

**SEGURIDAD DEL PACIENTE
AL ALCANCE DE TODOS**



Seguridad del paciente al alcance de todos

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Centro Médico Nacional, IMSS, UNAM. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C. del Colegio Americano de Cirujanos y de las Asociaciones Mexicana de Cirugía General, Mexicana de Cirugía Endoscópica y Mexicana de Gastroenterología. Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General y Gastroenterología. Diplomados en Docencia, UNAM, y Alta Dirección en Servicios de Salud, ITAM. Subcomisionado Médico CONAMED. Coordinador de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Seguridad del paciente al alcance de todos

Todos los derechos reservados por:
© 2013 Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Av. Cuauhtémoc 330, 3er. Piso, Bloque B,
Unidad de Congresos, CMN “Siglo XXI”
e-mail: amec@amc.org.mx
www.amc.org.mx

ISBN 978-607-8337-10-1

Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51-A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editafil.com
www.editafil.com

ISBN 978-607-8283-49-1

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Revisión editorial:
Irene Paiz, Berenice Flores

Ilustración:
Alejandro Rentería

Diseño de portada:
Arturo Delgado

Impreso por:
Impresiones Editoriales FT, S. A. de C. V.
Calle 31 de julio de 1859 Manz. 102 Lote 1090, Col. Leyes de Reforma
09310 México, D. F.
Septiembre de 2013

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

COMITÉ EDITORIAL

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Dr. Javier Dávila Torres

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Fundación IMSS, A. C.

Dr. Alejandro Valenzuela del Río
Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Editores

Acad. Dr. Felipe Cruz Vega
Acad. Dr. Germán Fajardo Dolci
Acad. Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper

Mensaje de los editores

José Antonio González Anaya

Director General del IMSS

Javier Dávila Torres

Director de Prestaciones Médicas del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace el 19 de enero de 1943 cubriendo cuatro ramos: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedad general y maternidad; invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.

El primer director del IMSS, Ignacio García Téllez (1944–1946) afirmó: “El Seguro Social tiende a liquidar un injusto privilegio de bienestar brindando igualdad de oportunidades de defensa biológica y económica a las mayorías necesitadas”. Desde entonces podemos constatar el sentido humanitario y social que ha representado en el país.

A lo largo de sus 70 años se ha convertido en la institución de seguridad social más grande de América Latina y en pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. En su inicio enfocó todos sus esfuerzos a propiciar bienestar a la clase trabajadora mexicana y, a partir de 1979, el Gobierno de la República le encomendó la importante misión de ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS–Coplamar, actualmente IMSS–Oportunidades, el cual contribuye a garantizar el acceso a servicios de salud a mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación.

Desde su creación el Instituto ha adquirido creciente prestigio nacional e internacional en los ámbitos médico, científico y educativo. Todos los días decenas de miles de pacientes, así como publicaciones y personal de salud en formación académica, dan testimonio de la calidad y la eficiencia de los servicios.

Hoy en día es una institución ejemplar construida gracias al esfuerzo continuo de varias generaciones de profesionales que, con su dedicación diaria, hacen posible el cuidado de la salud de millones de derechohabientes; además de formar el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina, cuenta con la revista médica de mayor impacto en salud de la región, y es una de las instituciones con mayor producción científica en México.

La colección de libros “Medicina de Excelencia”, integrada por 28 textos que abordan relevantes temas de salud, es un reconocimiento al esfuerzo, la labor humana y el profesionalismo que caracterizan al personal del Instituto. A través de estos libros quedan plasmados la experiencia y el conjunto de conocimientos atesorados durante siete décadas por nuestros médicos y enfermeras, buscando siempre la vanguardia en el saber.

Dentro de estos textos se incluyen temas de trascendencia por su impacto en la salud, así como en lo económico y lo social; tal es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que sobresalen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los padecimientos oncológicos. También se abordan la salud de la mujer y de manera específica la muerte materna; los grandes retos de la salud infantil, incluyendo la obesidad y la desnutrición, al igual que la salud del adulto mayor, problema creciente en los últimos años.

Otros temas a los que los médicos se enfrentan día con día son las consultas de urgencias, traumatología, ortopedia y cirugía, así como los retos en el diagnóstico y el tratamiento con el uso de nuevas tecnologías; tal es el caso del ultrasonido endoscópico, diversas modalidades de ventilación mecánica y el soporte nutricional del enfermo grave.

La salud pública, la investigación y la educación en salud, al igual que la calidad en la atención médica, son disciplinas que tienen repercusión en la salud de los derechohabientes, por lo que se hace un estudio de ellas.

La presencia de la mujer en el ejercicio de la medicina y la enfermería ha sido notable y en la actualidad toma especial importancia, ya que su participación ha incrementado en estos 70 años y es meritoria de reconocimiento.

Finalmente, y de gran trascendencia, