propia del individuo, porque la variabilidad biológica no queda escrita en ningún lado.

Yo sugeriría que analizáramos el evento adverso desde el punto de vista de los riesgos inherentes en todo procedimiento, accidentes que al estar reportados en la literatura médica hay cierta posibilidad de que ocurran, pero también es importante aceptar que cuando no se aplican todos estos criterios, se puede incurrir en un delito culposo o imprudencial y ocasionar un daño. Resulta relevante revisar integralmente el acto médico, conforme a las obligaciones de medios, especialidad y pericia del médico que lo realiza, por ejemplo, no se puede evaluar igual el acto médico efectuado por un médico general o por un cirujano frente a un mismo padecimiento. Ambos pueden aplicar la *lex artis*, pero conforme a su pericia las cargas de obligaciones son diferentes; además del modo, tiempo y lugar. Pero este daño a veces no es producido directamente por el personal, sino por conductas repetitivas, procesos, procedimientos, rutinas que mencionaba el doctor Enrique Ruelas, inobservancia de la norma total o incumplimiento de la misma como ocurrió, por ejemplo, en el Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE ante la presencia de infecciones nosocomiales.

Lo que es un hecho, es que con los testimonios que tiene la Comisión, respecto al comportamiento del acto médico durante el periodo 2000-2005, hemos tenido y observado una reducción en el número de casos con evidencia de mala práctica; es decir, en el análisis de los asuntos, las evidencias con incumplimiento o de mala práctica se redujeron paulatinamente. No sé si esta reducción se relaciona con una tendencia, como ha reportado Leape (entre 60 y 90 por ciento menos de eventos adversos) o porque nos estamos cuidando más, somos más cautelosos, más seguros o como dice el doctor Tena, quizá más asertivos en la práctica médica.

La CONAMED realiza un seguimiento puntual de los asuntos a partir de 2002, pues necesitamos precisar qué relación tuvo la actuación del prestador del servicio con los resultados del acto médico reclamado, considerando factores de tiempo, modo y lugar en donde se otorgó la atención.

Cabe mencionar que la CONAMED ha trabajado conjuntamente con las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico para consolidar y operar un Modelo Único de Atención de Inconformidades, como producto del consenso de las políticas adoptadas en esta materia en el seno del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, con la finalidad de alcanzar



una óptima resolución de conflictos con eficiencia, uniformidad y satisfacción de los usuarios por el servicio ofrecido, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de los servicios de salud del país. En ese sentido, hemos trabajado para procurar ser eficientes, asegurando coordinación, contando con médicos asesores, expertos, especializados y recertificados por el consejo de su especialidad, teniendo presente en todo momento nuestro compromiso social de promover las buenas prácticas de la medicina, con base en el análisis de los hechos y la emisión de recomendaciones no solamente al personal sino al sistema de salud en su conjunto.

De tal manera que el acto médico en su amplia dimensión tiene que ser analizado desde una perspectiva no sólo administrativa, sino también considerando los aspectos normativos obligatorios, que es en donde se ubica el tema de la seguridad.

Es importante mencionar que tenemos un comité institucional que detecta y selecciona del universo de casos de mala práctica, después del análisis detallado, cuáles asuntos se consideran como relevantes. Acto seguido se determina de qué forma y vía debe ser comunicado a los prestadores de servicios; llámese autoridad, directores institucionales o de establecimientos médicos y al propio personal operativo de hospitales, realizando un puntual seguimiento al resultado. Lo que se pretende a través de estos comunicados es dar a conocer los hechos sucedidos, para que sean los propios actores médicos, quienes, posterior a la revisión del asunto, decidan aplicar medidas preventivas o correctivas, según sea el caso.

Surgen dos preguntas ¿Qué es un caso relevante? y ¿Qué ha ocurrido al respecto?

Un caso relevante para el comité institucional de la CONAMED, es aquel cuya situación médica, administrativa, o de seguridad que después de su revisión y análisis se observan evidencias de mala práctica y que, en particular se hayan asociado al hecho, consecuencias o daños. Así

mismo se trate de situaciones frecuentes o repetitivas, las cuales se cataloguen como desviaciones previsibles o prevenibles y que sean factibles de corregir desde el nivel operativo. Esto hace que sea relevante actuar.

El pronunciamiento institucional puede ser desde la simple emisión de una carta con soporte técnico hasta la elaboración de una opinión técnica. Este último supuesto, incluye una visita de campo al establecimiento médico. Ejemplo de ello es el caso del Hospital Regional "1º de Octubre" del ISSSTE, del cual todos están enterados. Las conclusiones de esta opinión técnica fueron comunicadas a todo el sistema de salud, mismas que propiciaron la modificación y actualización de la norma oficial mexicana correspondiente al caso, por mencionar algunos hechos. Los invito a que consulten la página de la institución [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx), para que observen la respuesta institucional del sistema rector, así como de todo el micro sistema ISSSTE y del hospital.

Las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina son un producto más, que se elabora considerando esta visión y que lo estamos desarrollando formalmente desde el año 2001, gracias a la participación de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, los Consejos de Especialidad y Colegios Médicos; dependiendo del análisis de los hechos, estos actores han propuesto qué decirle al gremio o qué actitudes recomiendan para prevenir que ocurran estas situaciones.

¿Qué esperamos cuando notificamos? Que el directivo y el personal del hospital nos digan que acciones se implementarán para corregir las irregularidades, sin embargo, como decía el doctor Ruelas, en algunos casos escuchamos justificaciones como las siguientes: no, no hay problema; me parece raro que me ocurra esto; remítame su opinión calificada y dependiendo lo que considere la CONAMED, yo elaboro una respuesta si es que estoy de acuerdo o no; definitivamente usted no puede conocer si fueron nada más papeles, o en otros casos, simplemente niega los hechos.

Esta actitud o tipo de respuestas están reportadas en la literatura internacional<sup>8</sup> y es posible encontrarlas en el gremio médico, porque estamos en una crisis de credibilidad. Sin embargo es muy importante reflexionar y promover actitudes proactivas y sobre todo analíticas del fenómeno. Lo más importante es no defendernos ante la evidencia; considérela como oportunidad de mejora. Nosotros como institución esperamos que los asuntos que enviemos al personal operativo o directivo involucrado sean revisados con sentido objetivo y claro, al amparo de su realidad, modo, tiempo y lugar del hecho; en suma que sean analizados en todas sus dimensiones y como producto del ejercicio se acuerden o se desprendan acciones preventivas o correctivas según sea cada caso, y con ello se instrumenten cambios operativos o normativos, que conduzcan a evitar estos errores.

<sup>8</sup> Australian Patient Safety Foundation. Iatrogenic Injury in Australia, a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. 2001.

Esta actividad permanente está dando buenos resultados, como ejemplo les puedo mencionar que en el periodo 2004–2005, de 641 inconformidades con evidencia de mala práctica, 455 del año 2004 y 186 de enero a mayo de 2005, el comité institucional seleccionó 164 casos relevantes, es decir, 25 por ciento del total de asuntos con mala práctica, en todos ellos se procedió a su envío, algunos directamente a los hospitales, otros a la autoridad sanitaria porque había incumplimiento normativo importante, así como a los titulares de las instituciones cuando se trato de asuntos relacionados con fallas en el sistema.

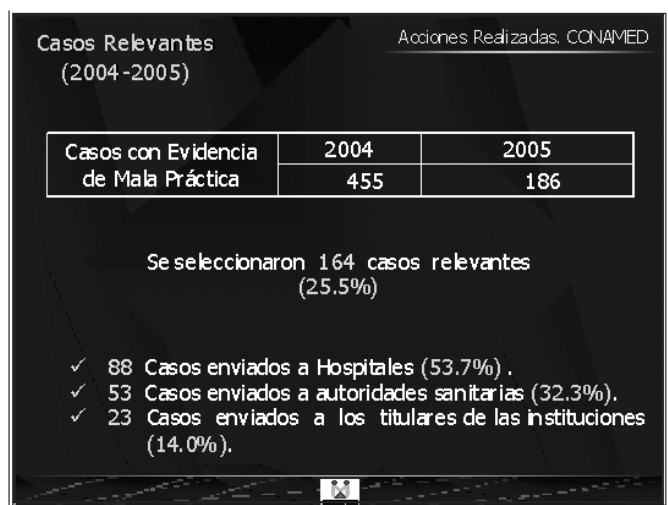


Figura 4. Inconformidades con evidencia de mala práctica.

Los casos relevantes versaron sobre diversas especialidades, las más frecuentes se refieren a aquellas de atención de urgencias, obstetricia, trauma, entre otras, muchas de ellas de riesgo; dichos comunicados se enviaron a los hospitales de prácticamente todos los estados del país. ¿Cuál fue la respuesta?

Se ha obtenido respuesta en casi 70 por ciento de los comunicados, esperamos que el resto que está en proceso nos informen las próximas semanas, y los que ya contestaron, apliquen las medidas correctivas o preventivas, según sea el caso; realicen las modificaciones reglamentarias; la redistribución del personal o las acciones que implementarán derivadas de los acuerdos de la revisión de los asuntos. Tenemos evidencias de que en algunas situaciones no se trata de falta de recursos, por los que estimo que la solución del problema, es trabajar permanentemente en donde se da la atención médica.

Considero que tenemos una gran oportunidad, porque en los hechos existe respuesta, se han aplicado acciones y se están monitoreando los resultados. Como institución, no podemos dejar de señalar asuntos en donde hay incumplimiento normativo de tipo obligatorio o donde los aspectos de seguridad no están garantizados; menciono un ejemplo, nos llegaron seis casos de infección de la rodilla procedentes

del mismo establecimiento médico, aunque participaron diversos doctores. Todos operaban en ese lugar, por esta razón hubo que solicitar la intervención de la autoridad sanitaria correspondiente, la cual detectó que la esterilización de los aparatos endoscopios no se llevaba a cabo conforme a la normativa aplicable, ni se contaba con el equipo necesario, por tal motivo clausuraron parcialmente la unidad con el fin de que se aplicaran las correcciones necesarias, condicionando la autorización de apertura hasta que éstas se cumplieran cabalmente.

Con este ejemplo podemos evidenciar una función primordial de la CONAMED, tutelar el derecho a la protección de la salud y coadyuvar con la autoridad sanitaria correspondiente para el cumplimiento de su función reguladora.

Otro resultado que se obtuvo del envío de los casos relevantes es que en 53 de ellos la autoridad sanitaria intervino aplicando medidas de apremio, clausura temporal o definitiva, así como diversas acciones administrativas, entre otras. (Figura 5)

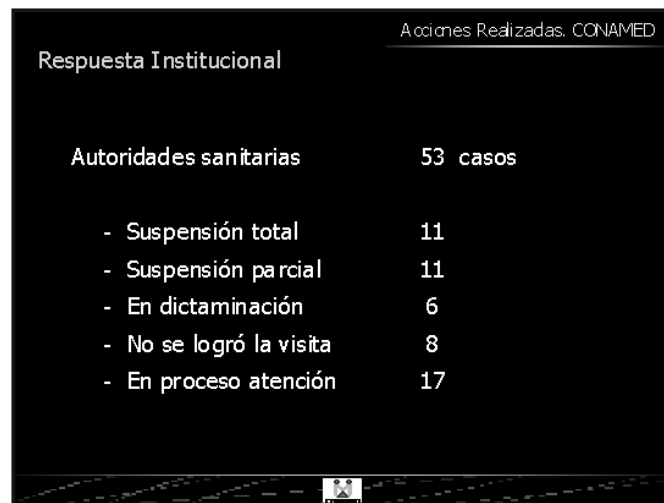


Figura 5. Respuesta Institucional

¿Cuál es la propuesta? Creo que las evidencias son importantes, la solución está prácticamente en quienes operan el sistema. Los convoco a que apliquemos una medicina asertiva, y no sólo eso, conformemos un grupo de trabajo académico, permanente, interinstitucional e interprofesional; para la detección, revisión y análisis de todos aquellos casos médicos, en donde se aprecie o se tengan evidencias de un comportamiento clínico no habitual, respuestas anormales o bien, desviaciones o irregularidades; conocidas a través de las posibles quejas de los pacientes o encontradas por nuestro propio personal, hagamos investigación operativa de servicios, de una manera continua y no cíclica, revisemos lo que hacemos y cómo lo hacemos, tengamos una actitud activa y responsable, trabajemos en

todas las instituciones y en todas las profesiones del área de la salud.

Muchos de los posibles errores y eventos adversos no los conocemos, ya que no siempre se traducen en queja, éstos están en el sistema. Es muy importante que las respuestas anormales a los medicamentos las empecemos a registrar. Ahí está la página Web de la CONAMED y la de la propia Secretaría de Salud, registremos esto, reportemos desviaciones e irregularidades, analicemos seriamente la propuesta, debemos reconocer al error médico como oportunidad de mejora, buen número de errores se dan pero al no tener consecuencias se quedan como *cuasi* errores; situaciones de fallas de procesos se dan por rutina y no lo manifestamos. No escondamos nada, es una oportunidad para mejorar.

Concluyo con la propuesta del doctor Tena relativa a la apertura que existe para que reconozcamos confidencialmente aquellos casos donde detectemos cualquier situación de ese tipo. No es fácil, es un proceso gradual, de tiempo, en donde lo más importante es que aceptemos que no estamos del todo bien, que hay eventos adversos muchas veces no registrados ni conocidos, por lo que es necesario formar bases de datos que permitan aprender de los errores y mejorar nuestro quehacer médico; considero que la solución está en el profesional de la medicina, instituciones de salud, autoridad sanitaria y en general en los diversos actores que conforman el Sistema Nacional de Salud, quienes deben concebir al error médico no como algo que se debe ocultar o soslayar, sino por el contrario como una oportunidad de elevar la calidad de los servicios médicos del país.

### El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes

Dr. Alberto Lifshitz

Gracias por la generosa presentación y agradezco a CONAMED que me haya dado la oportunidad de volver a participar en uno de sus simposios y los felicito por la elección del tema y el desarrollo del simposio.

Ciertamente no deja uno de preocuparse cuando lo invitan a hablar de errores médicos porque se pregunta uno si le saben algo y lo cierto es que en este caso, pues sí, tengo que reconocer que he vivido con el error. La versión que ustedes van a oír es la de un clínico, circunstancialmente ahora ocupado también en otras cosas pero que nunca ha dejado de ser clínico y que comete errores frecuentes. Ahora los voy a registrar de acuerdo con la invitación que nos hacen.

Los médicos como agentes etiológicos de daño y muerte. El tema que me asignaron son las manifestaciones más frecuentes de los errores. Cito aquí a Karl Poper, uno de los filósofos más importantes del siglo pasado y que creo que apoya lo que decía Gabriel Manuell y lo que está siendo una política de CONAMED. Decía Poper: el error es la fuente

de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana. Debemos estar preparados para convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría; los errores son muy sanos para descubrir conocimiento novedoso aunque sean devastadores para quien incurra en ellos. La medicina convive con el error y esto, pues ni modo, hay que aceptarlo.

A veces entramos en paradojas porque la obsesión por tratar de evitar los errores puede conducir a más errores como dice esta cita de Lesing: que “muchos se equivocan por miedo a equivocarse”, y lo que se ha llamado la paradoja de la seguridad que dice que por andar buscando obsesivamente la inocuidad absoluta, por centrarse en tal objetivo se impide el logro de metas alcanzables en la seguridad de los pacientes.

Ya se mencionó la interrelación entre errores y eventos adversos y cómo muchos errores pasan inadvertidos porque no generan un evento adverso y muchos eventos adversos, por su parte, derivan de otras situaciones que no corresponden a errores, por ejemplo, los que son consecuencias esperadas de los propios procedimientos o los que son accidentes.

Y todavía se puede hacer un diagrama de Venn mucho más complejo en el que se pudieran interrelacionar los eventos adversos con los errores y las características de cada error, aunque no lo voy a analizar en este momento.

Cuando vemos eventos adversos yatrogénicos que, por cierto, yatrogénesis, - no me vayan a criticar-, se puede escribir con “y”; hay un daño yatrogénico que se podría llamar predecible, justificado, anticipado, consciente, necesario, inocente, explicable o calculado. Yo voy a generar en mi práctica eventos adversos, aunque no quiera, porque son parte del proceso de atención y por otro lado corro el riesgo de generar daños yatrogénicos aleatorios, impredecibles, inevitables o accidentales. Se puede aplicar, de acuerdo con cada teoría ética, una perspectiva teleológica en que lo importante es el daño que causen o una perspectiva deontológica que hace énfasis en las cualidades del proceso, independientemente del resultado, lo que es un poco lo que también recomienda CONAMED, que se haga una garantía de medios y no necesariamente de resultados.

Se ha mencionado como primer principio de la ética médica el “Primum non nos cere” y la verdad es que esto habría que cuestionarlo muy seriamente porque a partir de lo que nosotros realizamos como médicos, necesariamente vamos a generar daños.

Ha ocurrido que por darle una importancia desmedida a la inocuidad generamos recomendaciones como ésta, cuando llega un paciente, me dice: “oiga puedo usar tal procedimiento”; lo que le decimos es: “bueno, pues si no te hace bien, no te hace mal” y con ello tácitamente autorizamos el uso de medicinas alternativas o remedios de diferentes tipos. Inclusive en el registro sanitario de los



remedios, por ejemplo, todo lo que no son los mal llamados alopáticos (pero que así se conocen en la ley) incluyendo los herbolarios y otros se fijan más en la inocuidad que en la eficacia y entonces qué es lo que está pasando, que nos estamos llenando, ciertamente, de terapéuticas inocuas pero ineficaces. Pareciera que lo importante es la inocuidad y no la eficacia y yo creo que es un equilibrio entre ambas cosas. Tal vez la frase que sustituyera a aquella de "si no te hace bien, no te hace mal" es: "aunque te puede provocar un pequeño daño te generará muchos beneficios" pues hay que aceptar que vamos a generar ciertos daños.

Incluso esto está regulado éticamente a través del principio del acto de doble efecto; quiere decir que cada una de las acciones que nosotros hacemos tiene un efecto bueno y un efecto malo. No lo voy a detallar ahorita porque no viene al caso pero lo veremos rápido, que el acto propuesto sea en sí mismo bueno, que la intención del actuante pretenda exclusivamente el efecto bueno; que el efecto bueno derive directamente del acto propuesto y no del efecto malo y que exista una razón proporcional al riesgo contraído; eso es lo que regula, al menos desde el punto de vista ético, la posibilidad de generar algún daño y por eso estoy destacando los eventos adversos que generamos los médicos que no necesariamente tienen su origen en errores.

La otra parte es considerar la condición humana del médico; es decir, la sociedad no nos concede a los médicos la posibilidad de tener todas las debilidades que tienen los seres humanos, los médicos tenemos que ser perfectos porque nuestro objeto de trabajo es sagrado y por lo tanto no tenemos derecho a equivocarnos. Pero lo cierto es que los médicos también tenemos intereses, sentimientos, actitudes, apreciaciones, valores, emociones, temores, deseos, somos capaces de sentir compasión, lástima, amor, odio, somos seres sensibles, reactivos, afectivos, con ambiciones y pasiones. Se suele decir que no debe ser así el médico, que debería ser un robot insensible que sólo aplique automáticamente lo que dice la técnica pero hay que reconocer que el médico es un ser humano y que como ser humano es susceptible de caer en algunos de estos inconvenientes.

Ya William Osler decía que la medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad, no es una ciencia exacta y por lo tanto muchas de las decisiones que tomamos se sustentan en una predicción de un desenlace probabilístico.

Las decisiones tienen muchos componentes, una dimensión técnica, ética, económica, de diagnóstico, de pronóstico, de tratamiento, pero las decisiones que tomamos en condiciones de certeza realmente son las menos. La mayor parte de las decisiones las tomamos en condiciones de riesgo en que acaso se puede hacer una estimación probabilística de los desenlaces, si no es que en condiciones de incertidumbre.

Se ha dicho que los médicos somos la segunda víctima de los daños iatrogénicos no sólo por la posibilidad de

enfrentar demandas y reclamaciones sino porque tenemos que sufrir con culpas y remordimientos.

Ya lo señalaba Gabriel Manuell que al hablar de los errores se puede tener un enfoque personal en el que siempre hay que buscar al culpable y ese culpable tiene que ser sancionado porque el error tiene una connotación moral, alguien falló, alguien se distrajo, alguien no puso toda la atención, etc. y por lo tanto tiene que ser castigado. Si hay un brote de infección en terapia intensiva, hay que correr al jefe de terapia intensiva. El otro enfoque, ya también lo mencionaban, es el enfoque sistémico. Siempre que hay un error, hay una serie de circunstancias que participaron en el error y que a lo mejor desembocan en la actuación de un individuo pero el asunto es mucho más complejo que sólo una connotación moral del error.

Se ha visto que la mayor parte de todos los eventos adversos son fallas del sistema, que hay fallas en la diseminación de la información, en la confirmación de la dosis, en la identidad del paciente, al proporcionar información a los pacientes, etc. ciertamente con mucha frecuencia se incide en el médico y a veces el médico es el que es demandado.

¿Cómo saber de verdad cuál es la incidencia de errores médicos? Esto está muy difícil, también algo lo mencionaba Gabriel Manuell pues hay una tendencia humana al ocultamiento; un ejemplo es el fracaso de la farmacovigilancia. La gente no reporta los efectos adversos de los fármacos ni siquiera los pacientes, porque si uno de ellos desarrolla efectos adversos de un medicamento en lugar de reportárselo al médico para que se haga el ajuste, mejor cambia de médico y el otro ni siquiera se enteró de que su prescripción había tenido problemas. Muchos de los errores médicos no tienen consecuencias, pero no hay sistemas de registro, qué bueno que se está proponiendo uno para buscar la correlación entre eventos adversos y errores.

Por otro lado, de algo sirve la epidemiología de las quejas, demandas y reclamaciones pero por supuesto que no implica el universo completo para saber la incidencia de los errores médicos. Se ha abusado de las estimaciones y extrapolaciones; de hecho, el famoso estudio del Institute of Medicine es una extrapolación a partir de 3 estudios originales. Los medios de comunicación magnifican los errores porque de eso viven, de vender malas noticias. Incluso hay advertencias de que se cuiden los pacientes de los médicos porque somos capaces de generar muchos problemas, somos un agente muy eficaz de mortalidad. Incluso hay una asociación americana que se llama American Iatrogenic Association.

Los errores se pueden clasificar de muchas maneras pero uno es por sobre-utilización, sub-utilización y mala-utilización. A lo mejor muchos se pueden agrupar en alguno de estos tres rubros.

Y aquí están algunos de los tipos de errores que es lo que me encargaron a mí: el error diagnóstico, las fallas del equipo,

las infecciones como un indicador, los procesos por transfusión sanguínea, la interpretación errónea de las órdenes, los más comunes son los errores en cirugía, los errores de medicación y los errores en el tratamiento no quirúrgico.

Los eventos adversos de medicamentos, 56% sí son por errores en la prescripción. Si uno buscara específicamente, y se ha hecho, en nuestro país hay algunos estudios así, las cualidades de la prescripción, más de la mitad contienen errores y el hecho de no analizarlos, no reconocerlos, hace que esto se perpetúe.

En cuanto a la cirugía, se considera que hay errores en uno de cada cincuenta, corresponde a 2/3 de los eventos adversos y se le atribuye una de cada ocho muertes.

No se han estudiado suficientemente los errores extra-hospitalarios, la mayor parte de los estudios han sido con pacientes hospitalizados; hay poquitos estudios que hablan de errores extra-hospitalarios. Se dice que 1% son fatales, doce por ciento ponen en peligro la vida, hasta 30% serios, 57 significativos; por lo menos 42% son prevenibles, ya decía yo que 56% tienen que ver con la prescripción, 24% con la ejecución y fijense que son más frecuentes los errores de omisión que los de comisión.

CONAMED también maneja el concepto de error latente, para referirse a circunstancias en que si no ha ocurrido el error es sólo cuestión de tiempo. Algunos que se han reconocido son cuando los que participan son médicos o personal inexperto y si ustedes analizan nuestro sistema de salud, cuando llega un paciente a urgencias, pues teóricamente yo esperarí que a mí en urgencias me atendiera el más experto de los médicos que hay ahí y no, casi siempre es el último de la escala jerárquica el que lo atiende primero, porque así es como aprende. Cuando se introducen nuevos procedimientos, hay un mayor riesgo de error. Los extremos de la vida, los niños y los ancianos; cuando se trata de cuidados complejos, las probabilidades de error son mucho mayores, cuando se trata de una atención de urgencia, cuando la estancia se prolonga, las probabilidades de error aumentan, y hay otras situaciones que no están totalmente reportadas en términos estadísticos pero que cabe prever que influyen: la insuficiencia de recursos, (cuántos eventos adversos o supuestos errores ocurren porque no hubo recursos), porque no se han sistematizado bien los procedimientos, porque hay un desorden administrativo; estas son, obviamente, condiciones de error latente, porque no se ha establecido una relación médico-paciente apropiada, porque los médicos o el personal - por no hablar sólo de los médicos - están sometidos a presiones laborales, familiares, psicológicas o económicas.

Y el cansancio, también nuestro sistema está sustentado en el cansancio de los médicos, en eso está apoyado, en guardias largas, en tener dos o tres trabajos para poder subsistir, etc.

Los tipos de daño son muy diversos desde el daño físico, el cognitivo, el social, el emocional, el biológico, el económico, etc.; si uno quisiera ver las consecuencias de los errores pues tendría uno que explorar todas estas áreas.

Algún autor propuso que se cambie el calificativo de iatrogénico, que nos relaciona directamente a los médicos con los daños, por otro que propone que sea *comiogénico*. Comiogénico viene de la misma raíz que nosocomio, que manicomio, o sea viene de *comein*, que es el producido por médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, personal de apoyo, farmacéuticos, productores de medicamentos, material de curación, administradores o políticos de la salud; todo eso sería lo comiogénico.

Esta receta es nada más para ilustrar como la caligrafía ha matado más gente que las guerras. Les agradezco mucho su atención.

## Preguntas

- PRESENTADOR: Muchas gracias doctor. Si hubiera preguntas, les agradecería que nos las mandaran.

- PREGUNTA: Gracias por las referencias. Una pregunta ¿Qué papel consideras tú debe jugar el paciente como facultado por el propio médico para evitar la presencia de errores? Porque el paciente juega un rol importante, creo que es un tema que faltó en el simposio ¿Verdad?

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: El papel del paciente en los errores médicos, a mí me parece que es fundamental. De hecho hoy en día el personaje más importante a mi juicio en la atención médica, es el paciente, no es el médico. El éxito o el fracaso tiene mucho que ver con el paciente, claro la interacción médico-paciente es fundamental pero creo que sí es muy importante la reflexión.

- PREGUNTA: En relación a lo que se refería el doctor del número de horas a la semana que trabaja el médico, éste es un aspecto que ha tenido mucha atención en Estados Unidos y Canadá y creo que hasta donde yo sé recientemente han cortado el número de horas de trabajo a los residentes a 80 horas a la semana. Nuestros alumnos yo creo que trabajan alrededor de 120, 130 horas a la semana porque se ha visto que en la post-guardia el alumno, sobre todo en el área de coordinación fina pues se entorpece después de tantas e incluso vieron que había hasta accidentes de tránsito, que el residente se quedaba dormido en el periférico. Yo creo que este tema es también interesante que se abordara en nuestro país porque incluso sí creo que puede ser significativo y más que, en algunos centros, no hay una supervisión muy estrecha al becario.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Estoy completamente de acuerdo, no se abordó en nuestro país. En efecto, en los últimos tiempos ha habido un análisis en Estados Unidos de esto y una reconsideración de los procedimientos. En nuestro país no sólo se trabaja en exceso sino la forma de sancionar

una indisciplina de un médico, es dejarlo de guardia de castigo y entonces el asunto se pone todavía más difícil porque la probabilidad de que tenga algún error adicional se incrementa. Yo estoy de acuerdo que habría que abordarlo.

- UNA ÚLTIMA PREGUNTA: Un comentario: para la parte del paciente, el médico está en México sumamente devaluado porque realmente creo que hay una cultura y esto lo mencionó el exponente, hay una cultura que nos queda, la cultura olmeca, tolteca y pues realmente hay mucho apego a lo que es tradicional y hay una duda terrible hacia el médico porque realmente hay una fábrica muy grande de profesionistas en México, hablando de la parte médica. Yo no soy quien para juzgar pero a mí me pone triste el hecho de que realmente se sepa por varias fuentes y varios casos, se sea que el Examen Nacional para realizar la residencia médica, es negociable; o sea, se puede obtener. Entonces, nos sirven las estadísticas, nos sirve ver todo este panorama, pero créame no sé a quién le corresponde hacer esto ¿No? Pero me parece que las facultades de medicina están produciendo demasiada cantidad de profesionistas. Yo no soy socialista, no soy un pensador pero yo quisiera que se eleve la calidad del médico porque realmente nuestra posición es muy especial y en cuanto a qué hago yo como médico; yo entiendo que se necesita un orden, el universo tiene un orden, el sistema inmunológico, la cascada de coagulación tiene un orden y ese orden no es espontáneo, ese orden ha sido creado por una mente perfecta, yo creo en Dios; entonces, si cada uno de nosotros, yo siendo enfermera, yo siendo un técnico de rayos-X voy a actuar con un criterio de que tengo en mis manos la obra de Dios, la corona de la creación, la obra maestra de Dios porque más perfecto que una serpiente, su metabolismo, etc. es el hombre; entonces yo pienso que no va a haber ningún problema en el aspecto de cada persona pero es importante que aparte de que yo tenga miedo o tenga temor a que esté en mis manos la obra de Dios, la obra maestra de Dios, también tengo que perfeccionarme más, tengo que estar en cursos y tengo que estar actualizado. Perdón por el tiempo empleado pero quería mencionarle esto.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Yo no voy a contradecir las reflexiones teológicas que se acaban de hacer pero sí voy a contradecir, y con énfasis, que el Examen Nacional de las Residencias es fraudulento. Eso estoy seguro de que no es así. Hasta ahí lo dejo porque no es el momento de discutir eso pero creo que es una afirmación sin sustento.

- PRESENTADOR: Hay dos personas que querían preguntar. Primero el doctor de bata y después arriba y les pido ser breves, ahorrar tiempo y para la siguiente ponencia, por favor hagan sus preguntas con anticipación, por escrito preferentemente, para ahorrar tiempo.

- PREGUNTA: Se tiene alguna experiencia de trabajo entre Secretaría de Salud, Sector Salud, CONAMED con el pregrado ¿Por qué voy al comentario? Creo que lo primero

que se debería hacer para educar, capacitar y orientar es tanto al pregrado como al postgrado para que cuando ya estén en el ejercicio de la profesión no se cometieran muchas de estas cosas que usted acaba de mencionar que estamos totalmente de acuerdo. Yo creo que si no se empieza desde abajo cuando llegue ya el elemento a la práctica pues los errores se van a estar dando.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: No soy la persona que puede contestar eso pero sí tengo información de que ha habido muchos acercamientos de CONAMED hacia las instituciones educativas y ha habido actividades educativas desarrolladas por CONAMED alrededor pero no puedo decir más porque no formo parte de esa institución.

- PRESENTADOR: Una última pregunta, allá atrás.

- PREGUNTA: Buenos días, doctor, yo no soy médico, soy abogado pero me llama mucho la atención de la plática de ahorita y comparto la opinión de mi antecesor. A mí si usted me habla de que un 56 por ciento del error hubo en medicación, ayer nos comentaban que un médico para atender una probable infección post-quirúrgica, se daban de dos a tres antibióticos diferentes para ver cuál pegaba ... Parte importante del error médico como lo comentaba mi antecesor, es importante que llegemos a las facultades de medicina con una formación adecuada para que no esté tratando de atinarle a ver cuál es el medicamento que debe de. Muchas gracias.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Estoy de acuerdo con usted, de hecho creo que uno de los problemas de la formación de los médicos es la terapéutica y muchas escuelas de medicina tienen asignaturas de farmacología pero no tienen una asignatura sobre terapéutica, se piensa que la terapéutica se aprende en las clínicas pero lo cierto es que no se aprende. Yo estoy de acuerdo en que es una deficiencia muy importante la que tenemos los médicos en terapéutica. Lo curioso es que no es en México nada más, lo curioso es que es prácticamente en todos los países. Ahora yo hablo de este 56 por ciento si se aplican criterios muy estrictos desde, a la mejor pequeñas fallas que no tengan trascendencia pero si se aplican criterios muy estrictos, más de la mitad de las prescripciones tienen algo que criticársele. Estoy de acuerdo que éste es un asunto que habría que abordar desde el punto de vista educativo. Muchas gracias

PRESENTADOR: No nos queda más que agradecerle al doctor su ponencia.

### Seguridad del paciente en hospitales de gineco-obstetricia

Coronel Médico Cirujano Manuel Quirarte Medina

Buenos días, primero agradecer al Comité Organizador la oportunidad de participar en este X Simposio de la CONAMED. El error médico y la seguridad del paciente, temas de mucha actualidad y que son difíciles de entender incluso para los mismos médicos ¿No?

Cuando llegó la invitación para participar algunos de mis compañeros decían: ¿Qué hace un médico hablando de seguridad? Pues puedes hablar de error médico, puedes hablar de calidad en la atención médica pero de seguridad, eso déjalo para otra persona pues porque se conoce que hay seguridad pública; en el caso de nosotros, seguridad nacional pero la seguridad del paciente es un término nuevo, poco entendido.

La Real Academia Española se refiere que la seguridad, etimológicamente proviene del latín, es un sustantivo femenino, y se aplica a mecanismos que aseguran algún buen funcionamiento precaviendo que éste falle, se frustré o se viole. Nos da una idea de que se está refiriendo ya, seguramente a procesos, o sistemas. En la definición ya nos podemos ir dando cuenta de eso.

La Fundación para la Seguridad del Paciente de Estados Unidos define la Seguridad del Paciente como la prevención de errores en la atención médica y la eliminación o disminución de daños al paciente como consecuencia de los mismos.

Un concepto reciente, una definición que tiene mucho que ver con la definición etimológica que ya dijimos. La misma fundación dice que un resultado en la atención médica no intencional causado por una falla en la atención de un paciente, es un error médico. Una de las maneras de clasificar los errores médicos es la que tenemos aquí, errores por comisión, error por omisión, error de ejecución, hacer lo correcto de forma incorrecta. Esta definición da la impresión de que se refiere específicamente a los errores ocasionados por el médico, por el conocimiento médico, por la *Lex Artis* pero los errores pueden ocurrir en cualquier escenario y por cualquier miembro del personal de salud; ya se ha mencionado muchas veces en este simposio; entonces yo preferiría que de aquí en adelante en lugar de error médico, nos referiremos a eventos adversos a toda la falla que exista en un proceso relacionada con los sistemas de atención médica.

La complejidad de los procesos de atención médica en la actualidad por el avance en la tecnología, por la complejidad misma de los procesos, por la comunicación que debe haber interpersonal entre el médico y su paciente, entre los mismos integrantes del personal de un sistema de salud, ha hecho que la posibilidad de que aparezcan eventos adversos sea mayor. Aquí tenemos un prematuro que está en una incubadora, que tiene un ventilador puesto, que tiene una lámpara de fototerapia, un tubo endotraqueal, catéteres en el ombligo, catéteres para medición de líneas arteriales. Imagínense ustedes todos los procesos que tienen que intervenir para dar este tipo de atención médica.

Si falla la corriente eléctrica, si la incubadora por sí misma falla y la temperatura es mayor o menor, si los medicamentos que le administran por el tubo endotraqueal o por los otros catéteres no son bien supervisados, cualquiera de ellos pueden dar lugar a un evento adverso. Esto es debido a la

tecnología y a la complejidad de los procesos, acá tenemos otro ejemplo, cuando los médicos nos ponemos a hacer cosas que no debemos y que incluso ya están normadas. En México la práctica de la obstetricia está normada.

Esa norma dice que durante el trabajo de parto, la paciente tiene que adoptar la posición que mejor le siente y que mejor le convenga, entre otras cosas. Ésta es una paciente que está en trabajo de parto, su embarazo lo cursó sin complicaciones y el trabajo de parto hasta este momento no tiene ninguna complicación y la tenemos encamada, acostada, con oxígeno, está canalizada. Estamos haciendo, sin que tenga indicación, una serie de procesos que seguramente, cualquiera de ellos nos van a dar lugar a un evento adverso. En este caso posiblemente el resultado se le llamaría iatrogenia porque estamos haciendo algo que no se debería en una paciente, y que está legislado.

Yo creo que ha sido el concepto más repetido en este simposio. Pues a partir de aquí, de la publicación del Instituto de Medicina de Estados Unidos inicia todo, desde esta publicación de *Errar es humano*, donde alguno de los datos que menciona esa publicación es que en Estados Unidos en ese año del 98, entre 44 a 98 mil defunciones ocurrían en los hospitales de Estados Unidos.

Y se llenó la literatura a partir de esto de publicaciones, hasta estas recientes, del año pasado, de un hospital de Ottawa donde se analizaron 502 pacientes que eran aproximadamente el 2% de los ingresos totales al hospital en ese año, de esos 502 pacientes encontraron eventos adversos en el 12.7%. Tres de ellos murieron. Si estos 502 significan el 2% del total de ingresos en este hospital, entonces murieron a consecuencia de eventos adversos 150 pacientes, si proyectáramos la misma proporción.

Publicaciones que siguieron a la del Instituto de Medicina. En Estados Unidos dos más, en Inglaterra, en Australia. Vemos que en general varía mucho pero alrededor de un 10% de todos los pacientes que se hospitalizan en cualquier parte del mundo tienen el riesgo de sufrir algún evento adverso.

Estas publicaciones hicieron que el tema de seguridad del paciente obtuviera una importancia primordial como la debe tener.

Los reportes dieron datos muy significativos para ver lo que estaba pasando a nivel mundial, para que todos los gobiernos del mundo, de todos los países, para que los organismos de sanidad también tomaran en cuenta esto y la Organización Mundial de la Salud en su reunión 109 y en la Asamblea 55 que habla de la calidad de la atención y seguridad del paciente ya se pregunta: Si esto está pasando en los países más avanzados técnicamente, ¿qué estará pasando en los países en vías de desarrollo? En los países en vías de desarrollo que la estructura tiene más de 50 años de construida, que la tecnología ya es obsoleta, que los recursos humanos son insuficientes para atender a los demandantes de cualquier sistema de salud. Yo pregunto:

¿qué estará pasando en México? donde con estos datos que son cortesía del doctor Manuel Aguilar, el coordinador del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, ¿qué pasará en México donde más del 80% de los hospitales privados tienen menos de 15 camas? No existen registros confiables de eventos adversos. Es mínimo el reporte de reacciones adversas a medicamentos, no es exigible el registro de caídas o accidentes de pacientes dentro de los establecimientos. No se reportan la formación de escaras en pacientes hospitalizados.

En México como es de ustedes sabido desde 1999 se maneja un programa de certificación de hospitales que se reformó y se reestructuró en el 2002 y que basa su herramienta para la evaluación, en criterios que están diseñados con los principios básicos fundamentales de ISO 9002 y que estos criterios tienen como propósito común, tanto los de estructura como los de procesos y resultados corroborar que existan en los hospitales o en los establecimientos de salud, cualquiera de ellos aunque sea ambulatoria, consulta externa u hospitalización, que existan mecanismos que proporcionen un servicio de calidad.

Que se mida la satisfacción del usuario, cumplimiento de la normatividad, medición del desempeño y ya empieza a aparecer aquí la mejora continua.

En relación con la seguridad del paciente ya existen varios criterios, los voy a mencionar: la lucha contra infecciones intra hospitalarias, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, vigilancia y prevención de accidentes durante los procedimientos invasivos, prevención de caídas en pacientes hospitalizados, mantenimiento de instalaciones y equipo médico, una adecuada recolección y disposición de residuos peligrosos y tóxicos, capacitación continua y sensibilización del personal, identificación, clasificación, medición y notificación de eventos adversos, programación y cumplimiento de los recursos humanos necesarios y el establecimiento de la corresponsabilidad entre el establecimiento, los prestadores y el paciente o su familia.

Y específicamente en lo que se refiere a las pacientes gineco-obstétricas, que es mi tema, los mismos criterios de la certificación ya contemplan específicamente para gineco-obstetricia estos que tenemos aquí. Cualquier hospital o establecimiento que se dedique a atender partos debe tener como mínimo un área física y un proceso bien definido para la reanimación de los recién nacidos, el proceso tiene que contemplar de preferencia un neonatólogo pero si no, un médico o una enfermera que tengan aprobado el curso de reanimación neonatal, que los hospitales tengan definidos los procesos que ponen en peligro la vida de la madre y el hijo. Aquí tenemos principalmente el parto instrumentado, el uso de fórceps, de vaccum, tenemos la indicación para amniotomía que tiene que estar bien definida, maniobras que se venían haciendo desde hace muchos años y que eran parte del arte obstétrico como la maniobra de Kristeller que casi en todos los hospitales se hacía en forma

inadecuada y por personal no indicado. Las indicaciones para la cesárea, ya desde ayer veíamos que aquí en México, la cesárea, la frecuencia de la cesárea en los hospitales privados, datos de la Comisión para la Certificación, anda arriba del 75 por ciento en promedio en los hospitales privados. Que se tengan indicaciones para el legrado uterino.

En una comunicación que hay de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Salud, analizaron el resultado del cumplimiento de estos criterios en 99 hospitales y vieron que menos de la mitad, menos del 50% cumplen con la máxima calificación que es la que deben tener para decir que el proceso está bien implantado, menos del 50 % cumplen con eso y estoy hablando de hospitales que ya pasaron el proceso de la certificación, hospitales que solicitaron certificarse y que de alguna manera tuvieron que preparar a su personal y preparar las instalaciones y todo para recibir esta visita de certificación, qué será en los hospitales que ni siquiera han tenido el intento de pedir su certificación.

La seguridad del paciente está estrechamente relacionada con los eventos adversos. La seguridad del paciente podría decirse que incluso es la consecuencia de la calidad de la atención médica, que tiene una relación directa, a mayor calidad en atención médica, mayor seguridad para el paciente y que tiene una relación inversa con los eventos adversos, a mayores eventos adversos, se puede traducir que es menor la seguridad del paciente.

Para la seguridad del paciente se propone o se está proponiendo actualmente formar programas que vigilen la seguridad del paciente. Estos programas deben tener como mínimo estos 3 elementos: la responsabilidad ética, que se interpreta como la responsabilidad o el compromiso que debe tener desde la alta dirección hasta todo el personal que pertenezcan a cualquier sistema de salud por vigilar la seguridad del paciente. Debe incluso considerarse la posibilidad de que se integre a los valores organizacionales, el término de seguridad del paciente así como se habla de valores de una organización: la calidad, la eficiencia, debe la seguridad tomarse en cuenta para que se integre como un valor organizacional. El liderazgo, formar líderes de primer nivel, líderes de los dueños de los procesos principales en un sistema de atención médica, quiénes son estos líderes o quiénes deben ser: el médico. Ya ayer se mencionaba que el médico es el dueño de los procesos fundamentales en un sistema de salud y tiene que ser él el que se involucre. Si no logramos involucrar a los médicos va a ser muy difícil tener programas de seguridad para el paciente. Estos médicos además deben de tener ciertos requisitos, tienen que ser médicos que se comprometan con esto, médicos que prediquen con el ejemplo, médicos que sean capaces de difundir el conocimiento y estar abiertos para escuchar cualquier cambio que haya en la organización y crear sistemas para analizar errores.

Teniendo estos tres elementos, se podrá hacer un programa para seguridad del paciente.

Las conclusiones que me permito poner ante ustedes de la plática es que en la práctica médica, los riesgos existen y son inherentes a los procesos.

Actualmente los procesos son más complejos en general y por ende, el riesgo de tener eventos adversos es mayor.

La seguridad es parte de la calidad en la atención médica y habíamos dicho que es un resultado también y pudiera ser un indicador. La seguridad del paciente pudiera incluso tomarse como un indicador de la calidad de la atención médica que se está dando en un hospital. Se podría medir, podríamos decir como indicador: qué porcentaje de pacientes atraviesan todos los procesos de una organización en salud saliendo ilesos sin que ninguno de los procesos haya fallado.

Es indispensable iniciar un registro de eventos adversos en el sistema nacional de salud ya sea que lo integren dentro del programa de certificación de establecimientos o que se forme como un programa independiente, pero sin registros no se puede hacer nada. Hablamos de calidad y el registrar es de los principios básicos de cualquier sistema de calidad, los registros son los que nos permiten desarrollar desde la planeación hasta todos los actos de mejora continua, el enfoque y la implantación del sistema. Muchas gracias.

### Seguridad en la terapia endovenosa

Rn. Mary Alexander

Es para mí un placer poderme dirigir a ustedes hoy y quiero agradecer a la CONAMED por su invitación para venir a México. Sólo quiero darles un poco de información sobre la Sociedad de Enfermeras de Infusión. Somos una organización de 5400 enfermeras, principalmente enfermeras certificadas y nuestra membresía consiste de enfermeras de Estados Unidos con representación en otros 38 países. Nuestra base de miembros se divide en un 50% de enfermeras que trabajan en hospitales y el resto en los hogares o escenarios alternativos lo que incluye centros de infusión, consultorios médicos y asilos.

Los beneficios principales que disfrutan los miembros son el hecho de que impartimos programas educativos y un programa de certificación que mencionaré después. También tenemos el Diario de la Enfermería de Infusión que es un diario de investigación que también reciben los miembros.

Cuando se ve la seguridad del paciente y la terapia intravenosa hay varios aspectos que podemos mencionar. De hecho en las otras presentaciones se mencionaron errores de medicación y administración de medicamentos. Yo hablaré de las medidas para el control de infecciones que afectan la terapia de infusión y cómo con nuestra práctica podemos evitar o minimizar las complicaciones que pudieran

sucedarle a nuestros pacientes recibiendo terapia endovenosa.

Hay varios objetivos que quiero compartir en la presentación. Primero describir el papel de los profesionales de atención médica al aplicar una terapia endovenosa segura. Definiré brevemente los estándares, lineamientos, políticas y procedimientos relacionados a la terapia endovenosa y así hablaremos de las aplicaciones clínicas que podemos usar para brindar una atención médica segura. Y hablaré también del proceso de certificación de las enfermeras de terapia endovenosa que tenemos para nuestros miembros.

La terapia endovenosa ha evolucionado con el tiempo y se trata de un tipo de procedimiento de alta tecnología que se brinda en diversos escenarios, según nuestros hallazgos, no sólo en hospitales sino también en hogares y centros comunitarios.

Nuestra base de conocimiento ha visto la necesidad de crecer no únicamente hablando de los padecimientos y tipos de medicamentos que reciben los pacientes sino de las mejores maneras en las que podemos administrar ese cuidado. La tecnología ha avanzado y es importante que sepamos los tipos de dispositivos y procedimientos que están ahora disponibles para los pacientes.

Es cierto que en Estados Unidos hemos detectado una estancia en hospital menos prolongada es por eso que es más importante poder desarrollar rápidamente un plan de atención médica, poder comunicar el plan a los profesionales de la salud que ayudarán a los pacientes para darles los cuidados que necesitan.

La educación de los pacientes también es un componente esencial en la atención médica no únicamente en el hospital donde ya conocen los aparatos que están ahí y la razón por la que tienen uno de estos aparatos; lo que es más importante para los que atendemos a pacientes en sus hogares, tenemos que estar seguros que el paciente entienda cómo cuidar el aparato así como las personas responsables de brindar la atención médica.

Hablare sobre los problemas de control de infecciones y su impacto en la seguridad del paciente. Se presentaron ya unas diapositivas que indicaban el número de errores de pacientes y algo de eso se relaciona a las infecciones en el torrente sanguíneo por catéteres.

También veremos la certificación y qué papel juega ¿Las enfermeras certificadas brindan mejor atención médica que las que no están certificadas? Si vemos la mejor práctica, queremos que esté basada en los estándares. Nosotros hemos desarrollado estándares de la práctica basadas en investigación. También queremos saber cuáles son los resultados, queremos resultados positivos para los pacientes pero ciertamente uno de los resultados más importantes es una terapia de infusión donde el paciente pueda recibir la terapia prescrita por el médico de manera oportuna y sin complicaciones y hacer todo esto al tiempo de brindar seguridad del paciente.

Hay cimientos en la enfermería de terapia endovenosa y que creemos son muy importantes, así mismo que las enfermeras tengan las habilidades y sean competentes en esos cimientos, para ello hay cosas básicas que tienen que saber, primero, deben conocer la anatomía y saber de fisiología y aunado a eso la relación y el conocimiento del sistema vascular y cómo los tratamientos y el equipo que usamos podrán solucionar problemas y tratar a los pacientes.

Quien quiera que sea el clínico, puede ser un médico o enfermera, necesita saber la diferencia entre las venas y las arterias entre otras cosas. Los aspectos psicosociales también son extremadamente importantes, saber el historial de terapias de infusiones pasadas del paciente. Si han tenido una muy mala experiencia en el pasado, será sumamente importante para quienes colocan la venoclisis que lo tomen en cuenta.

En particular hablando de los tipos de dispositivos que seleccionamos para nuestros pacientes, tenemos que ver sus estilos de vida, en particular aquellos pacientes que reciben terapias a largo plazo y de ser así será en su hogar; por ejemplo, es mejor un catéter Hickman que otro.

También es importante tener una colaboración interdisciplinaria entre todos los miembros del equipo a cargo de la atención médica. Tenemos una fuerte relación entre las enfermeras y nuestros médicos, también con los farmacéuticos, nuestras nutriólogas, en particular en el caso de pacientes que reciben nutrición parenteral y también colaboramos con trabajadores sociales y otros miembros que sean necesarios para desarrollar el plan de atención médica del paciente, personas con las que trabajamos muy de cerca y finalmente, por supuesto, debemos contar con habilidades técnicas, para insertar la venoclisis sin causar traumatismo a los pacientes.

Vemos las competencias básicas clínicas que necesitan los clínicos cuando hacen la punción de la vena y para la administración periférica, se necesita preparar el equipo de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.

La enfermera también tiene que estar familiarizada con la evaluación vascular, repito conocer las arterias y venas, poder diferenciarlas, poder evaluar el brazo del paciente y buscar la vena, aunque se vea, podría ser una vena difícil. La enfermera tiene que saber que hacer una punción en una vena con esclerosis no es una buena opción y que habrá dificultad para que se desplace la solución.

La selección del sitio también es muy importante. Dónde vamos a poner la venoclisis, cuál es el sitio más adecuado; por ejemplo si tenemos un paciente que va a caminar durante mucho tiempo con muletas, el sitio menos adecuado para colocar la aguja sería la parte posterior de la mano, no durará mucho tiempo. Tampoco recomendamos el uso de extremidades inferiores en pacientes debido al mayor riesgo de desarrollar trombosis al tener las agujas en la pierna.

La persona que coloca la terapia tiene que saber mucho sobre preparación del sitio, no solamente sobre las soluciones

que se recomiendan para preparar el sitio sino que además hacerlo adecuadamente. Si no se hace con cuidado, no tendrá efecto la limpieza previa del sitio de punción. La selección del catéter también es muy importante. La mayor parte del tiempo, la enfermera decide el tipo de catéter a menos que el médico lo defina específicamente. Regularmente el médico deja que la enfermera decida la longitud y calibre del catéter, por ello tiene que estar familiarizada con el procedimiento de colocación y tener la habilidad para realizar esta técnica.

Por último, el monitoreo y el mantenimiento son sumamente importantes. En Estados Unidos tenemos muchas instituciones que cuentan con equipos dedicados a la colocación de terapia endovenosa y esos equipos cuentan con enfermeras a cargo de la realización de las punciones, hacer el cambio de apósitos y otras actividades que se les han asignado. Sin embargo aunque ellas son las designadas a la colocación de agujas, no están con los pacientes el resto del tiempo; por consiguiente es importante que quien cuide a esos pacientes también conozcan el tipo de dispositivo y cómo cuidarlo. Como cambiar el apósito, reconocer las complicaciones y hacer lo correcto para solucionar cualquiera de esas complicaciones potenciales.

Hay también la necesidad de competencias clínicas para atender a los pacientes que tienen dispositivos que tienen acceso al sistema vascular central. La mayoría de los dispositivos centrales los colocan los médicos. El "Pickline" es un catéter central colocado periféricamente estos se colocan en el antecubital, se introduce y luego se enrosca pasando por el introductor y la punta reside en la vena cava central (este lo coloca principalmente la enfermera) se usa mucho porque les da movilidad a los pacientes, está en el codo pero el catéter es sumamente flexible, el tiempo de permanencia todavía no se determina aunque ha habido casos con pacientes que han tenido un "Pickline" les ha durado más de un año y han tenido mucho éxito en el tratamiento. Cualquiera que sea el dispositivo, las enfermeras tienen que estar familiarizadas con la técnica de colocación de ese aparato y monitorear y darle mantenimiento que son pasos sumamente importantes.

Ahora veremos algunas definiciones: Estándar, es un enunciado autoritario emitido por una profesión con el que se juzga la calidad de la profesión y es una expectativa que siempre se debe satisfacer. Básicamente define lo que hay que hacer y la Sociedad de Enfermeras de Infusión ha desarrollado los Estándares de Práctica de la Terapia Endovenosa.

Existen 77 estándares aplicables a la terapia endovenosa y una de las cosas clave que se deben recordar de estos estándares es que la enfermera es responsable de ellos sin importar el escenario de la práctica. Entonces pueden estar trabajando en el hospital o en el hogar y tiene que cumplir los estándares. Por ejemplo, la preparación del sitio de punción no debe cambiar aunque esté en casa, siempre debe seguir el mismo proceso que se sigue en el hospital.

Nuestros estándares son congruentes con la investigación vigente, normas nacionales y lineamientos legales, las metas de los estándares son proteger y conservar los derechos del paciente a una atención médica segura de alta calidad y también protege a la enfermera que administra la terapia endovenosa. Actualmente estamos revisando de 75 a 80 estándares y elaboraremos nuevos estándares que estarán listos en el primer trimestre del 2006.

Los lineamientos están relacionados al proceso de administración de la atención médica que puede mejorar potencialmente la calidad del proceso de toma de decisiones y tiene la expectativa de que se cumpla con los estándares y con los lineamientos. Hay diversas opciones que ayudan a dirigir las decisiones que se toman en la atención médica del paciente, por ejemplo uno con el que podrían ustedes estar familiarizados relativo a la terapia endovenosa son los lineamientos de CDC del 2002 para la Prevención de Infecciones Cardiovasculares en el torrente sanguíneo relativas al uso de catéteres.

Las políticas y procedimientos son la base para nuestras aplicaciones clínicas y una política describe el curso y propósito de las acciones que se vayan a tomar, esto en términos prácticos es lo que necesitamos hacer. El procedimiento, detalla el proceso paso a paso y la manera de lograrlo.

La Sociedad de Enfermeras de Infusión ha desarrollado políticas y procedimientos para la Enfermería de Terapia Endovenosa. Estos son congruentes con nuestros estándares de práctica de Enfermería de Terapia Endovenosa y una de las razones por las que desarrollamos este producto fue para poder promover una terminología universal. Veamos que aún en nuestros hospitales locales, las personas hablaban de los catéteres con nombres diferentes, procedimientos con palabras diferentes también. Creíamos que sería de beneficio utilizar los mismos términos y ayudar a tener una práctica más uniforme.

Ahora hablaré del control de infecciones, el punto que tiene un verdadero impacto en la Terapia de Infusión e incrementa el riesgo de complicaciones infecciosas debido a su naturaleza invasiva y el hecho de que se lastima la integridad de la piel. Las fuentes de contaminación bacteriana incluyen la piel del paciente, las manos del profesional de la atención médica, contaminación del dispositivo, el área en el extremo del catéter donde se conecta el tubo de aplicación, contaminación en el sitio de inserción, entre otros.

También hay factores de riesgos asociados y la experiencia del profesional que coloca el catéter es uno de estos. Parece que los pacientes tienden a desarrollar más complicaciones cuando la persona que coloca la aguja no tiene tanta experiencia ni habilidad como alguien que sí la ha tenido.

Otro factor de riesgo se relaciona con la condición en la que se colocó la línea, si estamos en una emergencia, si el paciente está en exteriores o en la sala de emergencias no se puede tener todo el tiempo para poder colocar el catéter justo

al lado de la cama del paciente. Es claro que en una situación de emergencia lo importante es colocar la línea lo más pronto posible para administrar las soluciones o medicamentos que necesite el paciente. Posteriormente, una vez que se estabiliza al paciente, se debe volver a colocar la línea.

Otro factor de riesgo es la desinfección de la piel antes de la colocación. Aunque ya se haya limpiado correctamente.

Las cintas contaminadas también son un factor de riesgo y las entradas múltiples al sistema de administración de terapia endovenosa. Aunque es útil tener un estuche de extensión y topes, los catéteres multilumen disponibles, todos implican conexiones que aumentan el riesgo del paciente hacia el desarrollo de complicaciones.

Ahora veremos algunos de los puntos de la práctica y algunos que mencionaré provienen de los estándares de los lineamientos CDC y muchos serán conocidos para ustedes y son básicos. En primer lugar tenemos la higiene de las manos y se trata del paso más importante. Pueden lavarse con jabón antiséptico o con gel o espumas de alcohol sin agua. Se han hecho estudios recientemente que indican que los productos sin agua son tan efectivos como los jabones antisépticos. Es importante lavarse las manos antes y después de hacer procedimientos en los pacientes como haber palpado los sitios de colocación, haber insertado, cambiado, haber tenido acceso o haber reparado una línea o después de colocar un apósito en el sitio del catéter. También es importante recordar que el uso de guantes no evita la necesidad de lavarse bien las manos. Cuando empezábamos a usar guantes hace ya varios años, las personas dejaron de poner atención a la técnica de lavado de manos.

Si vemos los sistemas de administración, se debe usar un catéter por cada intento, no más y eso también aplica a aquellos intentos fallidos que se hacen. Nos gustaría tener éxito desde la primera vez pero no siempre es así pero si tienen que volver a intentarlo, hay que usar un catéter nuevo.

No estoy segura de por qué pero cuando cambiamos de sistemas con agujas a los que no usan agujas en los paquetes de aplicación, por alguna razón, las enfermeras no limpiaban los puertos de inyección y se presentaron problemas bacterianos en algunos pacientes. Entonces aunque no hay aguja en el extremo de los tubos si hay un dispositivo al final que es el que se mete en la línea principal del paciente, por lo tanto sigue siendo importante que se mantengan limpias las conexiones.

Hablando del cuidado del sitio y mantenimiento, tienen que revisar el sitio de manera rutinaria para detectar señales de infecciones relacionadas a los catéteres. Y repito, rutinariamente depende de las políticas y procedimientos de su institución. Hay que alternar sus sitios periféricos con frecuencia y la recomendación de la Sociedad de Enfermeras de Infusión es que se alterne cada 72 horas. Hay que cambiar con frecuencia el estuche de aplicación y los apósitos del



sitio y básicamente lo que hacen es que con el cambio de catéter, cambian los apósitos y el “kit” de administración simultáneamente y hay que mantener un sistema de circuito en la aplicación del catéter.

Para quitar el vello, recomendamos que se sujete el vello en exceso y que no se rasure ya que la rasuradora podría causar micro-abrasiones que permite la entrada de bacterias al sistema del paciente, tampoco se recomienda el uso de cremas para depilar ya que pueden presentarse reacciones alérgicas.

Para la preparación del sitio, se tiene que desinfectar la piel con una solución anti-séptica antes de la inserción o de cambios de apósitos y actualmente la solución que se prefiere es clorhexidina al 2%. Sin embargo hay otras soluciones que se recomiendan que hacen el mismo trabajo como la tintura de yodo, el yodoforo y también se acepta el alcohol al 72% para la preparación del sitio. Lo que hay que recordar no son las soluciones sino saber si preparamos adecuadamente el sitio.

A la mayoría de nosotros nos enseñaron que al preparar el sitio, empezáramos haciendo círculos concéntricos donde se piensa hacer la inserción e ir hacia fuera. Ahora, la práctica que se recomienda para el uso de la clorhexidina, si es la que usa su organización, es un movimiento hacia delante y atrás. Hay que dejar que seque el antiséptico para tener todo el beneficio de la solución sobre la piel y no soplar y ni usar un ventilador para acelerar el secado.

Para la colocación del catéter, deben colocar el calibre más pequeño y asegurar la longitud del catéter adecuada que administre la terapia prescrita al paciente. Como mencioné se debe usar un aplicador nuevo para cada intento de canulación y si no tienen éxito después de dos intentos, tiene que llamar a alguien más para la colocación del catéter.

Hablando de la colocación del catéter, esto nos remite al juicio y evaluación del paciente y tratar de determinar cuál sería la línea más adecuada para ese paciente y así reducir la cantidad de punciones que reciba el paciente en el curso de la terapia. Entonces por ejemplo, si están con un paciente y el acceso se ve muy limitado desde el principio y van a tener seis semanas de terapia con antibióticos; probablemente un catéter corto periférico no sea la mejor opción ya que será difícil mantener el acceso del paciente teniendo que cambiar los catéteres cada 72 horas durante seis semanas. En esos casos probablemente un “Pickline” sea el dispositivo de preferencia para ese paciente o algún otro aparato de largo plazo.

Nunca vuelvan a colocar el estilete después de haberlo sacado parcialmente del catéter. Si tratan de volver a introducirlo, podrían romper un pedazo del catéter y causar embolismo.

Para las terapias que exceden seis días, como lo mencioné, hay que evaluar al paciente. Un “pickline” podría ser adecuado o un catéter “midline”. Este catéter también se coloca en el antecubital pero su punta termina justo debajo de la axila.

Mientras más puertos disponibles, más se incrementa el riesgo del paciente de contaminación o contaminación en la línea. Y antes de usar los catéteres centrales, necesitamos confirmar las puntas por medio de Rayos X para estar seguros de que están colocados centralmente.

La fijación del catéter también es muy importante, queremos estar seguros de que el catéter no se mueve y permanezca en su sitio. Hay dos tipos de apósitos que se pueden usar, uno es la gasa estéril y cinta para apósito que recomendamos cambiar cada 48 horas y el segundo es la membrana transparente semi-permeable o el apósito de plástico como el “tegaderm”. Para cambiarlos, se cambian con el catéter o si los usan en una línea central, se recomienda el cambio cada 7 días. Si se afloja o se ensucia el apósito, éste se tiene que cambiar y no sólo poner más cinta para retenerlo en su sitio. No se recomienda tampoco la aplicación de ungüentos tópicos en el sitio de inserción. Hace años el estándar de práctica era usar un ungüento sobre el sitio de inserción pero hay estudios que muestran que no es efectivo y de hecho genera problemas. En el caso de apósitos transparentes, tener ungüento abajo del apósito hace que éste no se pegue a la piel.

Para el mantenimiento, hay que cambiar el paquete de administración en intervalos de 72 horas, limpiar los puertos de inyección con la solución antiséptica antes de tener acceso. Quiero hablar del lavado y su propósito que es asegurar la limpieza y para evitar incompatibilidades con los medicamentos y soluciones que reciben los pacientes. Las dos soluciones principales que se usan para el lavado son soluciones salinas y heparina, actualmente en Estados Unidos la mayoría de los sitios lavan las líneas cortas periféricas con solución salina solamente y han visto gran éxito. Hay sitios que lavan las líneas centrales con solución salina únicamente aunque ha habido duda de hacerlo por temor de que si se tapa la línea resulta más costoso y estresante para el paciente y el médico ya que habría que cambiar esas líneas.

Una de las técnicas que quiero compartir y que es útil para recordar el proceso de lavado se llama el Método **SASH**; para hacerlo tomas la primera **S** que quiere decir solución salina, lavas la línea con la solución salina, **A** quiere decir administrar, ahora das el medicamento, después vuelves a lavar con solución salina, la segunda **S** y después si se necesita, lavas la línea con heparina **H** y eso ha resultado muy útil para las enfermeras para hacer un lavado efectivo.

Ahora brevemente hablaré del programa de certificación de la Sociedad de Enfermeras de Terapia Endovenosa. La certificación significa competencia en la práctica profesional especializada, se basa en más conocimientos, experiencia y habilidad y algo importante es la competencia continua que se logra con la recertificación. La competencia continua ha sido un tema muy importante en Estados Unidos y algo que estamos considerando es cómo mantener la competencia y cómo determinar que el clínico es competente.

La meta prioritaria de la certificación es la protección del paciente. La cooperación de certificación de enfermeras de terapia endovenosa es una organización hermana de la Sociedad de Enfermeras de Infusión y aplicamos un examen nacional de 4 horas y el requisito para solicitar el examen es tener una licencia vigente de RN (register nurse) de Estados Unidos o Canadá y para las enfermeras que se están preparando en el extranjero, ellas tienen que presentar un informe de su preparación, evaluación y equivalencia a la licencia y también documentar que han tenido 1600 horas de terapia endovenosa antes de los dos años de requisito para el examen.

Cuando las personas ven por primera vez los requisitos dicen: nunca voy a cumplir con los requisitos de experiencia pero cuando tienes un lapso de 2 años, lo separas por mes y por día y ves todas las cosas involucradas en la terapia endovenosa, casi todas las enfermeras lo cumplen. No solamente es cosa de colocar las agujas sino también es el cuidado, la atención, la evaluación, la educación del paciente, preparación del personal, cualquier cosa que se relacione con la terapia endovenosa. Una vez que el candidato pasa el examen, reciben su designación CRNI que quiere decir: Certified Registered Nurse Infusion y la credencial tiene una vigencia de 3 años, actualmente hay 3000 enfermeras con esta certificación.

Hay 9 áreas esenciales de contenido que creemos que necesitan saberse para recibir el examen y las quiero mencionar rápidamente: tecnología y aplicación clínica, equilibrio de líquidos y electrolitos, control de infecciones, terapia antineoplásica, farmacología, pediatría, nutrición parenteral, terapia de transfusión y mejora del desempeño.

Sé que al principio en el caso de las enfermeras que quieren presentar el examen, les podría parecer abrumador pero les damos muchos recursos para estudiar, tenemos una curricula esencial para la enfermería de terapia endovenosa y les alentamos a que formen grupos de estudios y los candidatos que así se preparan para el examen, son exitosos.

Para concluir, creo que necesitamos un enfoque proactivo para ver la seguridad del paciente y cómo se relaciona con la terapia endovenosa. No solamente hay que estar seguros de contar con todo el equipo disponible sino estar seguros de que todos los prestadores de atención médica, todos los que colocan terapia endovenosa en los pacientes tengan el conocimiento y habilidades necesarias. Hay que determinar su competencia y cómo mantener esa competencia.

Necesitamos ver su alcance en la práctica, quién hace qué, son capaces de hacerlo, también hay que incorporar los recursos disponibles que tenemos como la práctica y las guías relativas y tratar de seguir haciendo investigación y apoyarla para que nuestra práctica sea la mejor para nuestros pacientes.

Les agradezco su tiempo y atención, para mí es un gusto haber tenido esta oportunidad de dirigirme a ustedes esta mañana, gracias.

## Preguntas

- PRESENTADOR: Muchas gracias a Mary Alexander. Tenemos tiempo para un par de preguntas. Además de agradecer mucho su presencia y las aportaciones sobre estos conocimientos básicos para el manejo de terapia intravenosa, quiero compartir con usted la experiencia que en la CONAMED hemos tenido en la presencia de 3 casos donde a la hora de retirar la tela adhesiva que fija la venoclisis, el mal uso, la mala utilización de las tijeras llevó a la amputación del dedo de tres niños. Probablemente ahí están las recomendaciones para el retiro de la venoclisis que creo que además de introducir el catéter, es igual de importante tener cuidado a la hora de retirarlo sobre todo en los niños prematuros en las terapias intensivas ¿Tiene usted experiencia de casos similares?

- MARY ALEXANDER: Como experiencia personal afortunadamente no, pero ha habido otros casos donde no sólo se han amputado dedos sino corte de las líneas de terapia, líneas centrales o arteriales y es un problema grande. Al ver los estándares de práctica, la recomendación de no usar tijeras en estos sitios debido al riesgo mayor que existe de cortar una línea o cortar al paciente o cortar la piel del paciente.

- PREGUNTA: En México una de las complicaciones más frecuentes son las infecciones relacionadas con terapia intravenosa. A la mejor no estuvo contemplado en su presentación porque es algo muy obvio usar en Estados Unidos sistemas cerrados; es decir, contenedores flexibles que no usan aire para funcionar. En nuestro país, usamos más o menos un 50% de sistemas abiertos y 50% de sistemas cerrados. En su experiencia de 30 años de uso de sistema cerrado ¿Cuál sería el riesgo inherente a usar sistemas abiertos en complicaciones infecciosas relacionadas a la terapia intravenosa?

- MARY ALEXANDER: Creo que uno de los aspectos clave para el control de infecciones relacionadas a terapia endovenosa es conocer todos los procesos. No siempre es el producto en particular que usas sino saber si usas adecuadamente los productos, sigues los procedimientos correctos, limpias las cosas como se tienen que limpiar, manejas los tubos de manera adecuada, entonces muchas veces es ahí donde se presentan los problemas. Las personas toman atajos y no hacen las cosas necesarias; entonces no siempre es que un sistema sea mejor que otro.

- PREGUNTA: Quisiera felicitarla por su excelente presentación y además preguntarle si a pesar de todas estas medidas de control en la infección, la tasa de infección es cero o si todavía hay problemas de infección.

- RESPUESTA: Me encantaría que fuera cero. No, hay problemas de control de infecciones. Por eso tenemos que hacer lineamientos y por eso siempre revisamos los lineamientos. La tasa de infección varía dependiendo del hospital, dependiendo de las personas a cargo de las IV's.

Por ejemplo aquellos hospitales que tienen equipos dedicados a la terapia endovenosa; por lo general su tasa de infección es menor a aquellos que no los tienen. La tasa de infección también depende del área dentro de las instalaciones; por ejemplo las áreas de Terapia Intensiva tienden a tener una mayor tasa que otras áreas y también depende de la población de pacientes. Sí nos encantaría no tener infecciones pero la realidad es que no es así. Lo importante es trabajar juntos, creo que lo más importante es preparar y educar a las enfermeras y doctores. Es importante que todos estemos en el mismo camino y seguir los procedimientos y tener un control de calidad y evaluar qué funciona y qué no funciona. Gracias.

**Certeza Jurídica ante el error médico  
(Sobre la necesidad de superar los criterios  
en la reparación del daño moral)**

Lic. Agustín Ramírez Ramírez

A partir de la publicación que hizo el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, *Errar es humano*, mucho se ha reflexionado sobre el entorno en que se desarrolla la práctica médica norteamericana, particularmente en lo que se refiere a las repercusiones de los errores médicos; su tratamiento jurídico, el impacto en los costos de las pólizas de responsabilidad y, fundamentalmente, la fractura de la confianza en la relación médico paciente, fuentes importantes de la llamada medicina defensiva, tan arraigada culturalmente en ese país.

En un reporte de la Academia Americana de Pediatría<sup>1</sup>, los autores precisan que “entre 1930 y 1994 los costos por responsabilidad aumentaron casi cuatro veces más rápido que la tasa de crecimiento de la economía”, situación que atribuyen al creciente número de demandas por mala práctica. Señalan, además, que el “aumento más rápido en los costos por responsabilidad ocurrió entre 1950 y 1985, cuando crecieron un promedio de 12% anual, mientras que el crecimiento económico nominal promediaba un 7.9% al año”.

En México, no contamos con información suficiente para asegurar tendencia alguna sobre los costos de la mala práctica médica. Por una parte, los registros del Poder Judicial Federal y Locales no permiten identificar de manera específica las demandas en esta materia, como tampoco sus resultados en cuanto a los montos de las indemnizaciones y, en su caso, de las condenas por gastos y costas. No hay, tampoco, un estudio que se avoque al tema de los costos en torno a la medicina defensiva, es decir, en qué medida han aumentado los gastos de la atención médica en virtud de las indicaciones hechas por el médico, como medida preventiva de una posible demanda en su contra. Tampoco

se sabe de tendencia alguna sobre la contratación de seguros de responsabilidad civil<sup>2</sup>. Por ello es que cualquier comentario que pueda hacerse sobre la práctica de una *medicina defensiva* en nuestro país, no es sino una simple estimación fundada en percepciones.

No obstante lo anterior, un sector importante de la sociedad mexicana tiende a pensar que, al igual que en los Estados Unidos de Norteamérica, en nuestro país es posible demandar a los médicos por sumas millonarias, al grado de encontrar abogados haciendo presencia en las puertas de los establecimientos sanitarios, particularmente los públicos, buscando convencer a ciertos pacientes, aquellos que notoriamente se encuentran en un estado emocional afectado, de que es posible demandar al médico y obtener una indemnización cuantiosa. Perciben, quizás, que se trata de un nicho de mercado que habrá de crecer algún día.

Bajo esta percepción no puede impedirse, en efecto, que ante la mera presunción de mala práctica un paciente demande a su médico con pretensiones millonarias. Sin embargo, cuando hablamos de demandas por reparación de daños patrimoniales, en caso de que proceda la condena por impericia o negligencia, poco importará que el actor le ponga precio al daño sufrido, pues el monto de la indemnización se integra, ya sea por el número de días que dure la incapacidad o por el porcentaje que corresponda a la pérdida orgánica sufrida, considerando que la valoración de los daños corporales tiene un límite en los parámetros legales que regulan el riesgo laboral, de tal suerte que el monto resultante será insuficiente para colmar las pretensiones millonarias del promovente y su abogado.

Hay en ello una certidumbre absoluta respecto del monto de la indemnización, pues cuando se hace necesario reparar el daño físico causado por deficiencias en la atención médica, la suma resultante siempre será cierta. Los parámetros legales contenidos en la legislación laboral se aplican de manera estricta, de ahí que la indemnización por la pérdida de determinado miembro, que amerite la declaración de incapacidad permanente parcial<sup>3</sup>, se cubra con práctica-

<sup>2</sup> En la materia, en octubre del año 2003 la autoridad sanitaria federal adjudicó a la empresa GRUPO MEXICANO DE SEGUROS S.A. DE C.V. un contrato de “Seguro de Responsabilidad Profesional de personal médico” para aproximadamente 30,000 médicos adscritos al sistema público de salud (no incluye IMSS ni ISSSTE) y poco más de 5,000 médicos residentes, con un costo individual de \$357.50 por persona (prima), que fue cubierto en partes iguales entre la autoridad y cada trabajador. Lo anterior implica que cada médico pagó \$14.90 (CATORCE PESOS 90/100 M. N.) mensuales por estar asegurado por mala práctica médica, cantidad poco significativa en relación con los costos que tienen este tipo de pólizas en Estados Unidos de Norteamérica.

<sup>3</sup> Es el caso, por ejemplo, de dos personas que en establecimientos diferentes (pueden incluso ser uno público y el otro privado) pierden una extremidad a consecuencia de una deficiente atención médica, lo que les produce incapacidad física parcial permanente. Aunque las circunstancias de la pérdida orgánica hayan sido diferentes, el resultado material es el mismo y el parámetro legal de valoración del daño físico es también igual (artículo 1915 del Código Civil Federal y 492 de la Ley Federal del Trabajo). El monto de la condena establecida en la resolución judicial podrá aumentar al sumarle los costos de la atención médica declarada deficiente, aunque es preciso señalar que se trata estrictamente del reintegro de una cantidad indebidamente cubierta por el paciente y no necesariamente en términos de indemnización del daño físico causado.

<sup>1</sup> John J. Fraser, Jr, MD, JD, and the Committee on Medical Liability, PEDIATRICS Vol. 107 No. 3 March 2001.

mente la misma suma, que puede variar en función de los criterios a que se refiere el artículo 492 de la ley laboral, en cuanto a que para establecer el monto dentro de los rangos establecidos por la tabla de valuación de incapacidades, el juzgador debe tomar en cuenta: la edad del sujeto dañado, la importancia de la incapacidad y la mayor o menor aptitud para ejercer actividades remuneradas, semejantes a su profesión u oficio.

Otro ejemplo muy claro se refiere a la pérdida de la vida por negligencia o impericia médica, lo que implica la obligación de reparar el daño causado en un monto que no supera los \$140,000.00<sup>4</sup>. Conforme a lo anterior, resulta ciertamente lógico que estemos ante una situación que, por el momento, no llama mayormente la atención, pues se trata de un pago que la mayor parte de los profesionistas puede enfrentar. Por otra parte, dudo que una suma de tal magnitud resulte atractiva para un importante número de abogados, salvo para quienes estén a la espera de patrocinar todo tipo de asuntos independientemente de su viabilidad, pues no los mueve el deseo de prestigiarse profesionalmente sino el solo interés de obtener un ingreso, independientemente de la materia y la forma de obtenerlo.

Desde la perspectiva de la reparación de daños físicos, como hasta aquí hemos visto, en México, los errores médicos no cuestan mucho. Sin embargo, es necesario reflexionar sobre un componente importante del derecho de daños, que transforma la simplicidad de la evaluación hasta aquí reseñada, en un esquema complejo dada la subjetividad de los parámetros legales de evaluación. Me refiero a la enorme incertidumbre que surge ante una demanda de reparación de daños extrapatrimoniales, en lo que corresponde a la valoración de las hipótesis relativas al daño moral<sup>5</sup>,

<sup>4</sup> En términos del artículo 1915 del Código Civil Federal, "cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario mas alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima". El salario mínimo diario en el Distrito Federal es, actualmente, de \$46.24 (CUARENTA Y SEIS PESOS 24/100 M.N.), cuyo cuádruplo asciende a \$184.96 (CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS 96/100 M.N.), que al multiplicarse por 730 días (artículo 502 de la Ley Federal del Trabajo) arroja un monto de \$135,020.80 (CIENTO TREINTA Y CINCO MIL VEINTE PESOS 80/100 M.N.). Adicionalmente, en términos del artículo 500 de la Ley Federal del Trabajo, la indemnización incluye dos meses de salario por concepto de gastos funerarios (\$2,774.40) que resulta de multiplicar \$46.24 por 60. La suma total por concepto de indemnización asciende a \$137,795.20 (CIENTO TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 20/100 M.N.).

<sup>5</sup> Por daño moral se entiende, según dispone el artículo 1916 del Código Civil Federal, "la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas".

pues si de suyo es difícil apreciar la naturaleza y alcance de los daños morales causados, lo es igualmente, e incluso es más complejo, determinar el monto de la reparación.

Cabe señalar que esta incertidumbre no sólo afecta al médico, como responsable de reparar el daño, sino también al sujeto dañado, pues el monto por indemnización puede resultar empobrecedor para determinado profesional médico, como insuficiente para quien sufre el daño. El monto dependerá de los términos en que la legislación civil regule la reparación del daño moral, según la entidad federativa en donde se haya llevado a cabo la práctica médica demostrada irregular.

En este punto, es importante hacer una precisión. Lo anterior es cabalmente aplicable a los daños causados por la mala práctica médica demostrada en el medio privado, pues tratándose de servicios prestados en establecimientos públicos, a partir de la entrada en vigor de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado el monto por reparación del daño moral tiene un tope de hasta 20,000 veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal. Al respecto, me parece que el legislador introduce una regulación que seguramente habrá de generar inconformidad en el resultado de las resoluciones que deba pronunciar el Tribunal Administrativo, pues resulta confuso, por decir lo menos, la forma en que deberá evaluarse el daño moral, en términos del artículo 14 fracción II de la citada Ley<sup>6</sup>, pues en principio debe aplicarse lo dispuesto por el artículo 1916 del Código Civil Federal, con la condición de que el monto resultante no sea superior a los ya señalados 20,000 salarios mínimos, es decir, \$924,800.00 (NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS 00/100 M.N.)

De cualquier manera, no es mi pretensión juzgar inadecuadas las demandas por daño moral, pues no dudo de la legitimidad de las acciones emprendidas en cuanto a buscar que se repare el daño causado por la actuación irregular

<sup>6</sup> En términos del artículo 14 fracción II de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, la indemnización por daño moral se calculará "de acuerdo con los criterios establecidos en el Código Civil Federal, debiendo tomar en consideración los dictámenes periciales ofrecidos por el reclamante. La indemnización por daño moral que el Estado esté obligado a cubrir no excederá del equivalente a 20,000 veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, por cada reclamante afectado". Lo anterior significa que el juzgador debe considerar, según dispone el artículo 1916 del Código Civil Federal: **a)** los derechos lesionados, **b)** el grado de responsabilidad, **c)** la situación económica del responsable, y la de la víctima, **d)** las demás circunstancias del caso. Al evaluar estos puntos, el juzgador puede tener elementos suficientes para que en función del derecho lesionado y bajo el principio de que el Estado no puede resultar insolvente, se decretara un monto indemnizatorio suficiente para paliar las consecuencias del daño sufrido, sin embargo, se hace indispensable según criterio derivado de la Ley, que el monto no supere el tope ya referido, de suerte que hubiera resultado más congruente dejar al libre arbitrio del juzgador la forma de determinar razonablemente el monto, aunque la condena fuera siempre el tope máximo en un afán de impartir justicia en forma pronta y expedita.

del equipo sanitario, como tampoco de su legalidad; por el contrario, todo aquél que ejerce una actividad profesional, ya sea en el medio público como en el privado, debe saber que es responsable de los actos que ejecuta y que si ocasiona daños por negligencia o impericia, no solo tiene el deber ético de repararlos sino la obligación jurídica de hacerlo, empero, en lo que corresponde al daño moral, se hace indispensable introducir reglas que permitan uniformar los criterios jurídicos insertos en la legislación civil federal y local, de tal suerte que, protegiendo los intereses del afectado, no se favorezca una tendencia que nos conduzca, en forma irremediable como en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica al establecimiento de una relación médico paciente basada en la desconfianza y por tanto a una práctica de medicina defensiva.

La presentación indiscriminada de demandas por daño moral en contra de los profesionales de la salud traería como consecuencia perniciosa el crecimiento de una cultura litigiosa, que en una situación grave, induciría a los médicos a prestar sus servicios en la entidad federativa que tuviera la legislación más beneficiosa a su actuar profesional, en detrimento de los valores éticos insertos en el proceso de atención médica.

El médico, como ya se ha dicho, al igual que cualquier otra persona, es un sujeto falible, que puede equivocarse. Pero no por ello debe minimizarse el daño que llega a causar con su negligencia o impericia, pues afecta, en ocasiones, bienes fundamentales para proseguir el plan vital que el paciente se ha trazado. Su merma, demanda una evaluación que, en principio, indemnice de manera integral los daños causados, bajo principios de justicia conmutativa, empero, en ciertos casos, particularmente cuando el daño tiene carácter extrapatrimonial, se hace indispensable establecer prácticas realistas, que sin caer necesariamente en la aplicación de políticas de justicia distributiva, favorezcan que el sujeto dañado pueda, al menos, paliar su desventurado devenir mortal.

Debe servirnos de ejemplo y por ello habremos de analizarlo el fenómeno que se ha dado en la cultura norteamericana en los últimos 10 años. El estudio de los autores del artículo publicado en PEDIATRICS, reseñado al principio de este análisis<sup>7</sup>, sobre los costos de la mala práctica derivada de los servicios de atención médica en el periodo 1930 a 1994, puede resumirse en la siguiente cita: “Los médicos tuvieron cada vez más dificultades para obtener seguros por mala práctica ya que los proveedores comerciales de seguros dejaron de ofrecer cobertura por mala práctica médica o abandonaron totalmente el mercado de responsabilidad profesional. Las aseguradoras que continuaron ofreciendo cobertura por mala práctica médica tuvieron que aumentar sus primas, algunas veces hasta el doble o el triple para poder cubrir los costos de las indemnizaciones otorgadas por los médicos. En el periodo más difícil

de esta crisis, las primas para la cobertura de mala práctica médica subieron dramáticamente. Se reportó que en una región de California los médicos enfrentaron un aumento de 360% en las primas de seguro por mala práctica en un año”.

Un dato relevante de esta crisis puede constatare con el reporte<sup>8</sup> publicado en *Las Vegas Review Journal*, en el año 2002, que da cuenta de los motivos que llevaron a los cirujanos ortopédicos del Centro de Traumatología del *University Medical Center de las Vegas*, en Nevada, a abandonar sus puestos de trabajo en virtud del aumento desmesurado de las primas de responsabilidad. Según la nota, para regresar a su trabajo, los médicos demandaban “la aprobación de un paquete de reformas que incluyera [...] límites a los honorarios de los abogados, así como un límite de 250,000 dólares en indemnizaciones por daño moral”.

Situaciones como la reseñada alertaban a la sociedad médica norteamericana sobre la necesidad establecer medidas que contuvieran la cada vez más fracturada relación médico paciente. En tal sentido, la *American Medical Association* promovió la creación, en 1997, de la *National Patient Safety Foundation*, entidad privada cuya finalidad, en voz de su Director Martín Hatlie<sup>9</sup>, estaría orientada a “estudiar cómo ocurren las fallas en el sistema de atención médica y cómo instrumentar medidas de seguridad para prevenir daños al paciente”. Resulta obvio que al estudiar los errores médicos se buscaba establecer un sistema legal que limitara el impacto negativo en las demandas por mala práctica médica.

En consonancia con lo anterior, en el año 2003 se presentaron dos propuestas legislativas, una de la Cámara de Representantes y otra del Senado, con la intención de atenuar el conocimiento de los errores médicos durante el

<sup>8</sup> En términos de la crónica periodística “en un comunicado de prensa, [el Gobernador Kenny Guinn] dijo que convocará a una sesión especial de la legislatura para discutir las reformas *Tort*.” Las autoridades aseguradoras que el Gobernador “convocaría a la reunión hasta después del 26 de julio, que es la fecha límite para que el equipo negociador de médicos, abogados y representantes de las aseguradoras se pongan de acuerdo en un paquete de reformas” conminando a los médicos a regresar a sus labores en virtud del compromiso público del Gobernador “de convocar a una reunión para discutir la reforma *Tort* [señalando que] si no se logra un consenso por parte del equipo negociador, el gobernador prometió seguir adelante con su propio paquete, [pues] es muy preocupante que los médicos no atiendan a sus pacientes en espera de la fecha de una sesión especial.” Véase [http://www.reviewjournal.com/lvrj\\_home/2002/Jul-03-Wed-2002/news/19108774.html](http://www.reviewjournal.com/lvrj_home/2002/Jul-03-Wed-2002/news/19108774.html) Acceso 22 de junio de 2005.

<sup>9</sup> La *National Patient Safety Foundation* es una entidad privada cuya finalidad al crearse, en voz de su Director Martín Hatlie, estaría orientada a “estudiar cómo ocurren las fallas en el sistema de atención médica y cómo instrumentar medidas de seguridad para prevenir daños al paciente”. Véase <http://www.npsf.org/html/pressrel/pr98001.htm> Acceso 22 de junio de 2005.

<sup>7</sup> John J. Fraser, Jr, MD, JD, *Op. Cit.*

proceso legal<sup>10</sup>. El proyecto presentado por Michael Bilirakis y John Dingell, de la Cámara de Representantes, como “Ley para mejorar la calidad y la seguridad del paciente”, denominada HR 663, permitiría “que se comparta información sobre la seguridad del paciente con entidades denominadas Organizaciones para la Seguridad del Paciente [creando] una base nacional de datos que se radicaría en la Agencia para la Investigación en materia de Servicios de Salud y Calidad”. En un sentido similar, los senadores Jim Jeffords, John Breaux y Bill Frist presentaron su iniciativa, con la misma denominación, (S. 720) que intenta “proporcionar protección legal a la información reportada de manera voluntaria con el propósito de mejorar la calidad y la seguridad del paciente [que garantizaría, también] que exista una rendición de cuentas al aumentar los estándares y expectativas de que haya una mejora continua en la seguridad del paciente a través de la autoridad de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos”

Por fortuna, después de las revisiones correspondientes, en marzo de este año, 2005, el Congreso Norteamericano analizó la última versión de la reforma, denominada *Patient Safety and Quality Improvement Act*, y aunque infortunadamente no hubo tiempo de sancionarla en el periodo legislativo, se obtuvo un importante consenso en lo general, ante lo cual, recientemente, el 6 de junio, la Asociación Médica Americana, con el aval de más de 100 organizaciones estatales y nacionales urgió a los líderes del Congreso a su aprobación, a fin de remitirla al Presidente Bush para que fuera promulgada<sup>11</sup>.

En lo que corresponde estrictamente a la limitación de los montos indemnizatorios, en marzo del 2003 se tuvo noticia de un proyecto de ley que permitiría establecer un límite a las indemnizaciones por daños punitivos de errores médicos aprobado por la Cámara de Representantes<sup>12</sup>. Jim Greenwood, Republicano por Filadelfia, ha sido el autor de un texto que propone limitar a 250.000 dólares los daños punitivos (o no económicos) en las indemnizaciones y al doble en el caso de la compensación por gastos médicos y salarios perdidos (daños económicos). La legislación se aplicaría a los litigios contra médicos, HMO's, compañías

farmacéuticas y aseguradoras de asistencia sanitaria. Durante el debate, los republicanos argumentaron que las elevadas indemnizaciones que conceden los jurados han provocado la subida de las primas de los seguros de responsabilidad médica. Según el reporte del *Congress Daily*, Bush, que considera este tema como prioritario en su agenda de salud, expresó su apoyo a esta legislación en un discurso a los miembros de la Asociación Médica Americana durante una conferencia en Washington D.C, destacando las bondades del “proyecto de ley presentado por Greenwood en las sesiones 107 y 108 del Congreso, elogiando a la Cámara por haber aprobado dicha legislación en la sesión anterior”.

No obstante los beneficios que pueden apreciarse con una medida de tal naturaleza, no parece haber el mismo interés en el senado Norteamericano, pues según la nota, Bush “criticó al Senado por dejar de actuar, precisando que el problema nacional de altas primas de seguros por mala práctica tiene su origen en demandas frívolas además de que los médicos en los hospitales están abusando en el uso de ciertos exámenes y tratamientos al utilizarlos como medidas defensivas para evitar una demanda lo cual está elevando los costos para los pacientes, los estados y el Gobierno Federal”. Se trata de una iniciativa de la mayor relevancia que desafortunadamente no ha sido posible impulsar.

Un esquema muy parecido en lo que corresponde a la presencia de compañías aseguradoras, alto costo de las pólizas y montos excesivos por reparación de daños causados se presenta en España. Según Gonzalo Herranz, Director del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra<sup>13</sup>, “las elevadas indemnizaciones por daños sanitarios que imponen los tribunales no son aleccionadoras para la profesión médica, sino que abocan a la medicina defensiva”. Por ello, hizo un llamamiento “a jueces y tribunales para que apliquen en las resoluciones la justicia distributiva y a la sociedad en general para desarrollar sistemas útiles de conciliación”.

Lo que quizás distingue a España del modelo Norteamericano es la aplicación, no vinculativa, aunque de enorme utilidad para los tribunales, de un baremo de cuantificación de daños corporales, como base para determinar las indemnizaciones que habrán de establecerse por concepto de responsabilidad.

En un estudio sobre el Proyecto que propone la aplicación de un baremo europeo, el Dr. Martín Casals, Catedrático de

<sup>10</sup> La intención de ambas propuestas se centra en incentivar la voluntariedad de la información y el aumento de los niveles y las previsiones para lograr progresos continuos en la calidad asistencial. Véase <http://csd.ucop.edu/documents/qualsafe.pdf> Acceso 23 de junio de 2005.

<sup>11</sup> Véase <http://www.amda.com/federalaffairs/factsheets/congress109/s544.htm> Acceso 23 de junio de 2005.

<sup>12</sup> El proyecto fue aprobado en el Subcomité de Energía y Comercio de la Cámara de Representantes, sin embargo, no parece tener mucha viabilidad pues no obstante que a juicio del Presidente del Comité, Billy Tauzin, garantizaría “que los pacientes que sufran un daño sean compensados de manera justa, sin permitir que abogados sin escrúpulos expulsen a los médicos de la ciudad”, John Dingell, Henry Waxman y Sherrod Brown, legisladores demócratas, comentaron que “las verdaderas causas de los aumentos en las tarifas de seguros por mala práctica médica no se conocen y piden que se investigue más sobre el asunto”. Véase [http://www.kaisernetwork.org/daily\\_reports/rep\\_index.cfm?hint=3&DR\\_ID=16394](http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=3&DR_ID=16394) Acceso 24 de junio de 2005.

<sup>13</sup> En entrevista publicada el 13 de noviembre de 2003, señala que “son cada vez menos las aseguradoras que se mantienen activas en el ramo sanitario. Y las que lo hacen, suben hasta las nubes la cobertura de sus servicios, pues no les faltan pruebas del alto riesgo que corren cuando aseguran a quienes ejercen la medicina y la enfermería. Se desprende de los análisis y de las opiniones que hay una fuerte crisis en el sector. Todos coinciden en reconocer la gravedad de la situación, casi desesperada según algunos, con soluciones que hay que ensayar, según otros”. Véase [http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario\\_medico/cmp/viewDocument.jsp](http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument.jsp) Acceso 25 de junio de 2005.

derecho civil de la Universidad de Girona<sup>14</sup> destaca que en España, “la baremación del daño corporal es un tema de permanente actualidad, especialmente desde la elaboración y posterior entrada en vigor de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, [denominada] *Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor*, [que] introdujo, mediante un Anexo, el llamado *Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*, conocido popularmente como *baremo*”.

Fue por ello que la Organización Médica Colegial, ha avalado la propuesta del Colegio de Alicante de establecer un baremo objetivo para daños por mala práctica médica, que a decir de Ricardo Ferré<sup>15</sup> “daría lugar a un doble efecto: por un lado, mayor seguridad jurídica y tranquilidad para los profesionales médicos y, por otro, solucionaría la escalada del precio de las primas de las pólizas de responsabilidad médica y el abandono del sector sanitario, de un creciente número de compañías aseguradoras, con el consiguiente problema para los profesionales médicos españoles”. En ello se encuentra trabajando en estos momentos la autoridad sanitaria española.

Sin embargo, hay quienes señalan problemas e incertidumbre sobre el nuevo baremo. Eugenio Moure<sup>16</sup>, especialista en derecho sanitario, precisa que “urge, antes de plantearse un nuevo baremo, la aprobación de una norma que dé contenido a este seguro de responsabilidad sanitaria, lo que permitirá conocer sus datos esenciales, especialmente la cuantía máxima a que debe dar cobertura, y sobre esa realidad se podrán sentar las bases para que pueda existir un mayor acercamiento al baremo de tráfico, incluso su adaptación a la compleja realidad sanitaria, tantas veces ansiada en el difícilmente objetivable daño moral”.

Como se puede apreciar, tanto en los Estados Unidos de Norteamérica como en España, un país de tradición latina con un sistema jurídico de mayor aproximación a nuestro medio, la cuantificación del daño moral es precisamente lo que hace cuestionable la capacidad resarcitoria de los ordenamientos legales.

En México, el artículo 1910 del Código Civil Federal establece la obligación de reparar el daño producido por quien lo haya provocado obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres, a menos que demuestre que se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima. Según lo establecido en el artículo 1915 del mismo ordenamiento, el ofendido puede elegir entre el restablecimiento de la situación anterior a la comisión de los daños y perjuicios, cuando sea posible, o en el pago de una indemnización. Resulta obvio que tratándose del daño moral, difícilmente podemos hablar del retorno a la situación previa, de ahí que entrar a su estudio, implica abordar la grave problemática que encierra su reparación. Esto es, la admisibilidad de indemnización de daños de naturaleza extrapatrimonial. En nuestro medio, la bibliografía es copiosa y la discusión doctrinal y jurisprudencial no tiene fin, pues la tasación se basa, por lo menos en la mitad de las entidades federativas, en criterios subjetivos, que dan pauta a un amplio margen de discrecionalidad por parte de los tribunales.

Por daño moral debemos entender la “afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás”, pues así lo dispone el artículo 1916 del Código Civil federal. Para cuantificar el monto de la reparación, el juez debe tomar en cuenta: **a)** los derechos lesionados, **b)** el grado de responsabilidad, **c)** la situación económica del responsable y la de la víctima, y **d)** demás circunstancias del caso. Con algunas variantes, en 15 legislaciones estatales también se establecen criterios similares para la determinación del monto resarcitorio.

La disparidad de criterios jurídicos regulados localmente, nos lleva a que en las 16 legislaciones estatales restantes, se establecen límites concretos, que no pueden exceder de la tercera parte de lo que importe la responsabilidad civil, como son los casos de Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Sinaloa, Veracruz y Zacatecas, mientras que en Puebla la indemnización por daño moral no puede ser superior a un mil veces el salario mínimo general, en Querétaro nunca excederá del importe de la indemnización por muerte, y en Tamaulipas no debe rebasar el veinte por ciento de la indemnización por daño material.

Regreso, por ello, al concepto de falibilidad humana y su relación con la disminución de bienes jurídicos con motivo de la mala práctica médica. Queda claro que el error médico causa daños que deben evaluarse bajo los principios de la teoría de la culpa y en algunos aspectos, bajo los cánones

<sup>14</sup> <http://civil.udg.es/cordoba/pon/martin.htm> Acceso 25 de junio de 2005.

<sup>15</sup> Según la nota publicada en Diario Médico el 11 de diciembre de 2003, es necesario un baremo exclusivo para valorar daños por mala práctica médica, pues “el sistema actual tiene carácter orientativo y está recogido en la Ley 30/1995 [y es] citado con frecuencia y referencialmente por las partes implicadas en procedimientos judiciales de responsabilidad médica y, en no pocas ocasiones, aplicado por analogía de forma voluntaria por los tribunales en la valoración del daño corporal”. Véase [http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario\\_medico/cmp/viewDocument.jsp](http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument.jsp) Acceso 25 de junio de 2005.

<sup>16</sup> Conforme al criterio de Mouré «conviene no perder de perspectiva la novedad legal que supuso para el sector sanitario privado la imposición por el artículo 46 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de un seguro obligatorio de responsabilidad civil. Por extraño que parezca, este nuevo seguro nació ausente del más elemental contenido regulador, pues ni la citada ley lo establece, ni reglamentariamente se ha desarrollado transcurrido más de un año desde su entrada en vigor. Por eso llama la atención que se demande un baremo sin tan siquiera saber cuál es la cuantía máxima que da cobertura económica a este nuevo seguro, cuáles son sus cláusulas de delimitación temporal o sus exclusiones” Véase [http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario\\_medico/cmp/viewDocument.jsp](http://www.diariomedico.com/rec-templating/templates/diario_medico/cmp/viewDocument.jsp) Acceso 25 de junio de 2005.

de la teoría del riesgo. No debemos, sin embargo, olvidar que el detrimento vital del sujeto enfermo lo afecta, cuando ocurre en la esfera de lo extrapatrimonial, en aspectos que es muy difícil evaluar, pero que no por ello deben minimizarse, como son los casos de lesiones corporales que conllevan la calificación de diversos tipos de invalidez, entre las que destaca la de carácter permanente.

En tales circunstancias, la indemnización debiera tener para la víctima una función semejante a la de un seguro de vida o de un seguro de accidentes que contemple una prima en supuestos de lesiones graves. En estos casos, la indemnización sirve de "solemne desagravio y afirmación autorizada de la estimación social del bien lesionado". Tal es la tesis sostenida en parte por la doctrina española, como lo señala De Castro y Bravo.<sup>17</sup>

En términos de lo anterior, se puede considerar que doctrinalmente la reparación pecuniaria del daño no patrimonial es resarcitoria y no punitiva. A lo largo de más de un siglo se han acumulado argumentos y réplicas al respecto. El daño moral constituye una lesión o menoscabo a intereses jurídicos, a facultades de actuar en la esfera vital del afectado. Que sea difícil demostrar la realidad del dolor, del pensar, de las aflicciones, y más aun que ese dolor o en general sentimientos que el daño provoca *no tengan precio*, no significan que no sean susceptibles de una apreciación pecuniaria.

Es claro que la apreciación pecuniaria no se hace con fines de compensación propiamente dicha, es decir, para reemplazar mediante equivalente en dinero un bien o valor patrimonial destruido, dañado o sustraído. La apreciación pecuniaria cumple, más bien, un rol satisfactorio, en el sentido que se repara el mal causado aunque no se puedan borrar los efectos del hecho dañino, cuando se le otorga al ofendido el medio de procurarse satisfacciones equivalentes a las que le fueron afectadas.

Qué sucede, por ejemplo, ante el caso de una persona que por deficiencias acreditadas del equipo sanitario, queda impedida para desempeñar su plan de vida, al resultar daños de tal magnitud que la dejan cuadripléjica, con lo cual se perfecciona la hipótesis contenida en el artículo 480 de la Ley Federal del Trabajo, en cuanto a que por incapacidad permanente total debe entenderse la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. La indemnización por el daño físico causado asciende a \$202,531.20 (DOSCIENOS DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS 20/100 M.N.)<sup>18</sup>, en tanto que, por el daño moral, el monto

dependerá, en primer lugar, de la localidad en que se haya practicado el acto médico y en segundo, de las circunstancias en que se desenvuelva el proceso judicial. Este monto puede ser poco significativo o bastante satisfactorio, dependiendo de la regulación jurídica que del daño moral establezca el derecho positivo del lugar de los hechos.

Como hemos visto, bajo el análisis de las hipótesis reguladas en las diversas legislaciones estatales, no sería extraño que bajo un modelo de medicina defensiva y a fin de planear los costos de una mala práctica médica, algunos médicos decidieran ejercer la profesión en los estados de Querétaro o Puebla. Si durante el proceso judicial llegara a acreditarse daño moral, la condena no superaría los \$137,795.20 (CIENTO TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 20/100 M.N.) o se establecería en \$46,240.00 (CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N.), respectivamente, según fuera el caso.<sup>19</sup>

A manera de conclusión, es pertinente señalar lo inequitativo que resulta nuestra legislación, por sus disposiciones inconexas entre entidades federativas, que sólo generan incertidumbre a las partes.

Pienso en estos momentos en los casos de aquellos menores de edad, comentados en este foro, que por el actuar negligente y quizás por impericia del personal de enfermería, perdieron un dedo al retirarles en forma inadecuada una venoclisis. Nadie duda que tal situación se debió a una conducta no intencional, pero sí descuidada, que afectó la integridad física de esas personas con repercusiones para el resto de su vida. Al respecto, no tengo respuesta sobre la forma en que habrán de paliarse los efectos futuros de tal mutilación, pues resulta altamente complicado calcular el *quantum* de la afectación moral.

Con disposiciones que carecen de uniformidad a nivel estatal, altamente subjetivas en cuanto a los parámetros de evaluación, favorecedoras de un estado de incertidumbre para las partes, resulta necesario promover una legislación uniforme y congruente entre sí, que además de asegurar tranquilidad en el equipo sanitario sobre los criterios aplicables en la cuantificación, sea capaz de compensar el sufrimiento que vive el paciente, particularmente cuando el daño causado es de tal magnitud que seguramente limitará en forma grave su plan de vida.

Por ello, bajo las actuales circunstancias, resulta indispensable establecer una legislación equilibrada, que al valorar el daño moral favorezca, insisto, no sólo considerar la naturaleza culposa de la mala práctica médica, sino también y en forma preponderante, que el sujeto dañado pueda, al menos, paliar su desventurado devenir mortal.

<sup>17</sup> De Castro y Bravo, Federico. *Temas de derecho civil*. Marisal, A.G. Barcelona. 1972, pág. 9.

<sup>18</sup> La indemnización se calcula considerando lo dispuesto por el artículo 1915 del Código Civil Federal en cuanto a que "se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región", es decir \$46.24 (CUARENTA Y SEIS PESOS 24/100 M.N.), cuyo cuádruplo asciende a \$184.96 (CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS 96/100 M.N.), que multiplicado por mil noventa y cinco días que señala el artículo 495 de la Ley Federal del Trabajo, arroja un monto total de \$202,531.20.

<sup>19</sup> Recuérdese que en Querétaro la indemnización por daño moral no podrá exceder del importe de la indemnización por muerte y en Puebla no puede ser superior a un mil veces el salario mínimo general.



## Seguridad del paciente en Ortopedia

Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva

Buenas tardes, agradezco a CONAMED organizador del Simposium y en especial al Dr. Carlos Tena Tamayo, por la distinción para participar con ustedes. Quiero comentarles las experiencias que he tenido a través de los años, las demandas y conflictos que se presentan médico-pacientes, durante 9 años tuve la oportunidad de representar a la Secretaria de Salud, ante las demandas que presentan los Ministerios Públicos y Penales del Distrito Federal a los médicos ortopedistas, de aproximadamente 800 casos a los que asistí. Básicamente el problema de la demanda es la falta de relación humana médico-paciente. El médico se incomoda cuando el paciente se complica y no sabe que hacer, rehuye su responsabilidad, es la primera causa por la que se manifiesta el descontento del paciente, así como también me tocó ver pacientes que no habían demandado a su médico por los resultados obtenidos, pero tenían una excelente relación con el médico; aceptando tratamientos quirúrgicos muy agresivos, para resolverles las lesiones que les habían dejado, de muy buen agrado y con gusto.

Es por eso que lo más importante en estos asuntos es la relación médico-paciente.

Me tocó participar con CONAMED en la elaboración de las Recomendaciones a los médicos ortopedistas, para tratar de evitar las causas de los errores médicos, constituyéndose un estudio muy interesante, donde se reflejaron los errores en el índice Nacional de los motivos de las demandas y quejas. En 13 meses de revisión CONAMED encontró un total de 5900 casos, correspondiendo a ortopedia 506, resolviéndose la mayoría sin tener trascendencia.

El primer lugar donde se presentan las inconformidades de los pacientes, es para los hospitales de Seguridad Social los que se pueden agrupar en dos grandes rubros; el ISSSTE y el Seguro Social y en segundo lugar, las Instituciones Privadas, en las Instituciones pertenecientes a la Secretaria de Salud, se está conservando la relación médico-paciente satisfactoriamente.

Que tipo de atención requirieron los pacientes que desencadenaron estas quejas: En Urgencias fueron 66 que significan el 60%, vamos hablar en porcentaje que es más representativo. En tipo de atención selectiva fue prácticamente el 23%, en la correctiva que significa tratamientos médicos el 9%, la complementaria para terminar el tratamiento o porque alguna razón no se terminó, ya sea por impericia, porque el médico no supo que hacer o no tenía los recursos necesarios, y tuvo que implementar otro tratamiento quirúrgico, para terminar la atención de este paciente esto representa el 7%, el 1% lo representa un paciente que no supo decir cual fue el motivo del tratamiento al que fue sometido.

Dentro de las Instituciones Privadas algo que realmente llamo la atención es que se revisó el currículum de los médicos, para saber que calidad de médicos estaban atendiendo a estos pacientes y sorpresivamente se encontró que el 28% de los médicos que trabajan en Instituciones Privadas no cuentan con el reconocimiento del Consejo correspondiente a la especialidad.

Se encontró que el 64% de los médicos tienen reconocimiento del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, un 8% de algún otro Consejo pero el 28% no tiene reconocimiento por los Consejos de la Especialidad, quiere decir que no están avalados para ejercer la especialidad, o no están actualizados.

El hecho de la capacidad médica de reconocimiento de habilidades mínimas para ejercer una especialidad o no, han estado con programas de capacitación continua para estar actualizados en los métodos y doctrinas actuales de la especialidad lo cual llama verdaderamente la atención. Otra de las características que se tuvo que ver, cual fue el motivo por el que el paciente asistió al médico. Se agruparon en este tipo de grupos y vamos a ir viendo cada una de ellas. La atención, alguna ocasión por alguna deformidad, por alguna de las deformaciones que se van adquiriendo, sobre todo secuelas traumáticas, secuelas de fracturas o por el propio funcionamiento del organismo, que se van a llamar las crónicas-degenerativas. En ese fueron el 41 por ciento. Por lesiones traumáticas como es fractura que ya son más frecuentes fueron el 34 por ciento, por esguinces que son lesiones traumáticas menores pero no por eso dejan de ser importantes dada la prevalencia que tienen y las grandes lesiones que pueden dejar como secuelas al ser maltratados fueron el 24 por ciento, tratamiento en un segmento óseo que se adhiere a algún tendón o algún ligamento, las fracturas-luxaciones fueron un 6 por ciento, las luxaciones puras fueron el 5.5 por ciento y llama también la atención que las deformidades congénitas que son padecimientos que se tienen durante los primeros años de la vida, fueron un 2 % lo que ocasionó demandas.

¿Cuáles fueron los caracteres del tratamiento que desencadenaron la queja del paciente?. El mal resultado o el resultado no esperado fue del 59.1%, el paliativo de tratamientos sintomáticos para corregir la sintomatología y realmente no se cura el problema de fondo del paciente fueron 33 %; por falta o error diagnóstico o un diagnóstico mal hecho el 7.3% y por desconocimiento total del médico del diagnóstico es el 2.7%. Si vemos este tipo de datos, son muy significativos porque nos están demostrando cómo el médico está perdiendo la humanidad hacia el paciente, la relación, la falta de interés personal y están tratando como de rutina los casos de la medicina. Las inconformidades por causa del servicio médico otorgado, encontramos que por diferimiento de la atención fueron el 26 %, habitualmente éstas son en instituciones públicas de la seguridad social pero también en algunos casos de instituciones privadas se

llegan a presentar. El diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico, también fue el 21%; o sea el médico no solicita los exámenes de laboratorio o se niega a solicitarlos. No con esto implica que el paciente debe tener la razón para que se les pidan los estudios que le exige; lo que sucede es que el médico no tiene la capacidad de entendimiento o de manejo del paciente como para hacerle entender que no son necesarios o no son indispensables para su padecimiento. El siguiente que es el 16.5 por ciento más o menos es el alta prematura. El paciente siente que lo egresan los hospitales antes de que se sienta bien o cuando siente que todavía no se le ha dado la suficiente atención para recuperarse de los procedimientos que se le hicieron o los padecimientos que ocasionaron su hospitalización. En el 3.6 por ciento se encontró negativa total a la atención del paciente y en el 2.7 por ciento, la delegación de funciones. Esta delegación es muy importante porque se encuentra tanto en el sector público como en el privado. Lo característico del servicio público es que dejan al residente y el médico no atiende directamente al paciente y el paciente lo desconoce o no llega a conocerlo y en el sector privado es el que envían al ayudante o al socio y termina sin conocer el paciente al médico tratante cuando éste, cuando se presentan algunas complicaciones o algún problema que el paciente siente que debe ser resuelto por su médico tratante.

También se presentaron inconformidades por el procedimiento que se le aplicó al paciente. Uno es que la prolongación de la convalecencia, la convalecencia fue mucho más prolongada de lo que había establecido anteriormente; otro es la limitación funcional que queda como secuela del tratamiento, esto es muy frecuente si lo aunamos a lo anterior o lo relacionamos con la anterior. Otro 63% fue por necesidades de un procedimiento complementario, quiere decir cuando al paciente se le explicó su problemática, se le habló de un procedimiento específico, fracasó este, no resultó y entonces el médico le propone otro tratamiento complementario para realmente tratar su problema. Esto es por falta de expectativa o falta de prevención y por fin el 10 por ciento aproximadamente de la rigidez articular o la falta de movilidad de las articulaciones que muchos padecimientos ortopédicos dejan a causa de los tiempos de inmovilización tan prolongados y no tener una buena rehabilitación.

Otra que podemos argüir es la problemática de los procedimientos. Una de las complicaciones más temidas y más frecuentes en la ortopedia es la de las infecciones. La infección lleva al paciente a un verdadero calvario para su tratamiento y ellos se quejaron, el 19.1%. Otro problema que tenemos que prolongan la convalecencia o hacen que se tengan tratamientos complementarios es el retardo de la consolidación a la pseudo-artrosis que se presentó con el casi 13 por ciento de los pacientes. Las lesiones de estructuras vecinas, llámese lesiones tegumentarias, de piel, de

tendones, de vasos, de arterias, de nervios se presentaron en el 11.8% y otra de las cosas muy importantes que se presenta creo que exclusivamente en la ortopedia es el aflojamiento o ruptura del implante significa aflojamiento de la placa de los tornillos o la rotura de éstos o de la prótesis que se le aplica al paciente. Al hacer la revisión de los casos, otra de las características que se encontraron es que los médicos no registramos adecuadamente lo que hacemos en los expedientes clínicos. Los expedientes clínicos se encuentran mal llenados o mal llevados. Encontramos que en 18% de los casos había omisiones importantes dentro del expediente clínico, antecedentes, padecimientos, datos de exploración. Otro frecuente que es el 6.5% es la falta que se comente cuando se solicitaron exámenes de laboratorio o de gabinete y no están interpretados o no están descritos en el expediente ya los resultados o se encuentran los resultados sin que se hayan solicitado éstos o se haya manifestado la necesidad de ellos.

Y finalmente un poquito menos del 1%, los pacientes que se quejan de exceso de estudios o estudios no necesarios que solicitan los médicos para establecer los diagnósticos. Otro de los problemas que podemos ir analizando son qué conflictos o qué problemas tenemos con el establecimiento de los diagnósticos. En uno de los expedientes encontramos que no existe el diagnóstico, omiten totalmente el diagnóstico. En otro empiezan a diferir el tratamiento sin causa aparente o sin justificación u ofrecen un tratamiento insuficiente que no resuelve totalmente la problemática del paciente.

Primero encontramos que tiene protocolos insuficientes para el estudio y tratamiento de los pacientes o no existen estos protocolos. Van tratando y estudiando a los pacientes en formas indistintas, no ordenadas, no bien clasificadas lo que con el tiempo van a llevar a fracasos y por eso nos presentaron quejas hasta del 40%.

El procedimiento no idóneo o la deficiencia técnica. Esto habla de los pacientes que van y se quejan porque se les realizó un procedimiento que no resuelve su problema y al hacer la revisión del expediente, encontramos que no se considera dentro de la literatura mundial actual o los quehaceres diarios del médico actuales dentro de los procedimientos idóneos para ese tipo de padecimientos o es un tratamiento que se hizo deficiente por falta de algún material, por falta de algún implante o sustitución de éstos por capricho o necesidades del médico. Después no se sustentan los diagnósticos, no se trabaja la medicina bajo la evidencia médica. No se tienen bien sustentados o bien fundamentados los diagnósticos que se le exponen al paciente. Después también hay exceso de tratamiento, hay veces que se les da demasiado tratamiento, demasiados medicamentos, pudiera ser o se recurre a procedimientos quirúrgicos muy agresivos, mucho más agresivos que los que se requieren para poder solucionar el problema del paciente y finalmente aquellos que hacen un procedimiento

innecesario con el que ni lejana ni remotamente van a resolver el problema de los pacientes y esto encontramos que es el 2.7 por ciento de los pacientes que se quejaron.

Este tipo de agresiones, este tipo de alteraciones nos van a dar repercusiones al nivel de salud. ¿Cuáles son las principales que se encontraron en este estudio?

Encontramos que casi el 53% de los pacientes quedaron con una limitación de la función, 17.3% de los pacientes tuvieron algún grado de invalidez, invalidez es el no poder reincorporarse a su vida normal diaria que tenían previa a la lesión o al accidente que sufrieron y el 6.4% desencadenó una amputación en los pacientes y en el 3.6% desencadenó el fallecimiento, el desenlace fatal del paciente.

Como vemos son muchos los factores que van siendo. Al revisar este estudio, al hacer un análisis de todas las causas con las que los médicos nos vamos topando y los fracasos o complejos que vamos teniendo, no nos queda más que hacernos un gran número de preguntas que yo creo que podemos suscitar en esas tres ideas.

Primero hay que hacer la identificación, encontrar la verdadera problemática. Si no conocemos el problema no vamos a poderles dar una solución. Dos, un análisis de los problemas específicos, no podemos generalizar, tenemos que particularizar para sacar una respuesta adecuada a los problemas que tengamos y finalmente hay que buscar propuestas de mejora y soluciones a los problemas que tengamos que resolver, a lo mejor no los podemos resolver al 100 por ciento pero debemos irlos resolviendo poco a poco y dando mejoras a estos resultados.

Después de responder estas 3 preguntas, en la CONAMED, en un grupo de expertos representativos de todas las instituciones médicas que se encuentran en el Distrito Federal se llegó a hacer un recuento de recomendaciones, que bien lo mencionó el doctor Tena en el inicio del simposio, se hicieron las recomendaciones que se consideraron que son las bases o la punta para que los médicos vayan desarrollando, vayan disminuyendo sus errores y por lo tanto vayan disminuyendo las demandas médicas.

Primero debemos estar seguros que los médicos que practican la especialidad tienen los conocimientos y la destreza necesaria para realizarla y eso independientemente del título profesional, estar avalado por los órganos colegiados como son los consejos y en la ortopedia está el Consejo Mexicano de Ortopedia.

Dos, actualizar permanentemente el conocimiento y la práctica profesional. Hay que estar asistiendo continuamente a cursos de actualización, a congresos, a simposiums y a todo aquello que nos vaya poniendo a la actualidad y en el desarrollo tecnológico de la medicina y en particular la especialidad de la ortopedia. En los últimos 15 años ha tenido un desarrollo tecnológico impresionante que es muy difícil alcanzarla.

Y por lo tanto todo esto es en base a la enseñanza del médico.

Tenemos que ver que hay que mantener una comunicación médica adecuada con el paciente y el familiar responsable, hay que acordarse de que muchas veces cuando habla uno con el paciente, el paciente está nervioso, está impactado por lo que le estamos diciendo o cuando damos algún tratamiento agresivo puede ser quirúrgico o de alguna otra índole, el paciente se pone muy nervioso y no entiende o no capta lo que decimos. Entonces hay que apoyarlo siempre con la presencia de un familiar que debe ser el responsable del paciente y tener diálogo con ellos dos y atenderlos, escucharlos y aclararles las dudas. Los médicos, frecuentemente, nos sentimos omnipotentes y todos tienen que entender lo que hablamos porque nosotros lo decidimos. No, es cierto, casi nadie nos entiende y si ustedes empiezan a tener relación con este tipo de aspectos verán que el lenguaje del abogado el médico no lo entiende y el lenguaje del médico, el abogado no lo entiende.

Entonces tenemos que tener un léxico, tenemos que tener un idioma accesible y que lo entienda el paciente además no es lo mismo tratar con una paciente chamula que nos viene de Chiapas o el señor que es Gerente de Cementos del Águila de Monterrey con toda la capacidad intelectual desarrollada. Tenemos que adaptarnos y tenemos que entender a todos y cada uno de nuestros pacientes, tenemos que dar información completa, no andarnos por las ramas, no tratar de ocultar. Es preferible que un paciente no nos quiera y vaya con otro médico a darle la información incompleta y sea motivo posterior de una queja o demanda hacia nosotros o tener siempre el consentimiento de todos los procedimientos que vayamos a hacer así sea el simple hecho de hacer una curación, debemos de tener la autorización del paciente para realizar la curación y finalmente tenemos que ser partícipes de la inquietud del paciente. Nuestro paciente depende de nosotros por lo que tenemos que orientar y darle facilidades para que obtenga una segunda opinión médica.

Tenemos que estar seguros de que el paciente nos entiende y acepta los procedimientos que nosotros le hacemos, los diagnósticos y los tratamientos propuestos si no nos vamos a lograr nada con el paciente.

Tenemos que valorar integralmente al paciente, integrar un adecuado expediente con todas las cosas que tenemos y para eso existe la Norma Oficial Mexicana 168 que nos dice cómo se deben integrar un expediente y tenemos la obligación de seguirla por ser una norma oficial. Solicitar exámenes de laboratorio y gabinete necesarios en cada caso. Hay que particularizarlo no podemos generalizarlo y solicitar las inteconsultas necesarias para que cada paciente sea completamente estudiado en toda su problemática.

Valorar la capacidad del paciente en forma individual, no generalizar, hay que hacer un tratamiento de acuerdo al paciente, el más adecuado a él dentro de los que se conocen

como establecidos dentro de la literatura y el quehacer médico moderno. Planificar correctamente el procedimiento y no llegar al quirófano a ver qué le voy a hacer a mi paciente. Debe llegar con un plan perfectamente bien estudiado y predeterminado para que únicamente se angustie el médico en resolver las complicaciones y los conflictos que se presenten. Realizar el procedimiento en instalaciones adecuadas para cada caso. No es lo mismo hacer una cirugía de una prótesis de cadera que debe tener requerimientos específicos de quirófano a hacer una sutura simple, una debe tener en un servicio de urgencias. Cada caso debe tener las instalaciones adecuadas para cada uno de ellos y usar técnicas y principios técnicos científicos y no usar métodos empíricos no probados. Con esto vamos a asegurar desde el primer contacto del paciente la valoración integral y el paciente lesionado en el servicio de urgencias tiene características importantes. Debemos identificar y registrar todas las lesiones que presente el paciente. No hay que darlas por obvias ni por entendido. Hay que priorizar las lesiones para iniciar un tratamiento de acuerdo a los principios de que primero es la vida, después la función y después la estética. Recurrir a las interconsultas y estudios especializados necesarios para la atención del paciente y finalmente si no podemos resolver su problema, estabilizarlo y dar todas las facilidades para canalizarlo en donde sí se le pueda resolver su problema. Con todo esto, tenemos que involucrar al paciente y a los familiares para la rehabilitación integral pre y post-quirúrgica implicando todo lo que tiene que hacer el paciente y después de valorar todo esto, tenemos que definir y reflexionar con oportunidad el manejo para cada uno de ellos, para cada uno de nuestros pacientes y ser dentro de lo médico, lo más ético y lo más justo posible hacia nuestros pacientes. Veamos los puntos que aquí se mencionan para plantear los beneficios del diferimiento cuando no se requiere la cirugía, no nada más diferirla sin avisarle, establecer la forma particular idónea para el tratamiento conservador y quirúrgico de cada uno de ellos y no adelantarnos a los hechos y finalmente considerar la posibilidad de más tiempo quirúrgico, procedimientos complementarios pero avisándole al paciente, teniendo su consentimiento y que él conozca y se involucre en los complejos tratamientos que va a tener y la responsabilidad debe ser compartida, no es exclusivamente del médico sino tiene que ser intervenida entre el paciente, muchas veces su familiar y el médico para tener un desenlace feliz. Muchas gracias por su atención.

### Preguntas

PRESENTADOR: Comentaba yo con el doctor Madina-veitia, a quién le agradezco su presentación el que les quiero pedir a ustedes nos hagan las preguntas por escrito porque pretendo que al final nos sentemos los cuatro ponentes con el doctor Carlos Tena para llevar a cabo la ceremonia de

clausura. Entonces las señoritas van a tener hojas, si quieren hacer preguntas, por favor por escrito y pásenla a la señorita quien me las entregará.

### Enfermería

Lic. Carolina Ortega Vargas

Quiero agradecer la oportunidad de participar con ustedes, creo y estoy convencida que el personal de enfermería tiene mucho que ver en la seguridad del paciente sobre todo en el área hospitalaria y creo que nuestra participación debe ser más activa en este sentido. Me voy a permitir rápidamente comentar con ustedes lo que hemos trabajado nosotros en relación a la seguridad del paciente. Lo voy a hacer a través de estos cuatro puntos: que es enfermería y la seguridad de los pacientes, el contexto de lo que es un cuidado seguro, un programa de garantía de calidad para un cuidado seguro y las experiencias y resultados que hemos tenido en relación a implementar estos cuatro puntos.

Dentro de lo que nosotros conocemos como enfermería y la seguridad de los pacientes, sabemos que nuestra disciplina como tal se centra en el cuidado de la persona sea del individuo, la familia o la comunidad y que para nosotros es muy importante la interacción que tenemos con el paciente ya que a través de ésta, él vive diferentes experiencias en su proceso, salud y enfermedad. Nuestra práctica generalmente va más allá del cumplimiento de tareas rutinarias y debe ser así. Requiere recursos intelectuales y de intuición para la toma de decisiones y realizar acciones pensadas, reflexionadas que respondan a las necesidades particulares del paciente. En los últimos años observamos la tendencia a que el cuidado sea seguro, a que todo este trabajo que realizamos se desarrolle en un contexto de confianza y no complique más al paciente de las situaciones de enfermedad que ya tiene. Por lo tanto, el cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso así como elementos técnicos y la conciencia del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe. De aquí partimos a que debemos ser nosotros, el personal de enfermería, quienes otorgamos el cuidado, que analicemos el qué del cuidado y el cómo del cuidado, es esta parte donde interactuamos entre paciente y enfermera. Esto es lo que nosotros definimos como el acto de cuidar en donde básicamente y a diferencia del profesional médico, realizamos técnicas, tecnologías de enfermería o procedimientos de enfermería con los cuales vamos a ejecutar acciones, muchas veces llevamos a cabo indicaciones médicas o algún otro tipo de intervenciones independientes. Es al realizar estos procesos, en el acto del cuidar cuando muchas veces se presentan errores en la atención de enfermería y es donde nosotros debemos encaminar nuestra práctica hacia un cuidado seguro.

Para que estos sistemas de atención vayan hacia un cuidado seguro, utilizamos procesos como reflexión, integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y un apartado que está tomando mucha importancia, como es la evaluación de la calidad en nuestras intervenciones. Es tener en mente que preparar una mezcla intravenosa, colocarla o dar un medicamento vía oral implica todo un proceso que debe ser llevado con un estándar y no sólo hacerlo al azar. Esto nos hace reflexionar que al mismo tiempo que beneficiemos al paciente desde el punto de vista clínico, aseguremos que no se complique. Es cubrir las necesidades esenciales del paciente pero sobre todo en un marco de atención seguro y eficiente. Esta tendencia ha alcanzado enfermería en estos últimos años y sobre todo está proponiendo cambios en la gestión. De ahí que han emergido diferentes programas por ejemplo, la evaluación de los indicadores de calidad que se llevan actualmente en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Esto nos ha hecho reflexionar y cambiar un poco el sentido de cómo estamos cuidando y a dónde queremos llegar. Este cambio de paradigma implica adoptar una actitud más activa dentro del área hospitalaria. Es necesario que como personal de enfermería colaboremos con el resto de las disciplinas en el desarrollo de iniciativas dirigidas a la prevención de errores. En gran medida nos toca ser partícipes de errores o detectar los errores de los demás pero en un gran porcentaje también nosotros los cometemos dentro de las actividades que realizamos con los pacientes. Muchas veces damos el empujoncito para que se acabe de dar la situación. Muchas veces lo detenemos, pero siempre nuestros procedimientos si bien no tienen implicaciones clínicas graves en muchas ocasiones sí pueden llevar a la muerte a los pacientes y de esto debemos estar conscientes.

Dentro del contexto de un cuidado seguro, como les mencionaba hay ya muchos cambios que se están haciendo dentro de lo que es la gestión o en la actitud del personal que dirige programas y que organiza la atención de enfermería. El cuidado seguro es uno de los puntos medulares para esta gestión y actualmente se están ya desarrollando programas de calidad en diversas instituciones que van encaminados a que no haya complicaciones con los pacientes y que el cuidado de enfermería se otorgue con la calidad por lo menos suficiente; además que ésta sea posible de demostrar y medible.

Nos encaminamos hacia un estado de logro que beneficia en todos los sentidos a la persona que es atendida, es decir, la beneficencia, no-maleficencia.

Dentro de los gestores de enfermería actualmente este cuidado seguro o esta seguridad en la atención de enfermería, ha sido un aspecto prioritario que dirige la organización y el funcionamiento del sistema y es un factor determinante en la calidad de atención. No sólo se persigue cuidar a los pacientes sino hay que hacerlo bien y con

calidad. Hemos basado algunas de las actividades de seguridad en la atención de enfermería en el evitar los errores o detectarlos, registrarlos, saber que los tenemos y hacer consciente al personal operativo, es decir al personal que ejecuta las acciones, que somos susceptibles de errores, no decir que nunca nos equivocamos porque eso no es real. Esto con el fin de ver cuáles son las determinantes del error, buscarlas, analizarlas y solucionarlas con el fin de que aprendamos y de que mejoremos en ese sentido.

Es muy importante prevenir los errores y nosotros, en algunas situaciones, hemos implementado estrategias que efectivamente nos han demostrado que hay errores y que es posible prevenirlos. Hay errores que son dados por la cultura de la obiedad pero observamos, en lo que nosotros hemos registrado, que en su mayoría los errores están dados por la falta de comunicación, el exceso de confianza y en una falta de conocimiento. Podríamos pensar que siendo el personal de enfermería el que a veces se torna más conflictivo en una unidad hospitalaria por el ausentismo, por la carga de trabajo, por el índice de enfermera-paciente, la insuficiencia de plazas, etc. podríamos pensar que esas son las causas principales en que existen errores en las técnicas y no, no es cierto. Básicamente es la falta de comunicación y el exceso de confianza.

Basándonos en eso entonces en el Instituto donde laboro hemos desarrollado un programa de garantía de calidad para un cuidado seguro y éste lo hemos basado en algunos términos que han descrito los teóricos de la calidad. Básicamente nosotros contamos con una Jefatura de Calidad de los Servicios de Enfermería que en un inicio tenía poco desarrollado, en México tenemos poca experiencia al respecto; sin embargo, cuál era la intención, disminuir la presencia de cuasi-errores, errores, eventos adversos, estandarizar procedimientos y monitorizar indicadores de calidad de tal forma que nosotros invitemos al personal operativo de enfermería que con una actitud proactiva trabajemos en beneficio del usuario externo e interno e ingresemos a esa cultura de calidad donde es muy importante saber que hay que conocer para mejorar.

Es el saber que me puedo equivocar y que los cuidados que otorgo no deben ser al azar, deben ser planeados de tal forma que tengo que llegar a un objetivo y dentro de ese objetivo debo pensar en que debe ser un cuidado con calidad.

Esto nos ha llevado a que dentro de este programa de garantía de calidad para un cuidado seguro desarrollemos algunas premisas como por ejemplo esta de contribuir a crear una base de conocimientos sobre los problemas y errores de mayor impacto y al mismo tiempo evaluarlos y sintetizar esta evidencia disponible y accesible para poder trabajar en relación a ella. Nosotros a través del tiempo y de convencer a mucha gente, de hablar, logramos que se nos reporten cuáles son los errores y cuasi errores existentes de tal forma que se identifique qué fue lo que sucedió durante

esa técnica, que nosotros podamos evaluar algunas situaciones como el grado académico ya que en enfermería hay diferentes grados por ejemplo el personal de nivel técnico, pasante, auxiliar, licenciado y de posgrado, saber si el nivel académico tiene una relación directa con error o con el cuasi error o con algún evento adverso, si el tiempo que ingresó, clasificamos los incidentes de tal forma que nosotros podamos analizarlos pero algo a lo que le damos mucha importancia es a la estrategia de corrección; es decir, qué medidas tomamos el personal de enfermería, tanto el jefe de servicio, la supervisora o el personal operativo para que esto no vuelva a ocurrir y básicamente éste ha sido un trabajo en el cual todos nos tenemos que convencer que los errores no se deben cubrir, que de los errores debemos aprender.

Con este tipo de registros que llevamos desde 1998 hemos podido evaluar y sintetizar esta evidencia de tal forma que podamos actuar directamente en corregirla. La gráfica que observamos (Figura 1) es solo un ejemplo del análisis que tenemos, en donde en el año 2002 tuvimos registrados un total de 144 errores de los cuáles 106 que es el 74 % correspondían a técnicas y procedimientos de enfermería. Yo les puedo comentar que generalmente en estas técnicas y procedimientos, sólo en un 20 % influyen otras disciplinas como la medicina u otros departamentos o servicios como farmacia, dietas, etc. Generalmente los problemas que hemos detectado son consecuencia de las técnicas de enfermería.

En estas técnicas englobamos desde la administración de medicamentos, transfusión de hemoderivados y algunas otras. Lo que hicimos fue detectar cuáles fueron las que tenían los problemas más frecuentes, de ellas detectamos 10 que denominamos focos críticos y después trabajamos estandarizando el procedimiento, implementándolo como indicador de calidad y monitoreándolo frecuentemente de tal forma que disminuyéramos estos errores. Actualmente tenemos alta frecuencia de errores en la administración de medicamentos por vía oral, está sigue siendo una de las técnicas en la cual nosotros tenemos un gran margen de error. Otros de los grupos que nosotros clasificamos son los procedimientos administrativos sobre todo los registros que para nosotros son muy importantes, las quejas de los pacientes por malos tratos y las caídas que en teoría no deberíamos tener caídas por el tipo de hospital del que estamos hablando; sin embargo, sí teníamos presencia de caídas, la mayoría de ellas se llevan a cabo en la regadera y muchas de ellas son prevenibles y ésta era la parte más importante para nosotros.

Podemos observar a través del trabajo que hemos implementado cómo ha ido disminuyendo a través del tiempo el número de incidencias presentadas (Figura 2); sin embargo, estamos convencidos, quizás que el error no lo vamos a poder evitar; sin embargo, debemos controlar y disminuir nuestra tasa de incidencias.

Otra situación que nos planteamos era la de identificar estrategias efectivas para el mejoramiento continuo en la seguridad de la atención. Es decir, seleccionar, adaptar y validar un conjunto de herramientas para la identificación, el análisis y la solución de problemas de seguridad. Lo que hicimos fue recurrir a la evidencia que había en relación a este tipo de problemas, poder adaptar algunas herramientas e implementarlas para mejorar en la calidad de atención. Por ejemplo esto es la valoración de riesgo de caída que a raíz de las revisiones anteriores, empezamos a trabajar. Actualmente todo el personal de enfermería que atiende a un paciente realiza esta valoración de riesgo de caída de tal forma que pueda determinar si su paciente tiene alto, mediano o bajo riesgo de caída y podamos prevenir este incidente. Inclusive en la hoja de atención de enfermería tienen un espacio donde por turno se debe valorar este riesgo, aplicamos el método del semáforo con unas caritas que se adhieren a la cabecera del paciente en donde el color verde significa bajo riesgo, el amarillo mediano y el alto es el rojo. Como detectamos que teníamos úlceras por presión y esto también nos habla de que no estamos otorgando un cuidado seguro, por lo que implementamos la valoración de Norton que se refiere al riesgo de úlcera de un paciente desde la prevención hasta el control si es que ésta ya se presentó y todo esto se hace cada turno.

Comenzamos a implementar diversas estrategias, entre otras recurrimos mucho a lo que son dípticos, escudos, tarjetitas, tarjetitas de bolsillo, tarjetitas en los expedientes, todo lo que estuviera a nuestro alcance económico, sobre todo por los bajos recursos que a veces se tienen, es una institución pública; sin embargo, tratamos de implementar todos los recursos audiovisuales posibles amén de otras situaciones que utilizamos para poder convencer a todo el personal de enfermería que el trabajo que ellos hacían era importante y que podíamos disminuir los errores. Éste es sólo un ejemplo del baño en regadera y éste es otro ejemplo para disminuir los errores en la administración de medicamentos por vía oral. Dentro de la incorporación de prácticas para prevenir errores y sus consecuencias, y partiendo de la evidencia encontrada, estandarizamos los procedimientos técnicos de enfermería de tal forma que revisamos la bibliografía y elaboramos un manual de estándares el cual debe estar a la mano de todo el personal y se deben hacer mesas redondas cada mes por lo menos para revisar el estándar.

También se establece la auditoria de procedimientos, con base al estándar y se realiza el monitoreo de indicadores centinela y la evaluación continua. Es muy importante el tener estos procedimientos estandarizados porque disminuye el margen de error. Si el personal de nuevo ingreso tiene dudas, tiene a dónde acudir para ya no tener esa duda, no necesita necesariamente tener a alguien todo el tiempo con él enseñándole. Hay una serie de situaciones que se favorecen con esta estandarización de procedimientos.

En el programa que implementamos utilizamos indicadores para la evaluación y monitoreo de la seguridad del paciente. Entre ellos estos son los que estamos trabajando en este momento, como ven cada uno hace referencia a un aspecto de la seguridad del paciente como es el lavado de manos, la instalación de catéter venoso central que en el caso del Instituto, en muchas ocasiones lo realiza el personal de enfermería. La transfusión de hemoderivados, la prevención y tratamiento de úlceras por presión, la prevención de caídas, la esterilización con vapor, la administración y preparación de medicamentos por vía oral, el baño de regadera, la aspiración de secreciones traqueo-bronquiales con sistema cerrado, el lavado y esterilización de filtro y líneas arteriovenosas los registros de enfermería, la preparación de soluciones endovenosas, el trato digno por enfermería y la vigilancia y control de venoclisis instalada. Para cada uno de estos indicadores hay un equipo de trabajo que lleva a cabo todo el ciclo de la calidad completo de tal forma que aseguremos la atención de los pacientes con la máxima efectividad.

Por último me voy a permitir comentarles nuestras experiencias y resultados: como han visto este ha sido todo un proceso que hemos llevado a cabo y en el cual la primera vez que monitoreamos estos indicadores para mejorar la seguridad del paciente, encontramos por ejemplo que el lavado de manos el personal de enfermería lo realizaba con

un 6% de eficiencia (Figura 3) y detectamos que otros indicadores tenían graves deficiencias, por ejemplo no se prevenían mucho las úlceras por presión y no había un tratamiento específico una vez que éstas se presentaban. Todo esto nos llevó a trabajar como les mencioné con los recursos que tuviéramos disponibles y ésta es la gráfica que obtuvimos el año pasado (Figura 4), donde ya logramos un índice de eficiencia en relación al lavado de manos del 78 %, lo que se traduce en una mejora significativa en la atención de los pacientes (Figura 5). Hay muchas situaciones que se pueden trabajar. Yo sólo les puedo comentar que dentro de lo que hemos trabajado durante estos años, y que es un trabajo muy arduo, es el convencer a las personas de que debemos modificar nuestra actitud ante los procedimientos que realizamos, es un tema difícil, sin embargo se logra, nuestra plantilla no es muy grande, es una plantilla tanto complicada, son más de 500 personas las que están en la Subdirección de enfermería y se tiene que trabajar con cada una de ellas para poderles convencer.

Básicamente les comentamos que buscar culpables no soluciona los errores pero sí se trata de aprender de los errores, no debemos permitir que los graves errores que nos llegan a pasar al personal de enfermería se vuelvan a repetir y es muy importante decirles que en las manos del personal de enfermería está la oportunidad de ofrecer un cuidado seguro. Creo que eso es todo lo que les tengo que comentar, muchas gracias.

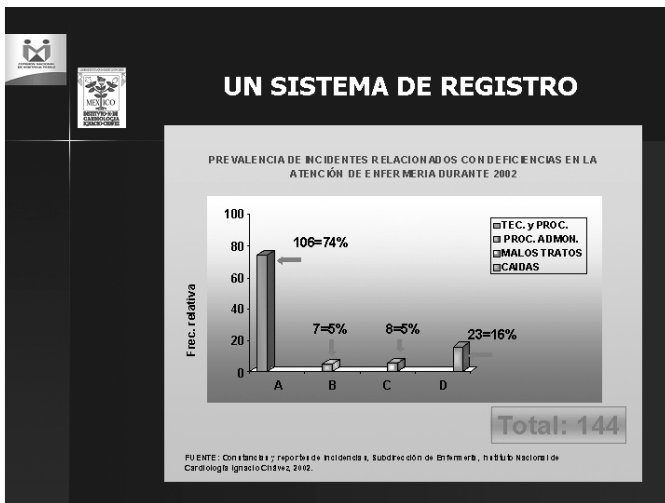


Figura 1: Un sistema de registro

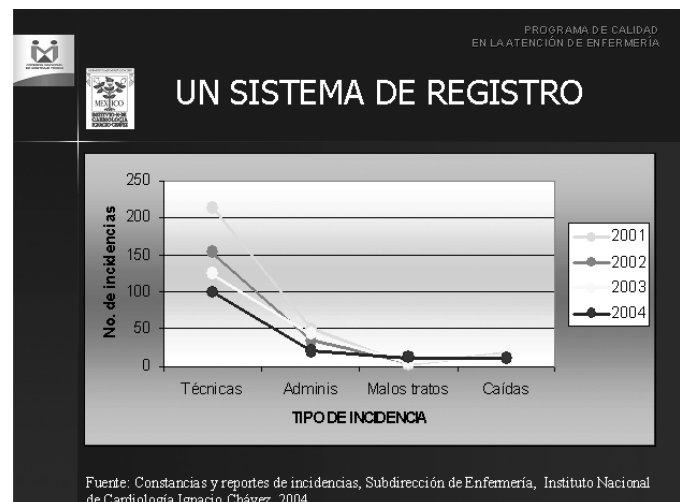


Figura 2: Incidencias registradas en el INC

Figura 3: Índices de Eficiencia por Indicador y Global

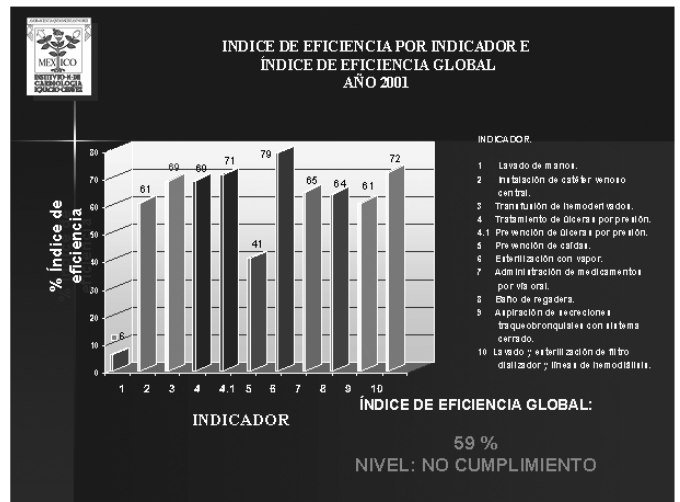


Figura 4: Índices de Eficiencia 2004

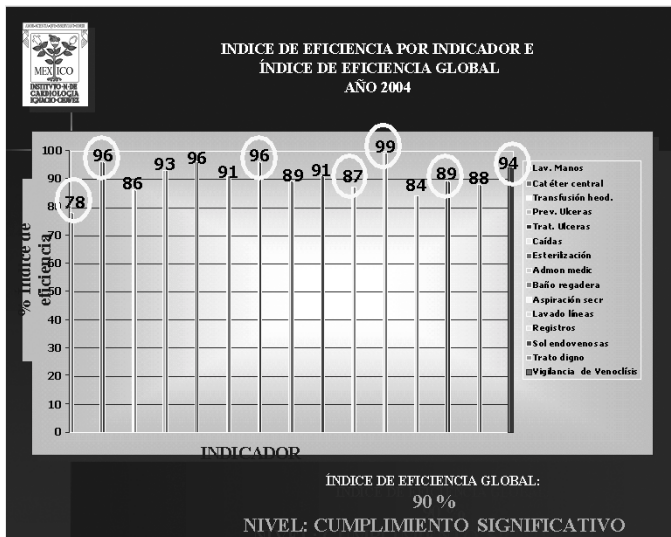
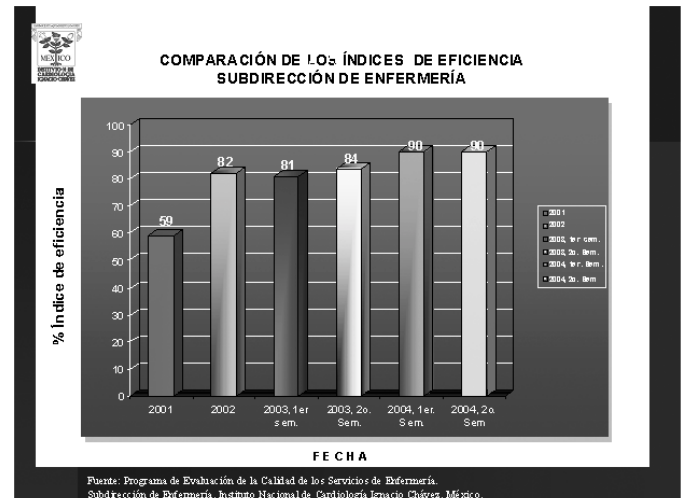


Figura 5: Comparación de los índices de eficiencia





## Seguridad del paciente y la medicina de laboratorio

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Muy buenas tardes tengan todos Ustedes. Manifiesto mi agradecimiento al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico la oportunidad de participar y poder compartir en estos breves minutos, el aspecto relacionado con las expectativas del paciente y su seguridad desde la perspectiva del laboratorio clínico, tema poco abordado en la práctica cotidiana o en la enseñanza.

Comienzo reflexionando con una definición de algunas de las expectativas del paciente, cuando acude al laboratorio clínico. En primer lugar, espera ser tratado como persona. Se ha estado hablando de este aspecto en las pláticas previas.

En segundo término, que no se le realicen pruebas innecesarias o se le someta a riesgos innecesarios y esto tiene que ver, lo destaco, con las inapropiadas prácticas asociadas a la dicotomía, cuando se le solicitan estudios al paciente que no requiere, por perseguir un indebido beneficio económico. También y muy importante, que se le den las instrucciones o indicaciones claras y específicas para evitar que la prueba sea mal realizada y que sus resultados sean precisos, exactos, que reflejen su condición clínica.

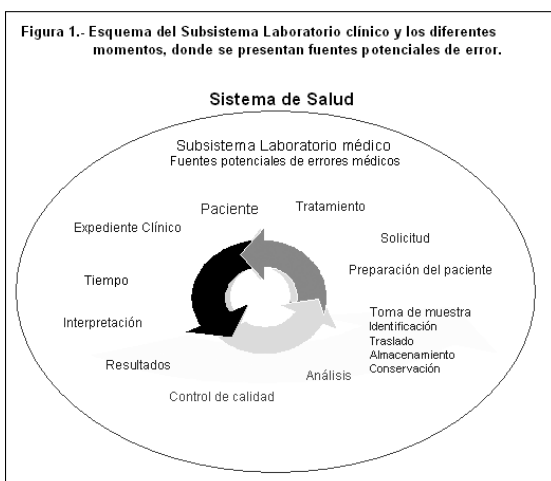
Por otra parte, se tiene siempre la expectativa que el laboratorio tenga la capacidad de comprometerse con los médicos, quienes desean que los estudios de laboratorio les estén confirmando su impresión diagnóstica, ayudando a descubrir una enfermedad, establecer una respuesta terapéutica o precisar los factores de riesgo, por mencionar algunas expectativas, tanto de los pacientes como de los médicos.

La atención a la salud en su conjunto configura un gran Sistema, el subsistema de laboratorio está inmerso en este sistema de salud y vemos que las fuentes potenciales de errores médicos se pueden dar en diferentes sitios, que se aprecian en forma esquemática en la Figura 1, que presenta

los momentos críticos donde ocurren con mayor frecuencia errores, que son a los que me estaré refiriendo para los propósitos de ésta mesa de discusión. Especialmente me referiré al tema de la variabilidad y a los problemas que se generan en la fase pre-analítica de los estudios, los cuales conducen a errores que pueden afectar la seguridad de los pacientes y pocas veces son tomados en cuenta.

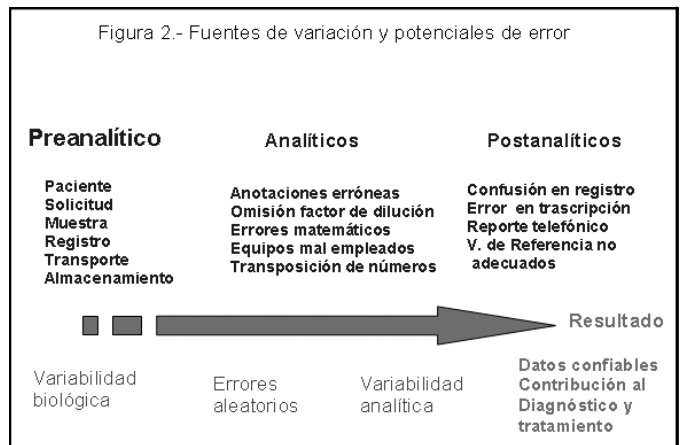
Coincidirán conmigo en que necesitamos que los estudios sean útiles, sin errores, que no afecten la seguridad, por ello hemos estado hablando de la importancia que tiene el control de calidad, el control interno, y los diferentes tipos de control de los estudios de laboratorio, para que la variabilidad analítica del análisis, es decir, el resultado, sea siempre menor a la variabilidad biológica del individuo, para que estos resultados contribuyan con certeza a la toma de decisiones en el diagnóstico.

Cada día es más evidente que en el diagnóstico clínico, el punto crítico en la atención al paciente, es que el paciente obtenga un diagnóstico oportuno. En el ejercicio interdisciplinario vemos que la clínica hace la sospecha, los gabinetes apoyan, los laboratorios determinan, a veces demasiado tarde en una biopsia o autopsia, pero lo importante es establecer un límite de referencia normal y diferenciarlo de lo patológico. Pero resulta que estos límites de referencia se han venido utilizando desde los años setentas y han evolucionado de la siguiente manera: Antes, recordarán, que el valor anormal era aquel resultado que se presentaban en 2.5% fuera de los valores promedio obtenidos y era considerado entonces a quien lo manifestaba como enfermo; sin embargo, eso no explicaba todos los eventos clínicos y por que no todos los pacientes se comportaban de esa manera enfermos con resultados normales o sanos con resultados anormales. Para responder mejor a tal cuestionamiento, se utilizó la interpretación con base en la estadística paramétrica, la que nos marcaba el límite normal hasta dos desviaciones estándar; sin embargo, debajo de la campana de tal distribución podría haber, incluso en las colas, individuos enfermos o sanos. No fue suficiente y surgen después los niveles de decisión clínica, que Statland definió y recomendó considerar ya hace más de 10 años. Se basa en la definición de valores normales, considerando tanto a sanos como enfermos para entender sobre todo: la sensibilidad y especificidad de la prueba, el valor predictivo positivo y valor predictivo negativo; es decir, cuál es la probabilidad, que teniendo la enfermedad la prueba resulte positiva, o la probabilidad resultante de no tener la enfermedad y tener una prueba negativa, y así, además de lo anterior, hemos evolucionado a las curvas de operatividad relativa que están generadas para evaluar las modificaciones de la sensibilidad y especificidad dependiendo del nivel de decisión que se requiere tomar en determinadas enfermedades. Tomando un ejemplo muy claro, es lo que está sucediendo ahora con la detección de diabetes. Los niveles los hemos situado ahora a 110 mg/dL, cuando hasta hace



poco era de 120 mg/dL, y también disminuido los niveles en caso de pruebas posprandiales. Estas curvas de operatividad relativa son especialmente útiles al estudiar determinadas poblaciones, como una latina como la nuestra, tener origen latino *per se*, implica un factor de riesgo importante de padecer diabetes.

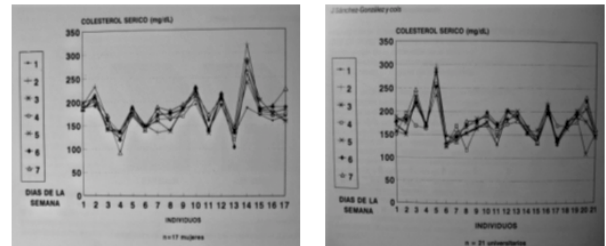
Para que un resultado de laboratorio tenga datos confiables que contribuyan al diagnóstico, tenemos que aprobar con precisión una serie de fuentes de variación, que son potenciales causas de error, entre ellas contamos a las más ignoradas y frecuentes; los problemas en la fase pre-analítica, en los que enfatizaré con mayor intención. A los factores analíticos, que tienen que ver por ejemplo, en la transcripción de un resultado y yo conozco a varias personas incluso en este auditorio que han tenido problemas por el cambio de un punto en sus resultados que modifica su interpretación enfermándolo o aliviándolo, y que esto afecta la seguridad del paciente por ser un error. La variabilidad biológica es algo que casi no se ha estado considerando. Los errores aleatorios, independientemente de que nos sucedan, y el resultado sea aparente ser apropiado, la estadística nos dice que vamos a tener un error y lo vemos en la práctica, pero no lo consideramos (Figura 2).



La variabilidad analítica que se da en cada estudio que se realiza. Vean ustedes lo que nos está sucediendo y esto es un estudio que hemos comprobado en un estudio bien controlado con toda la técnica con la que se debe realizar un estudio y utilizando como variable el colesterol total, que es un analito que no tiene variaciones dependientes de la dieta diaria, que estudiamos en un grupo de individuos jóvenes sanos, durante 7 días y vemos cómo presentaron importante variación, tanto hombres como mujeres, encontramos una variación en mujeres de 7.16% y 7.22% en hombres, pero lo importante es que la variación no explicada por el método analítico fue de 5.17%. Imagínense a un paciente con un resultado que está al límite normal, lo podemos enfermar o aliviar dependiendo si el valor obtenido es hacia arriba o hacia abajo del valor normal, considerando la variación (Figura 3).

Figura 3.- Variación Biológica del colesterol total en individuos sanos

- Estudio controlado, variación biológica semanal de Colesterol Total
- 175 ± 12 mujeres y 177 ± 13 hombres
- Variación (CV) 7.16% y 7.22% CV intraensayo: 1.99%
- Por tanto, la variación no explicada por el método analítico fue de 5.17% y 5.23% en cada grupo.



Sánchez González J, Rivera Cisneros A, Vázquez Mellado A. Variaciones biológicas día a día del Colesterol. LAB-Acta 1995; 7:53-59

Hemos estado hablando de los errores y lo importante es conocer cuál será la mortalidad o morbilidad de ellos. Los eventos centinela que afortunadamente son muy pocos en la clínica, igualmente en el laboratorio. Cuando me refiero a los estudios de laboratorio, se presentan en todas las etapas de esta pirámide de los errores, los eventos adversos y los errores que podrían causar daño o “cuasi errores”, son de los más frecuentes que hay en el laboratorio.

En qué momento ocurren. Se ha dado mucha atención a la fase analítica del proceso, con atención estrecha y dirigida a asegurar las metodologías apropiadas. Yo creo que la medicina de laboratorio es una de las áreas que más se ha empeñado en buscar la exactitud y la precisión en sus estudios; sin embargo, estos errores detectados en la fase analítica siguen siendo importantes y estamos hablando de 4 a 32 por ciento de todos los errores observados durante un ensayo.

Cuando comparamos la fase preanalítica de la fase analítica vemos como el porcentaje de error se incrementa, lo que puede atribuirse a que hasta hace poco los laboratorios clínicos y sus fabricantes han estado insistiendo y controlando apropiadamente las pruebas a través de la calidad total, el control de calidad en la evolución de la calidad y con el aseguramiento de la misma.

Pero luego tenemos esta variabilidad preanalítica que no consideramos y puedo mostrarles este ejemplo. Es una parte, un extracto de un estudio realizado donde nada más les muestro a ustedes lo que sucede con dos enzimas y los leucocitos totales, la creatinina y deshidrogenasa láctica, utilizando candidatos regresores o como covariables a la edad, el nivel de acondicionamiento físico, la frecuencia cardíaca y los cambios en el volumen plasmático, en este análisis multivariado en sujetos que fueron estudiados después de ser sometidos a un ejercicio físico extenuante. Vean ustedes la variación que hubo en la creatinina de la prueba basal a la posterior al ejercicio, de 10 a 465 uU/mL. Aquí los cardiólogos no me podrán dejar mentir que

esto estaría hablando de un infarto masivo. La deshidrogenasa láctica que se eleva a más del doble, los leucocitos que presentaron, como eran de esperarse, en los individuos que hacen ejercicio, una reacción leucemoide con una cantidad de leucocitos de esta magnitud; sin embargo, lo que hay que considerar es que si el paciente llega a hacerse un estudio de laboratorio y nosotros no hemos considerado ni le preguntamos si estuvo haciendo o no ejercicio la noche anterior o antes de llegar al laboratorio, vamos a obtener cifras que no nos van a servir de nada y nos pudieran hasta alarmar, cuando no desviando el diagnóstico.

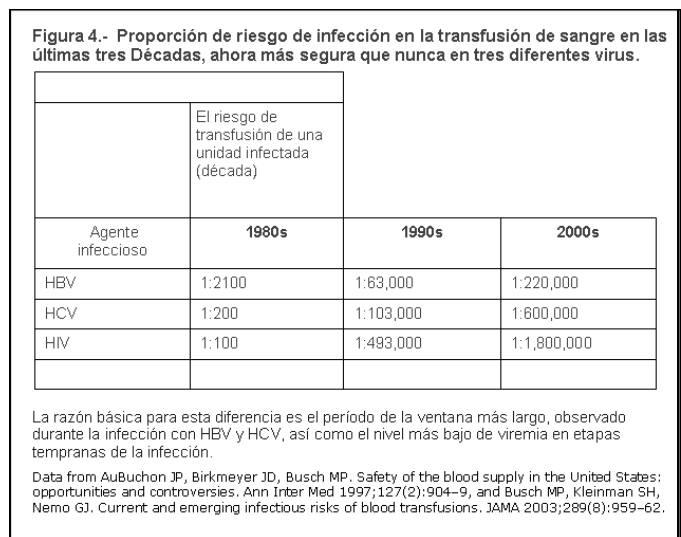
Los errores en los exámenes de laboratorio ocurren más frecuentemente de lo esperado, van de 1 a 164 errores por 8300 resultados. Comparado esto con el estándar de oro en calidad que es la aviación, pues es demasiado alto el número de errores. En los estándares de la aviación ocurre una caída, un accidente de avión por cada siete millones de pasajeros, quiere decir que si nosotros viajamos durante 100 años, si es que los llegamos a vivir, tenemos la probabilidad de nunca tener un accidente. Esto es algo que quiero dejar como reflexión, al comparar el método seis sigma de calidad, que cuando lo utilizamos en los estudios de laboratorio, las proporciones de error van de entre 120 y 6098 defectos por millón de oportunidades, que es lo que maneja este sistema, nos pondrían en el nivel 4 sigma a menos de 6200 errores, o en cinco sigma a menos de 233 defectos por millón de oportunidades. Por qué 6 sigma. Veán ustedes lo que reportan varios autores en diferentes estudios y vemos cómo vamos del 4 ó 5 sigma al 2 ó 3 sigma comparado con lo que sucede en el estudio multicitado de "Errar es humano" en estos dos días, que es de 0.14 errores. Lo ideal para el laboratorio es que sean tan bajo como 3.4 defectos por millón de oportunidades ello implica que estaríamos disminuyendo la probabilidad de errores entre 5 y 6 sigma.

Cuando hace más de 10 años decíamos que 99 por ciento de exactitud es lo máximo a lo que podíamos aspirar, el 100 por ciento era para los dioses. Cuando se hizo un estudio sobre este porcentaje, encontraron que con 99.9% de exactitud en 67000 pacientes quirúrgicos, encontraron que había solamente 25 pacientes que habían tenido un evento adverso. Esto significa una cantidad muy baja y esto nos habla de 99.963, es decir 15 veces mejor que lo que se había visto; entonces por qué no podíamos aspirar a más y es por eso que se ha modificado a que se use el 6 sigma, especialmente por algo que hemos estado dejando en las reflexiones: *empoderar* al paciente para que sea él quien nos diga lo que desea y este sistema es lo que permite mejorar, la práctica a través de la observación que hacen los pacientes, es pedirles a ellos qué es lo que desean y hacerlo bien, por que tiene muchas características positivas, mejora la satisfacción, reduce el tiempo, reduce defectos, y es más económica su implementación. La proporción de errores de laboratorio depende significativamente del

método empleado en su detección. Si nosotros analizamos la ocurrencia del error frente a la cama del paciente, nos vamos a encontrar que hay más errores; sin embargo, si nos atenemos nada más al descubrimiento fortuito, a que a alguien se le ocurra reportarlo, esto puede ser de frecuencia muy baja.

No todos los errores que ocurren en el laboratorio causan problemas al paciente. Se ha encontrado que aproximadamente 12.5% de los errores de laboratorio tienen algún efecto, es decir 37.5 de cada 100,000 pacientes pueden ponerse en riesgo y esto es muy similar a lo que ha sucedido en la medicina de atención primaria. 34 contra 37, entonces creo que podemos estar hablando de que en ese nivel de errores que estamos trabajando.

La transfusión de sangre sabemos que ahora es más segura y vean ustedes lo que está sucediendo con la medicina de laboratorio en cuanto a la seguridad (Figura 4).



Primero estamos descartando a los individuos con conductas de alto riesgo y entonces eso disminuye el riesgo. Lo que hablaba ayer Fernando Otaíza de cómo los pacientes hemodializados también estaban disminuyendo, pero era porque se incrementó la incorporación al sistema de pacientes sanos o sin infección, pero fijense qué grave era antes. Uno de cada 100 unidades, particularmente en zonas de alto riesgo, con la introducción de pruebas específicas, ahora la biología molecular, la utilización ahora de anticuerpos monoclonales para la determinación específica de las pruebas, nos está incrementando el rango de detección y vean lo que sucedía con la sangre en cada década, una unidad de sangre infectada en 2100 en el caso de hepatitis B en los años ochentas y actualmente 1 en 220,000, así en el caso de hepatitis C y HIV. Veán ustedes cómo hemos evolucionado. La diferencia básica está precisamente en la sensibilidad y especificidad que tienen ahora las pruebas.

Sin embargo, vemos que no ha sucedido lo mismo con la hepatitis B y la C comparado con el HIV, porque tienen un periodo de ventana donde no hay antiviremia o viremia suficiente para que sea detectada por las pruebas disponibles actualmente.

Por otro lado vienen ahora los errores preanalíticos. El número de estudios disponibles ahora son muchos, en el laboratorio estamos manejando más de 3000 pruebas y muchas de ellas, a veces, los médicos las desconocen. La cantidad de muestra, antes necesitábamos 4, 5 ó 10 mL, es decir, casi hacíamos una flebotomía, obteníamos media unidad de sangre cuando teníamos que hacer varias pruebas. Actualmente estamos hablando de cantidad de suero de 100 a 300 microlitros para desarrollar una prueba. Imagínense qué fácil es que se esta pequeña cantidad se evapore si la temperatura ambiente no es controlada y se eleva, si no está controlada la temperatura vamos a tener mayor número de problemas.

Debemos también considerar que ahora, con el comportamiento, por ejemplo que tiene que ver con la comercialización de la medicina, estamos enviando las pruebas de laboratorio en condiciones inadecuadas de transporte, las tomamos en el consultorio, en sitios donde no se debe, que no están acondicionados y las enviamos a los laboratorios de referencia. En el laboratorio estamos habilitando personal y el técnico disminuye y propiciamos la ocurrencia de mayor número de errores preanalíticos.

Estoy ya por terminar hablando de errores preanalíticos, vean ustedes que, por la inapropiada identificación se presentan 13.5% de errores, por extravío de la muestra ocurren errores en casi 15% de errores. Por otra parte, vean ustedes otros ejemplos de errores preanalíticos muy frecuentes, que ocurran por la falsa elevación de potasio, la pseudohipercalemia puede suceder por hemólisis, tomamos una muestra inapropiada, dejamos el torniquete como se mencionaba hace rato, tiempo adicional o jalamos muy rápido el émbolo y bemozamos, utilizamos el calibre de la aguja más delgado y estamos haciendo hemólisis y entonces se eleva el potasio en suero y esto es grave, por lo que implica en la seguridad del paciente.

En el caso de la glucosa, si dejamos en contacto suero y sangre sin centrifugar y a temperatura ambiente en el tubo de ensayo, disminuye entre 20 y 30% el nivel de glucosa en la primera hora, y entonces estamos aliviando a un paciente que pierde la oportunidad de haber sido diagnosticado con niveles elevados de glicemia.

En las pruebas de coagulación utilizamos la centrifugación de la sangre total para obtener el plasma y en lugar de aplicarle las revoluciones por minuto estandarizadas las incrementamos para que se separe más rápido, o la dejamos mas tiempo centrifugándose por que nos vamos a tomar café, los factores de coagulación se precipitan igual que los eritrocitos y se alteran las pruebas.

Dejamos, por ejemplo, una prueba de tamizaje metabólico par detectar fenilcetonuria y no la tomamos adecuadamente cuando el paciente esta en periodo posprandial (el lactante), se pierde la oportunidad de detectar niveles elevados del aminoácido, eso lo vamos a ver reflejado cuando su capacidad intelectual no sea la apropiada. En la toma de una muestra tan frecuente para detectar cáncer, mediante una citología cérvico-vaginal, la que no es obtenida adecuadamente, estamos dejando de diagnosticar un carcinoma cérvico-uterino. Así podemos hablar de infinidad de ejemplos de errores preanalíticos por obtención de muestras inadecuadas.

Por otra parte, un factor relevante es la comunicación que debe existir entre los profesionales. Conocer, utilizar e interpretar las nuevas y complicadas metodologías, hace necesario que estemos dialogando interdisciplinariamente. Existe una serie de instituciones en Estados Unidos donde están pidiendo que se reporte los errores, a diferencia de lo que sucede en países latinos, ahí el reporte es casi obligatorio, pero no puede ser utilizado en un juicio porque de otra manera perdería la voluntad de la gente de reportarlo y por consecuencia reconocerlos y medirlos.

La imprecisión, vean ustedes, en la calibración de equipos de medición son errores que cuestan también mucho dinero. El calcio elevado puede causar cáncer, enfermedad tiroidea, ya lo sabemos. En este estudio se encontró que 15% de las pruebas, tenían errores de calibración y eso propiciaba que la cifra quedara entre 0.1 y 0.5 miligramos de diferencia errónea. Esto hace por ejemplo, que de 9.7 pasará a 10.2 y entonces estaría detonando el mecanismo de diagnosticar al paciente con alteración en el calcio y consecuentemente sometido a otras pruebas que eleva el costo de la atención innecesariamente. Encontraron en esta clínica norteamericana que se añadió 8.89 dólares el costo de la atención por paciente, a causa de errores de calibración, multiplíquenlo por los pacientes atendidos por día, semana o año, entonces también estos errores cuestan mucho.

No todo está perdido, se están logrando cambios, hemos estado escuchando de todos los errores, sí tenemos un cambio de actitudes y me estoy refiriendo a este estudio recién publicado que es "Errar es Humano" cinco años después. Hay muchos médicos y enfermeras que hoy no preguntan si hay algún problema sino cómo ellos pueden hacer para resolverlo o para obtener un beneficio de ello. Comienza a prevalecer el concepto con fundamento científico que son los sistemas son los malos y no las personas. Esto está dando oportunidad a recobrar la confianza en los profesionales de la salud y está ya en marcha un movimiento creciente a favor de la seguridad del paciente, pero sobre todo a que el paciente sea el que esté en forma participativa actuando con nosotros. Muchas gracias.

## El error médico en pediatría

Dr. Gabriel Cortés Gallo

El concepto del error, en el ámbito de la atención médica, puede tener dos acepciones. La primera, consiste en fracasar en el cumplimiento de una acción tal como fue planeada, y la segunda, utilizar un plan equivocado para lograr el objetivo propuesto; es decir, el error puede adoptar dos facetas: falta de cumplimiento de un plan, o empleo de uno equivocado.<sup>1</sup>

Ello implica, que el error puede provenir de la omisión de un paso en un procedimiento preestablecido, o de la adopción de conductas intrínsecamente equivocadas. Por ejemplo, en cualquier prescripción, omitir la división de la dosis diaria en dos o tres fracciones, según sea el caso, y aplicarla toda en un solo momento, o calcular la cantidad necesaria con base en una dosis desacertada.

La historia natural del error médico, en general, incluye tres momentos distintos: el tiempo previo al error, el momento del error, y el lapso en que las distintas circunstancias propiciatorias del mismo interactúan para que se produzca.<sup>2</sup> Esto es, durante la atención médica se pasa por tres zonas diferentes: la zona de seguridad, la de latencia, y la de desastre (Figura 1). ¿Qué es lo que hace que se pase de la zona de seguridad a la zona de desastre?, ello sucede por la concurrencia de circunstancias desfavorables.

La prevención del error es más probable cuando tales circunstancias adversas se evitan o se suprimen en el área cercana a la zona de seguridad, pues, conforme se avanza en la región de latencia, estos factores deletéreos intensifican su efecto, se acumulan, se suman, o inclusive se potencian, y las oportunidades de eludir el yerro disminuyen significativamente, entrando en la zona de desastre, donde las intervenciones solamente pueden ser resolutivas o de rehabilitación.

En diversas publicaciones se ha hecho énfasis en todos aquellos factores de riesgo para que el error médico se produzca, los cuales se incluyen en el Cuadro 1.<sup>3-5</sup>

Uno de ellos corresponde al propio sistema de enseñanza de la medicina, tanto en la licenciatura como en los cursos de especialización, y consiste en pasar rápidamente del modelo didáctico al modelo operativo, es decir, el alumno pasa precipitadamente del proceso de aprendizaje, al sistema de otorgamiento de la atención médica. Baste un ejemplo: el estudiante de la especialización en pediatría, ingresa al hospital al inicio del curso, y por la tarde del mismo día, ya tiene a su cargo un número determinado de enfermos, ante los cuales debe tomar, aunque no todas, decisiones concernientes a su diagnóstico y tratamiento. Por supuesto, los sistemas educativos varían infinitamente de país a país, y en una misma nación, de hospital a hospital; desde aquellos en los que el médico residente de la especialidad no asume prácticamente ninguna responsabilidad, hasta aquellos en

los que desde el primer momento, se atribuyen al alumno obligaciones inherentes al cuidado de los afectados. Lo que puede pasar en uno y otro contexto, es que en el primero se difiera la participación del alumno en la comisión de los desaciertos, y en el segundo, las pifias las comete el educando desde los primeros momentos. No se dispone de investigaciones pertinentes y confiables que permitan discernir tal cuestión, mas, parece ser, que un paradigma intermedio podría parecer más razonable. Aquí cabría el dicho popular "Ni tanto que queme al santo, ni tanto que no lo alumbré".

Otro elemento a destacar es aquél que se refiere al cansancio del personal de salud, pues, en el ámbito educativo se asignan a los alumnos jornadas muy largas de trabajo (denominadas comúnmente como guardias), y en el laboral, para satisfacer sus necesidades económicas, el médico, o la enfermera, tienen que cumplimentar faenas en más de una institución de asistencia.

Por ello, la planeación de los sistemas educativos y laborales, debe garantizar la exposición progresiva del alumno a la responsabilidad para la toma de decisiones, y evitar la presión excesiva, laboral o psicológica, que propicie los errores, por comisión u omisión. En otras palabras, educación tutelar y jornadas razonables de trabajo.

En la medida en la que se reduzcan los factores de error, la zona de seguridad se ampliará, hasta el punto en el que la posibilidad de cometer un error sea realmente mínima. Caso contrario, si en el tiempo, tales circunstancias desfavorables se ignoran o no se toman las medidas necesarias para su control, aumenta la probabilidad de ingresar en la zona de desastre, hasta la situación indeseable de cometer un error en cada uno de los actos médicos efectuados. Los errores pueden o no producir eventos adversos, al menos notorios desde el punto de vista clínico. A los primeros se les ha dado en llamar "cuasi errores", a juicio del autor, no deben despreciarse asignándoles tal denominación, pues el hecho de que no hayan ocasionado algún trastorno al enfermo, no les quita dicha calificación.

¿Qué se debe hacer para ampliar la zona de seguridad? Las medidas que se recomiendan son las siguientes: establecer objetivos para reducir o controlar los factores de riesgo; mejorar la precisión en la identificación de los pacientes, la efectividad de la comunicación y la seguridad en el empleo de los medicamentos; eliminar las equivocaciones de paciente, sitio o procedimiento quirúrgico a efectuar; mejorar la seguridad empleando bombas de infusión; mejorar la efectividad de los sistemas clínicos de alarma, con mantenimiento preventivo regular y pruebas periódicas, garantizando que siempre estén activadas, en circunstancias adecuadas, y audibles pese a los ruidos internos de la unidad; reducir el riesgo de infecciones asociadas con los cuidados de la salud; precisar y conciliar los medicamentos empleados; reducir el riesgo de que el paciente se lesione como resultado de caídas. En síntesis, se

debe trabajar con enfoque sistemático con el personal de salud, para generar ambientes de seguridad para el paciente y prevenir los errores.<sup>6-10</sup>

La mayor parte de los problemas están relacionados con el equipo, los procesos complejos, el cuidado fragmentado y la carencia de procedimientos estandarizados.

Sin menoscabo de lo anterior, si no existe una política institucional de mejoramiento continuo los proyectos para evitar los errores no funcionan del todo.

Los estándares de seguridad deben ser desarrollados por grupos de profesionales expertos, en conjunción con los equipos usuarios de los mismos; deben ser razonables, sencillas, flexibles, en el menor número posible y estar sustentados en los riesgos reales. Entre más complejas o numerosas sean las guías clínicas o técnicas, la posibilidad de que no se utilicen, o se abandonen, es siempre mucho mayor.<sup>6</sup>

Asimismo, debe aprovecharse la tecnología informática, pues tiene un elevado potencial para reducir los errores de medicación: mejora la comunicación, es decir, permite, por ejemplo, establecer la comunicación directa entre el laboratorio y el consultorio y favorece la rapidez en la toma de las decisiones; provee acceso a la información; asiste en cálculos y verifica los resultados, ello es muy importante, sobre todo para aquellos medicamentos que requieren la precisión, lo cual es particular a los pacientes pediátricos, y adquiere mayor trascendencia a menor peso de los mismos.<sup>6, 11, 12</sup>

Sin demérito de lo anterior, la precisión en la prescripción de soluciones parenterales y medicamentos a los niños

mayores, podría representar mayor riesgo de infección nosocomial, comparado con el beneficio de la exactitud de la posología, sobre todo en ambientes en los que no se guardan todas las precauciones para evitar tales eventos, por lo que se ha recomendado, además de una vigilancia epidemiológica correcta, el uso exclusivo de soluciones premezcladas, y cuando pueda evitarse, el excesivo fraccionamiento y dilución de las medicinas.<sup>13</sup>

Las infecciones nosocomiales han sido consideradas un problema relacionado con la seguridad de los pacientes.<sup>14</sup> Con motivo del brote de infección nosocomial en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió una Opinión Técnica, que contiene una serie de recomendaciones muy simples, con el propósito de colaborar para el control de las infecciones nosocomiales, las cuales se incluyen en el cuadro 2.<sup>15</sup> La aplicación de tales medidas, no garantiza la prevención de todas las infecciones, pero sí aumenta la probabilidad de que se reduzcan.

En síntesis, resulta imperativo establecer objetivos para garantizar la seguridad del paciente; la cultura de seguridad puede sintetizarse en 4 elementos: educar, reportar, estandarizar y verificar.

Finalmente, es necesario señalar, a modo de resumen, que "La medicina, es una ciencia y un arte, difícil y peligroso, pero bello y apasionante; hay que vivirla con intensidad y dedicación, compartiéndola en toda su plenitud con nuestros inseparables compañeros de viaje que son el paciente y su familia".

Figura 1. Historia natural del error médico



### Cuadro 1. Factores de riesgo para el error médico.

- Inexperiencia de los médicos o el personal (impericia)
- Introducción de procedimientos nuevos
- Pacientes en los extremos de la vida
- Cuidados complejos
- Atención de urgencia
- Estancia prolongada
- Insuficiencia de recursos
- Procedimientos mal sistematizados
- Desorden administrativo
- Relación médico-paciente inadecuada
- Relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera)
- Presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los médicos
- Cansancio del personal de salud

### Cuadro 2. Recomendaciones contenidas en la Opinión Técnica relativa al brote de infección nosocomial en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

- Lavado de manos antes de ingresar a la unidad y antes de tocar a cada paciente.
- En el tratamiento intravenoso: a) instalación percutánea de catéteres; b) evitar venodisecciones; c) usar catéteres *ad hoc*; d) remover catéteres y soluciones IV en cuanto sea posible; e) cambiar catéteres periféricos cada 48 a 72 horas, f) evitar mezclas de soluciones, o prepararlas en área especial.
- En el monitoreo bacteriológico: a) tomar hemocultivos en pacientes sépticos; disponibilidad de frascos; b) cultivo de infusiones intravenosas si se detecta una bacteriemia; c) revisar periódicamente el nivel de cloro del agua del hospital.
- Para la Unidad de Vigilancia Epidemiológica: a) visita diaria y revisión de cultivos; b) vigilar aplicación de medidas de prevención y control; c) seguimiento de acuerdos del Comité de detección y control de infecciones nosocomiales (CODECIN)
- Para la Administración: a) vigilar dotación de insumos para lavado de manos, accesos vasculares y cultivos; b) asegurar la limpieza exhaustiva programada.
- Para el CODECIN: vigilar cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

#### Referencias.

1. Institute of Medicine's Report on patient safety. 1999.
2. Napper C, Battles JB, Fargason Jr C. Pediatrics and patient safety. *J Pediatr* 2003; 142(4): 359-60.
3. Lifshitz A. Los errores médicos. En: El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina UNAM 2004.
4. Vincent C. Patient Safety: Understanding and Responding to Adverse Events. *N Engl J Med* 2003;348(11):1051-1056.
5. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study. *CMAJ* 2004;170(6):965-70.
6. Lannon CM, Coven BJ, France FL, Hickson GB, Miles PV, Swanson JT, Takayama JI, Wood DL, Yamamoto L. Principles of Patient Safety in Pediatrics. *Pediatrics* 2001;107(6):1473-5.
7. Edwards WH. Patient Safety in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Perinatol* 2005;32:97-106.
8. Render ML, Hirschhorn L. An irreplaceable safety culture. *Crit Care Clin* 2005;21:31-41.
9. Stucky ER. Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. *Pediatrics* 2003; 112(2): 431-6.
10. Lehmann CU, Kim GR. Prevention of medication errors. *Clin Perinatol* 2005;32:107-123.
11. Bates DW, Gawande AA. Patient Safety: Improving Safety with Information Technology. *N Eng J Med* 2003;348(25):2526-34.
12. Kanter DE, Turenne W, Slonim AD. Hospital-reported medical errors in premature neonates. *Pediatr Crit Care Med* 2004;5(2):119-23.
13. Macías AE, Hernández J, Cortés G, Hernández I, Muñoz JM, Landín G, Medina H. Manejo intravenoso en pediatría y sus complicaciones infecciosas: definición del problema y propuesta de solución. *Perinatol Reprod Hum* 2000;14:98-107.
14. Burke JP. Infection Control - A Problem for Patient Safety. *N Eng J Med* 2003;348(7):651-56.
15. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Opinión Técnica relativa al brote de infección nosocomial en el Hospital 1° de Octubre del ISSSTE. 23 de octubre del 2003.

## El Proceso de calidad en la atención como vía para evitar el error

En la primera parte se abordará la situación actual que se presenta con algunos errores médicos. En segundo lugar, se abordará el tema central que corresponde a algunos procesos relacionados con la calidad de los servicios de salud que tienden a evitar errores médicos y se mostrará un juicio crítico sobre algunas de esas estrategias y en tercer lugar, se presentará un esfuerzo actualmente puesto en marcha en el IMSS, relacionado con este tema.

Existen algunas estimaciones del número de muertes que se podrían prevenir por errores médicos en los hospitales; asimismo, los pacientes ambulatorios no están exentos de sufrir errores médicos y un estudio muestra que entre el 8 y el 24% de los pacientes reciben prescripciones inapropiadas o contraindicadas. Con relación a problemas agudos, en uno de cada tres pacientes se ha documentado que puede recibirse un tratamiento que está contraindicado y sólo uno de cada tres pacientes hipertensos tiene un buen nivel de control.

Brooke y Berwick estudiaron diversos hospitales en los que encontraron diferencias de hasta 20 veces en las tasas de mortalidad, específicamente en ciertos tipos de cirugía. En ese mismo estudio, encontraron tasas variables de mortalidad que aparentemente no eran influidas ni por la edad de los pacientes, ni por la gravedad con la que se presentaban a buscar atención. En el estudio sobre eventos adversos de Harvard, que es el más famoso en términos de calidad hospitalaria, fue posible identificar que es en el cuatro por ciento de ingresos al hospital donde se experimentan problemas debido al manejo de la enfermedad; de este porcentaje el 1.5% específicamente se atribuyó a problemas asociados a negligencia.

Los aspectos financieros no escapan a tener una relación con los errores médicos. Un estudio a finales de la década de los 70, identificó que en Estados Unidos se hacía el doble de cirugías respecto a Inglaterra. Algunas de las razones que se esgrimieron para explicar esta diferencia tienen que ver con aspectos financieros, es decir, con el modo con el que se les paga a los cirujanos en ambos países. Algunos estudios posteriores, tratando de explorar este punto, han mostrado que un buen número de cirugías podrían ser consideradas innecesarias con la subsecuente carga de muerte y de incapacidad para los pacientes.

Podemos identificar que no sólo los aspectos financieros influyen en los errores médicos, puede haber problemas de tipo organizacional. En un caso se describe a una joven de 23 años que se había presentado con tos; le tomaron una radiografía y nunca nadie interpretó esa radiografía, finalmente se presentó 8 meses después con un cáncer muy avanzado y la paciente falleció poco después. Dos años posteriores a que la paciente había fallecido, mientras se hacía la limpieza en la oficina del radiólogo, se encontró detrás de un buró, el sobre con la radiografía que nunca

nadie interpretó. El error de perder un reporte, un solo reporte puede tener consecuencias desastrosas; desde luego, la oficina del médico tratante no tenía ningún sistema para vigilar si se recibían los reportes o bien para buscarlos intencionadamente.

Además de los aspectos financieros y los elementos relacionados con la propia organización de los servicios; también los errores atribuibles a la práctica clínica en sí, ocurren con relativa frecuencia. Los errores pueden ocurrir ya sea por negligencia o por incompetencia de los médicos, cualquier buen clínico puede equivocarse, cometer un error, tenemos que aprender a vivir con eso y la idea sería tratar de minimizarlos al máximo, si bien nadie esperaría que pudieran evitarse de manera completa, por lo menos en el corto y mediano plazo.

Se añade a la problemática de los errores, las dificultades de su evaluación. Por ejemplo un estudio mostró que un grupo de revisores en un hospital encontraron un 18% de fallas en los expedientes; sin embargo, otro grupo había revisado previamente esos mismos expedientes y había documentado solamente un 6% de fallas en la calidad, una diferencia de 12 puntos entre los dos grupos de evaluadores. El acuerdo que tuvieron ambos grupos fue apenas un poco mayor del que se hubiera esperado simplemente por azar. Otros estudios confirman que cuando diferentes revisores evalúan calidad en la atención, con frecuencia están en desacuerdo.

La finalidad de la búsqueda de errores, es que demos una mejor atención; es decir, una atención que contribuya a que la gente se mantenga en buen estado de salud; cuando no esté enferma, prevenir las enfermedades; o bien curar aquellas enfermedades agudas y favorecer que quienes tengan que vivir con una enfermedad para la cual no tenemos solución, puedan vivir de la mejor manera posible.

Desde esta perspectiva, la buena calidad de la atención, debe asegurar un acceso a la atención debida. Todas las personas deberían tener posibilidades de llegar rápidamente con el médico, con el cirujano o a los exámenes paraclínicos. Es básico además, que el personal posea un conocimiento científico de acuerdo a los mejores estándares para ese momento, eso implica una revolución en la que tenemos que pasar de clínicos basados únicamente en la experiencia, a clínicos con elevadas competencias desde el punto de vista de la ciencia.

Considerando algunos de los antecedentes citados, parece claro que hay que separar las decisiones clínicas de las financieras. Los médicos resienten la presión, derivada del esfuerzo de los sistemas por contener los costos y de encontrar formas de organización que les permitan maximizar ya no sólo calidad, sino la eficiencia, mientras se cuidan también los aspectos relacionados con la equidad.

Uno de los primeros elementos que se sugiere incorporar a los procesos de atención, es la estandarización de algunos elementos fundamentales de la práctica. Las guías clínicas



han sido un tema de debate entre los clínicos, ya que tienen ventajas y desventajas; sin embargo, algunas de sus ventajas parecen superar sus limitaciones y en este sentido las guías han demostrado que son uno de los mejores métodos para modificar el comportamiento de los médicos.

Cuando se relacionan con la seguridad del paciente las guías pueden facilitar la diseminación de buenas prácticas que minimicen la posibilidad de los errores cometidos por los clínicos. Al revisar la literatura médica, ésta muestra que las guías son razonablemente efectivas en influir de manera positiva los procesos de atención y en menor cuantía, los resultados.

Un elemento más que se ha explorado para incorporarlo a los procesos de atención y con eso disminuir la posibilidad de errores médicos son los sistemas de apoyo a las decisiones clínicas. Hay una variedad de estos sistemas, que en general tienen el común denominador de ayudar al clínico a aplicar nueva información a la atención específica de un paciente. Un ejemplo, lo constituyen los programas que se relacionan con el manejo de antibióticos y de anticoagulantes y que incluyen métodos automatizados para dosificar y tratar de estandarizar más aspectos relacionados con la prescripción, en función de las características de los pacientes individuales.

La evidencia en la literatura, muestra que estos sistemas pueden ser razonablemente efectivos y han encontrado su mayor utilidad en la prevención de errores; sin embargo, los mecanismos automatizados no alteran la manera en que los clínicos actúan al atender a los pacientes, si bien, hay una cierta demostración de que estos sistemas sí consiguen modificar de alguna forma, el comportamiento médico.

Un aspecto más que se ha explorado para encontrar formas de minimizar los errores y aumentar la calidad, se refiere más a aspectos relacionados con la organización en sí, es decir con la forma en que funcionan los servicios. En un artículo publicado en el que se evaluaron 13 unidades de cuidados intensivos y se hizo un ajuste por gravedad de la enfermedad, se encontró una gran variabilidad en las tasas de muerte ajustadas, en un extremo se identificó una unidad que tenía un 58% más muertes que las que se hubiera esperado desde un punto de vista probabilístico; por otra parte, otra unidad tenía un 41% de menos muertes de las que se hubieran esperado. Al hacer el análisis de este estudio cuyo objetivo era evaluar la organización y la coordinación de los equipos de salud entre médicos y enfermeras, se encontró una clara relación con la manera en que estaban organizados los equipos de salud, lo cual sugiere que el liderazgo clínico y el trabajo en equipo son aspectos de la organización que sin duda deben reforzarse. Otro ejemplo relacionado con la forma en que se organizan los servicios clínicos y la prevención de errores, lo constituye un estudio donde se demostró que las unidades de cuidados intensivos en donde el médico especialista pasaba visita diariamente, había un incremento en el diagnóstico de problemas relacionados con aneurismas aórticos.

Hay alguna evidencia, que muestra que la utilización de sistemas automatizados que se ha ido generalizando cada vez más en diversas partes del mundo, se asocia también con la prevención de algunos errores. Un estudio en los dos hospitales de la Escuela de Medicina de Harvard donde se evidenció que los métodos automatizados disminuyeron el número de errores hasta en un 50%.

Hay evidencias incluso experimentales, con algunos ensayos clínicos aleatorizados que muestran que el análisis de casos clínicos en los servicios y la participación de los líderes de opinión, sobre todo en un contexto local se asocian con algún beneficio. Los sistemas de alertas donde se le recuerda al médico, a través de la computadora que no se le olvide revisarle los pies al paciente diabético o que la dosificación que está dando no está ajustada por la funcionalidad renal, han demostrado ser efectivos. En cambio, la auditoría y la retroalimentación son útiles pero tienen un impacto de escasa magnitud que se puede estimar en alrededor del 5 por ciento. Las conferencias y materiales impresos que se pueden difundir entre el personal clínico no son efectivas, específicamente en lo que respecta a cambiar el comportamiento clínico; es decir, los médicos que asisten a conferencias y reciben trípticos y documentos en donde se les informa cómo mejorar una práctica o cómo evitar algunos errores, no van a cambiar de manera sustancial su comportamiento.

No hay evidencia de que tan costo-efectivas son todas estas técnicas, hay muy poca información en ese aspecto y se cuenta con muy pocos datos respecto a qué tan útiles son para mejorar la seguridad del paciente o para prevenir errores médicos. En ese aspecto no se ha llevado a cabo suficiente investigación.

Los instrumentos gerenciales, que en su mayoría han tenido sus orígenes en el campo de la administración y se han venido incluyendo o probando en las organizaciones médicas desde hace algún tiempo, pudieran tener un papel. Hay ahí un buen número de opciones: rutas críticas, algunos modelos de tipo administrativo para la producción, para adelantar procesos, etc. Básicamente siempre se hace énfasis en que el diseño de las mejoras debe ser gestionado por equipos multidisciplinarios, no sólo clínicos sino administradores, economistas, ingenieros; sin embargo, ahí la evidencia todavía es muy débil y contradictoria. Los elementos de regulación y de legislación también tienen un papel que jugar si se introducen o cambian o se modifican los procesos de atención y hay alguna evidencia también en la literatura médica en este aspecto; entre ellas se cuentan algunas estrategias legislativas, regulatorias, las sociedades profesionales y algunas estrategias con orientación hacia el mercado.

En Estados Unidos algunos reportes concluyen que la actuación del Gobierno Federal o de los estados y de algunas agencias de acreditación de calidad, incluso la participación a veces de organizaciones privadas, ya sea en combinación

o de manera independiente, pueden ser altamente efectivas cuando proponen iniciativas dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes y a disminuir la probabilidad de errores. Lo mismo ha sucedido con las sociedades médicas profesionales que también en algunas condiciones pueden ser agentes efectivos para disminuir la posibilidad de errores por parte del personal.

Esta preocupación por la seguridad del paciente ha llevado a que muchas organizaciones estén actualizando sus procesos y la forma en que regulan sus propias actividades, por ejemplo la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ha propuesto nuevos estándares para la seguridad de los pacientes; algunos de ellos se enfocan al desarrollo de liderazgos individuales o bien de grupo. El énfasis en estos programas es que tengan cierta proactividad a la prevención más que al tratamiento de los errores y además se preocupan por identificar cuáles son las áreas con un alto riesgo para que los errores ocurran. Además, existe un énfasis en la importancia del desarrollo de sistemas para reportarlos.

Hay un requerimiento por parte de esta organización para que los hospitales o las unidades que se acrediten deban reportar anualmente cómo se han discutido los errores en los hospitales, cómo se ha respondido en el contexto local para disminuirlos y cómo se planea prevenirlos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se cuenta con una iniciativa para mejorar la seguridad de los pacientes. Este esfuerzo está enfocado a los eventos centinela, los cuales se han definido como aquellas situaciones inesperadas que producen alguna situación como la muerte del paciente o una lesión física o psicológica grave.

El programa está constituido por un sistema de vigilancia de eventos centinela dirigido a contar con hospitales seguros. Se pretende además desarrollar un reporte sistematizado de los errores, su análisis de manera sistemática y que de ello se derive un plan de acción. El aspecto científico de la práctica, es una preocupación que se busca incorporar en el mediano y en el largo plazo para que nos lleve a una cultura de seguridad que pueda ayudarnos a disminuir este tipo de errores.

Para abordar este sistema estamos basándonos en el concepto denominado "Cuasi fallas", que son aquellas que pudieron ser errores y fueron abortados en algún momento. Una cuasi falla es un evento que está cerca de ocurrir pero se evita. Las cuasi fallas ocurren entre 7 a 100 veces más frecuentemente que los errores, y cuyas causas suelen ser del mismo origen que los eventos centinela. Las cuasi fallas nos permiten conocer las fortalezas y debilidades del sistema, constituyen modos de rescate o de barreras contra el riesgo y es posible hablar abiertamente de ellas porque no hay un riesgo de consecuencias legales.

La mayoría de los errores resultan de problemas derivados de la complejidad de nuestras organizaciones médicas. Esto es una situación histórica de los últimos sesenta años y

tenemos que aprender a enfrentarla. La motivación para hacerlo descansa en la fortaleza de las tradiciones de las profesiones clínicas, que más allá de la limitación de recursos, siempre presente, busca el cuidado y el bienestar de los pacientes, a los cuales sirve.

### Seguridad del paciente hospitalizado y del personal de salud

Ing. Teófila Cadena Alfaro

Buenos días, muchas gracias, realmente para mí es un honor participar en este foro tan importante para la Seguridad del Paciente y el personal en el medio Hospitalario, tengo 30 años de carrera profesional, prácticamente desde los inicios de la Ingeniería Biomédica en México, la cual ha sido un complemento para lograr un equipo de salud que permita ofrecer atención médica de calidad, con seguridad y a costos razonables.

El hablar de seguridad verdaderamente es un tema muy amplio, afortunadamente se están dando cada vez más estos foros en donde se pueden exponer situaciones que nos permitan a todos aprender y lograr que las condiciones de infraestructura y de tecnología se mejoren para el beneficio de los pacientes.

Así que, empezaré por mencionar que en la evolución de los hospitales tenemos dos puntos muy importantes: uno es el desarrollo tecnológico que en las últimas décadas ha tenido un crecimiento muy importante gracias a la investigación científica y su aplicación en el diseño de equipos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; así mismo hay la necesidad de hacer cambios en la infraestructura hospitalaria que incluye la arquitectura y las instalaciones. El hospital, debe ser un lugar donde el paciente se sienta tranquilo, el mayor porcentaje de los pacientes no llegan al hospital para prevención de su salud sino desafortunadamente acuden en el momento en que requieren de atención por enfermedad. Esto también es un concepto que debemos cambiar para lograr que en lugar de tener los hospitales que atienden enfermos, el enfoque de los sistemas de salud sea hacia la procuración de la salud, por otra parte debemos ser capaces de aprovechar los beneficios de avances tecnológicos, pero también conocer los riesgos que eventualmente pueden generar al paciente o al personal usuario.

A partir de los años 70's hubo un crecimiento explosivo la tecnología médica, al principio este desarrollo ofreció la posibilidad de tener muchas más señales fisiológicas que permitieran al médico tener parámetros para diagnóstico y para el tratamiento del paciente, sin embargo también en esa época con ese nivel de desarrollo tecnológico la tendencia fue hacia las técnicas invasivas, estas técnicas, al no tener una infraestructura adecuada en los hospitales,

problemas de alteraciones cardíacas como arritmias que llegaron inclusive a ocasionar la muerte, por el efecto que puede ocasionar una corriente eléctrica de fuga de un equipo a un paciente. Estas alteraciones no siempre se pueden diferenciar de lo que es una alteración fisiológica por un desorden eléctrico en el mismo paciente.

Así que se presentaron situaciones críticas al tratar de utilizar la tecnología sin estos riesgos. Esto llevó a que los hospitales tuvieran también que empezar a analizar su infraestructura, el manejo del equipo, el operario y la situación del paciente. En la década de los 80's las empresas hicieron grandes esfuerzos para disminuir estas técnicas invasivas y el desarrollo se enfocó hacia técnicas no-invasivas, diseños que fueran más seguros, que se tuviera menores riesgos eléctricos, las corrientes de fuga que generalmente se tienen en aparatos alimentados eléctricamente y que esta nueva tecnología disminuyera los riesgos y minimizar el posible error humano.

En los años 90's la tecnología médica dio un giro muy importante hacia los tratamientos de invasión mínima. Esto ha sido gracias a que el avance tecnológico ha permitido también que en lugar de tener cirugías abiertas, se tengan elementos que permitan hacer una cirugía a distancia, la laparoscopia, artroscopia ahora la navegación, la neuro-navegación que le da mayor seguridad al paciente, sin embargo también tiene mucho que ver la información con la que alimentamos estos sistemas computarizados.

Así vemos que se ha logrado dar solución a las necesidades que el médico tiene de contar con información anatómica y para el diagnóstico y nuevas técnicas para el tratamiento. Sin embargo, también es importante darse cuenta que esta tecnología requiere de adecuaciones de infraestructura física, recursos humanos y materiales para el mejor aprovechamiento de la inversión tecnológica.

La seguridad debe incluir al paciente, al personal médico, paramédico y técnico así como a los bienes de la Institución.

¿Cuáles son los riesgos? Hay una gran variedad de riesgos, quizá de lo que más se conoce, son los riesgos eléctricos, sin embargo también hay riesgos mecánicos, químicos, biológicos, radiaciones, el mal uso del equipo y por supuesto un mantenimiento inadecuado por otra parte la infraestructura hospitalaria debe de evolucionar, hacia el concepto de hospital seguro eléctricamente porque todavía no se han generado grupos multidisciplinarios de análisis en las construcciones hospitalarias que permitan desarrollar proyectos que cumplan con la normatividad nacional e internacional.

También es importante mencionar que las normas no son una receta que hay que seguir para diseñar un hospital, la norma da lineamientos que cumplir pero hay una serie de normas asociadas que deben ser tomadas en cuenta para cubrir cada uno de los factores de riesgo que se pueden presentar en función del tipo de área, del equipamiento y de la situación del paciente dentro de la Unidad médica.

Al respecto podemos ver avances, ya que en algunas Instituciones las áreas de Proyectos Hospitalarios ahora se conforman con grupos multidisciplinarios, ya no es nada más el médico o el administrador o el financiero, sino que es la colaboración entre los grupos involucrados, el médico sigue siendo el que define las necesidades, los grupos técnicos, arquitectos, ingenieros civiles, mecánicos, eléctricos, biomédicos, son los responsables de proponer y dar una solución a las necesidades del médico, definir conjuntamente el equipamiento y con esta definición estar en condiciones de desarrollar los proyectos de infraestructura que permitan diseñar un hospital moderno preparado para el futuro, seguro tanto para el paciente como para el personal médico, paramédico y técnico, porque en la medida que se tengan espacios agradables, seguros, el rendimiento también del personal va a ser mejor.

El mantenimiento es un punto fundamental para la seguridad, el mantenimiento no significa reparación de un aparato, en realidad los conceptos han cambiado la selección de la tecnología que cubra las necesidades y que cumpla con la normatividad de seguridad tanto nacional como internacional es indispensable, pero también que se tenga en el país las empresas que den el soporte técnico que garantice la operación del equipo durante su vida útil. El objetivo es tener el equipo médico disponible en el momento en que un paciente lo necesite.

La capacitación del personal es uno de los factores fundamentales en la seguridad porque anteriormente se decía: el médico tenía todos los elementos y todos los conocimientos médicos y no médicos, sin embargo, la tecnología es una herramienta para el médico que está usando día con día y esta tecnología cada vez es más poderosa, pero requiere de capacitación para aprender a usarla y sacarle todo el beneficio pero además conocer los riesgos que implica su utilización.

El equipo médico se puede clasificar en: Equipo para Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación, la calidad de los estudios tiene una relación directa con la calidad del equipo pero también con la infraestructura del hospital, la obtención de un buen registro de señales fisiológicas ayudará al médico a dar un mejor diagnóstico. El diagnóstico por imágenes que en los últimos años ha tenido un avance muy importante en todas las especialidades desde las no-invasivas como el ultrasonido, rayos X, resonancia magnética hasta las de intervencionismo como la angiografía. La aparición de equipos como la tomografía por emisión de positrones que tienen una relación muy directa para la planeación del tratamiento del paciente y que evidentemente la calidad y la exactitud de la información tendrá una repercusión directa en el tratamiento del paciente.

El laboratorio clínico es una de las áreas de diagnóstico clínico más importantes de las instituciones de salud donde la veracidad de los resultados tiene un impacto directo en la atención médica del paciente.

Otras áreas a considerar son las áreas quirúrgicas, que son sitios en donde se concentra la tecnología por la importancia de vigilar y soportar la vida del paciente durante el procedimiento quirúrgico, por lo que en un quirófano convencional se debe tener mesa quirúrgica, lámparas, equipos de monitoreo, máquina de anestesia, electrocoaguladores, microscopios, sistemas de infusión, etc. Y que cada uno deberá interconectarse de tal forma que se garantice la seguridad del paciente.

El médico anestesiólogo tiene la responsabilidad de mantener al paciente vigilado durante el procedimiento, debe estar seguro que su equipamiento y la infraestructura que tiene garantice el éxito del procedimiento.

Hay situaciones que con frecuencia vemos en nuestros hospitales y que debemos evitarlas, por ejemplo equipos con cables de alimentación en malas condiciones, daños en el aislamiento, sistemas mecánicos en malas condiciones, cables, mangueras y accesorios en las circulaciones que pueden ocasionar desde riesgos mecánicos, caídas, desconexiones, daño al equipo o equivocaciones por parte del personal.

Cuando hablamos de calidad, podemos decir hay o no hay calidad, no hay términos intermedios, puesto que la calidad es el cuidado diario de los pequeños detalles y justamente cuando acudimos al hospital no vamos pensando que no hay médicos calificados, no hay tecnología, no hay infraestructura segura, sino que con frecuencia sucede el descuido de esos pequeños detalles que nos llevan a una cadena de errores y finalmente la posibilidad de un accidente.

En el laboratorio clínico sabemos que es vital para el médico los resultados y que un problema de calibración, alimentación eléctrica del equipo, la alteración en el funcionamiento del aparato nos puede llevar a resultados que no son confiables, así que, debemos ver esta reingeniería para los procesos en los laboratorios clínicos, los controles de calidad y obviamente el mantenimiento de los equipos, que debe estar dentro de los procesos del laboratorio.

En el diagnóstico por imagen podemos decir que los equipos en general cumplen con la normatividad internacional, son equipos de calidad, sin embargo, para que el médico tenga una imagen, esta imagen tiene todo un proceso desde la técnica para la adquisición de la información, en equipos analógicos y cada vez más con tecnología digital que no necesariamente garantiza que no haya fallas, por lo que es necesario cuidar cada parte del proceso, lo primero es la técnica, la preparación del operario, la adquisición de la información, el procesamiento de estas imágenes por médicos calificados y al final la impresión de una placa radiográfica. Muchas veces se tiene un control de calidad de la mayor parte del proceso, sin embargo si el proceso de la impresión de la placa radiográfica no estuviera bajo un estricto control de calidad, las imágenes pueden no ser de la calidad diagnóstica requerida, generando un riesgo

para el paciente, cuando el médico haga el diagnóstico o la planeación del tratamiento, cuando la imagen es transmitida a sistemas de planeación de tratamientos como la radioterapia y donde la inexactitud para ocasionar daños a tejidos sanos.

Las áreas de tratamiento se clasifican en: tratamiento médico, quirúrgico y radiaciones.

El tratamiento médico fundamentalmente se realiza en las áreas de hospitalización donde puede haber camas mecánicas ó camas electrónicas y ser camas muy especializadas para pacientes en estado crítico. Sin embargo vemos que hay un común denominador en algunos problemas como las caídas de pacientes de la cama, en el sanitario y que puede ocasionar daños importantes al paciente, también considerar el daño al personal por esfuerzos incorrectos para movilizar al paciente, así que en algo tan básico como la cama es necesario saber las características técnicas de camas, como altura, barandales, sistemas de seguridad, facilidades para cubrir las necesidades del paciente y por supuesto la capacitación del personal y los programas de mantenimiento.

En las áreas de tratamiento quirúrgico, tanto el paciente tiene riesgos como el personal, por ejemplo podemos ejemplificar que son sitios donde hay gases anestésicos, que pueden ser cancerígenos si hay una continua exposición, por lo que debemos contar con sistemas de acondicionamiento ambiental adecuado para lograr la seguridad tanto del paciente evitando infecciones como del personal evitando daños por químicos; también son sitios con múltiples equipos médicos para el monitoreo y tratamiento del paciente que deberán estar en instalaciones seguras para garantizar que haya riesgos eléctricos y eventualmente daños al paciente.

El tratamiento con radiaciones ha tenido un avance muy importante en los últimos años con desarrollos tecnológicos que permiten tratar lesiones o tumores incipientes con gran exactitud y realizando una planeación tridimensional para no lesionar tejidos delicados o sanos. Todo esto gracias a controles de calidad, en las diferentes etapas del proceso.

Cuando hablamos de los riesgos en el equipo electro-médico, tenemos los riesgos eléctricos, sistemas de alta presión, sistemas ópticos y aquí vamos a ver un poco después los problemas de la esterilización y obviamente las instalaciones de gases medicinales y las instalaciones eléctricas.

En México contamos con las normas emitidas por la Secretaría de Salud o las normas internacionales, sin embargo con frecuencia las omisiones son debidas a problemas de interpretación.

Los equipos electromédicos no necesariamente son electrónicos, generalmente son electromecánicos en donde podemos ver que los problemas que pueden presentarse son problemas eléctricos y problemas mecánicos, radiaciones o biológicos.

En los últimos 30 años de lo que más se ha discutido es el riesgo eléctrico donde a pesar de contar con tecnología

moderna, tiene puntos de control para disminuir riesgos y sobre todo el factor humano, todavía vemos, desafortunadamente reportes de quemaduras, traumatismos, contaminación e infecciones adquiridas por los pacientes.

También se presenta situaciones donde inclusive las normas internacionales tienen discrepancias en cuanto a los límites de seguridad en corrientes eléctricas porque las consideraciones para fijar los límites dependen de la normatividad asociada a infraestructura hospitalaria, por ejemplo en Europa los niveles de las corrientes eléctricas para los pacientes eléctricamente susceptibles, pacientes de áreas críticas o de áreas quirúrgicas, se dice 100 microamperes, cuando la norma norteamericana dice 20 microamperes ¿Por qué? Porque en Europa es 5 veces más alto el límite de seguridad, la razón es que su infraestructura hospitalaria tiene estrictos controles, situación que desafortunadamente en nuestros países todavía no está estandarizado y por lo tanto no podemos garantizar.

Los sistemas de infusión son equipos que están prácticamente en todas las áreas hospitalarias y en áreas críticas, en muchas ocasiones nos encontramos que tenemos 5, 10 y hasta 20 sistemas de infusión con un paciente, estos sistemas electromecánicos deben estar sujetos a una verificación periódica, el personal debe estar perfectamente calificado para el manejo y cálculo de las dosis y que el resultado sea el correcto.

La esterilización de materiales hospitalarios es un factor generalizado para todo paciente hospitalizado, y la pregunta es ¿La esterilización de materiales es la seguridad del paciente o es el medio de transmisión de enfermedades?. Éste es un reto para los hospitales, disminuir las infecciones intra hospitalarias, la estancia prolongada, los altos costos, la saturación de los servicios de salud justamente porque las infecciones intrahospitalarias todavía no están controladas, tenemos diferentes sistemas de esterilización, pero no es suficiente tener el equipo, darle un mantenimiento programado con personal calificado, contar con protocolos de control de calidad para garantizar la esterilidad de los materiales e insumos, hay otros factores como el diseño de las Centrales de Esterilización, la preparación del personal para realizar cada sub-proceso correctamente y al final el uso correcto de las diversas técnicas de esterilización.

Cuando hablamos de la arquitectura hospitalaria, debemos tener en cuenta que debe ser un ambiente adecuado, cálido, seguro, los materiales tipo hospitalario, sistemas de apoyo como pasamanos, soportes en sanitarios y sistemas de intercomunicación en virtud de que son sitios de alto riesgo para caídas de paciente.

En los suministros eléctricos, los alimentadores de los hospitales, deberían reglamentarse para que cada hospital tenga una doble alimentación de la Compañía de Luz ¿Para qué? Para garantizar que jamás tengamos interrupciones en el fluido eléctrico, contar con plantas de emergencia para evitar que los hospitales se queden sin suministros y

simplemente no pueden atender al paciente, o que el paciente tenga conectado algún equipo de soporte vital que ponga en riesgo su vida. Otros aspectos que se siguen presentando es el desorden y la falta de cumplimiento de normatividad en tableros eléctricos y que eventualmente puede generar un riesgo de incendio, las instalaciones de gases medicinales que contribuyen a tener ambientes ricos en oxígeno, chispas abiertas y en conjunto el riesgo de explosión.

En lo que se refiere al acondicionamiento ambiental se debe hacer hincapié en que la normatividad se debe cumplir; sin embargo, poco se habla de este punto que es vital en los hospitales. el acondicionamiento ambiental tiene un incidencia directa en las infecciones de tipo hospitalario y requiere de un análisis con mayor profundidad.

Otro tema es la calidad de los suministros centrales como el vapor grado médico que se necesita para los procesos de esterilización, la garantía de que el vapor que va a entrar en contacto con los objetos a esterilizar sea de la calidad requerida porque si no de ahí se deriva justamente los riesgos de contaminación. Tomando en cuenta que ¿a qué paciente hospitalizado no se le hace por lo menos una curación o la colocación de un catéter?, prácticamente a todos y si esto se hace con material que no garantiza su esterilidad, evidentemente el paciente está en riesgo.

Las comunicaciones han avanzado tecnológicamente y se han incrementado considerablemente, pero también generan contaminación en el ambiente por señales eléctricas y magnéticas, contamos ahora con la telefonía convencional, la telefonía celular, los sistemas de voice, los sistemas de intercomunicación paciente-enfermera, etc. Los beneficios son múltiples pero también hay que saber sobre los riesgos. ¿Cuáles son los riesgos? Uno de ellos es la contaminación por incremento en el nivel de ruido en las unidades sobre todo en las áreas críticas, eso tiene una afectación tanto para el paciente como para el personal que labora en esas unidades, otro que no se considera frecuentemente es que los sistemas de telemetría, el monitoreo inalámbrico de los pacientes se ve afectado por señales de telefonía celular, utilizados por personal médico, paramédico, familiares y visitantes, por lo que es conveniente el uso racional de esta tecnología en unidades donde el paciente tiene un sistema de monitoreo que puede verse alterado en su funcionamiento y en la información del paciente.

El uso de materiales radiactivos que también se han incrementado en métodos diagnósticos que utilizan estos materiales y que deben manejarse por personal calificado que siga los procedimientos emitidos por organismos reguladores para evitar riesgos al paciente y al personal que está en contacto con ellos.

¿Cuáles son las recomendaciones? La selección del equipo es un punto importante, debe ser acorde a las necesidades del hospital, cumplir con la normatividad, ser respaldado

técnicamente por ingenieros con conocimientos para esa selección, la infraestructura hospitalaria debe ser analizada por grupos multidisciplinarios tanto para el diseño como para la infraestructura. ¿Quién es este grupo? Médicos, enfermeras, ingenieros biomédicos, arquitectos, ingenieros civiles, mecánicos, administradores, financieros, porque el hospital no se diseña nada más para una persona, se diseña para el paciente y para todo el equipo de salud.

Sobre los programas de mantenimiento deberá quedar perfectamente establecido que no es un gasto sino una inversión, para poder sacar el provecho a la tecnología pero también para darle seguridad al paciente.

La capacitación del personal tanto médico como paramédico deben implementarse programas de educación continua, una supervisión permanente y retroalimentación para la mejora continua.

Finalmente el reporte de los INCIDENTES, cuando se detecta un error lo que se debe hacer no es cubrirlo, lo que se debe hacer es analizarlo, identificar los puntos de falla y darlo a conocer, para que sirva como enseñanza y aprendizaje de lo que no debe suceder.

Es un gran acierto la apertura de la página de Internet de CONAMED para este fin, con formatos adecuados para el reporte de incidentes, que contenga la información esencial para el análisis y la difusión del evento y prevenir potenciales riesgos.

¿Cuál es el objetivo final? EL PACIENTE. Ofrecer servicios de calidad a través de profesionales de la medicina, dar un trato cálido, una atención médica segura, que los costos sean razonables y que verdaderamente las inversiones que se hacen en tecnología redunden en beneficio del paciente y también para que las instituciones de salud, estén en capacidad de ofrecer mejores servicios. Muchas gracias.

### Mensaje de clausura

Dr. Carlos Tena Tamayo

Gracias por concederme el uso de la palabra, lo que me permite efectuar una conclusión muy general. Ayer empezamos diciendo que errar es humano, y pareciera que tenemos que reconocer que no reconocerlo es doblemente humano. Considero que ahí está un mensaje, creo que todos o la mayoría de los ponentes hablaron de que no hay forma de estar reconociendo fácilmente los errores, seguramente que tiene que ver con nuestra condición de humanos. El otro concepto central que se estuvo manejando durante estos dos días es el error médico y creemos que después de haber escuchado en varias ponencias, que el error médico es un error multifactorial, entonces ya no podemos seguir hablando de error médico como un término generalizado,

porque finalmente, como nos lo platicó y planteó el doctor Lifshitz, en el error intervienen un sinnúmero de actores para que el daño al paciente ocurra. Entonces no podemos seguir hablando de error médico, el proponía que en lugar de hablar de iatrogenia, se hable de comiogenia o comio-génico, que se refiere al error producido por médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, personal de apoyo, farmacéuticos, productores de medicamentos, material de curación, administradores o políticos de la salud.

Entonces yo creo que este es otro mensaje que tenemos que entender y no sólo los profesionales de la salud, sino también cuando transmitimos este tipo de conceptos, pues seguramente si empezamos nosotros a dejar de hablar de error médico y le damos otra connotación, se entenderá que es todo un sistema el que está involucrado en los errores que ocurren durante los actos médicos. De tal manera que la conclusión considero, amén de las valiosas conclusiones que en lo individual cada uno de ustedes adicionan, es la importancia que tiene reconocer los errores, que estamos proponiendo que una vez reconocidos, los registremos para poder identificar de qué magnitud es el problema, para ello encontrarán apoyo en la página de la Secretaría de Salud y de la de CONAMED para registro de eventos adversos y errores del acto médico respectivamente, así como las de otras instituciones que cuentan con un sistema para registrar errores en el lugar de los hechos, como en cardiología; sin embargo, hay otras opciones para hacerlo confidencialmente.

Hay que aprender de los errores que se cometen y como dije si errar es humano, no reconocerlos y no prevenirlos es imperdonable. Tenemos ahí una gran área de oportunidad para hacerlo. Nuestra obligación como profesionales de la salud es eliminar errores, daños a pacientes que provienen de la negligencia e impericia médicas. Vimos también que hay otros factores que originan errores pero que vienen de la negligencia no sólo del médico sino de todos los involucrados en la atención del paciente, es algo que no debemos permitir ni tolerar, igual que la impericia. Se ha hablado aquí de la importancia de mejorar la calidad de las escuelas y facultades de medicina, estamos de acuerdo y trabajamos para dar nuestras opiniones a la Secretaria de Salud y a la AMFEM.

Una mejor organización, tener procedimientos, procesos, guías, estar pensando cómo tener una metodología que nos permita un orden en la atención de los pacientes y así evitar en lo posible el error es algo que me pareció muy importante se resaltara en el Simposio, estamos conscientes de ello y tal vez sea lo más difícil de conseguir, pero estoy convencido que con voluntad se puede lograr. Se puede lograr con cambios de actitud, tan simples como llamando al paciente por su nombre, ésta acción que nos consume dos segundos mejora la relación médico-paciente, y que no se justifica diciendo: "es que tenemos que ver muchos

pacientes y no da tiempo". No es posible que tengamos excusas para no hacer las cosas bien, sí podemos mejorar la calidad en atención médica. Ojalá que todo lo que se ha expresado aquí les sea de utilidad para la práctica cotidiana de su profesión y que sea naturalmente en beneficio de los pacientes.

Agradezco al Instituto Nacional de Rehabilitación por su hospitalidad, también a los patrocinadores que hicieron posible las presentaciones de los oradores extranjeros, la OPS de Chile, la de México y a los laboratorios Pisa. También agradezco el trabajo de mis compañeros de CONAMED para organizar este

evento, a Jorge Sánchez y la Dirección de Difusión e Investigación que ayudaron para lograr el éxito y todos los no directamente involucrados pero que nos apoyaron.

Gracias a ustedes por su disposición y tiempo en este Simposio sobre seguridad del paciente y evitar la comisión de errores. Ojalá que hayamos cumplido sus expectativas.

Ahora si son tan amables de acompañarme. Hoy 1º de Julio, siendo 15:30 hrs, declaro formalmente concluidos los trabajos de este Décimo Simposio de la CONAMED, "El Error Médico y la Seguridad del Paciente" que todo sea para el beneficio de los pacientes a quienes atendemos, muchas gracias.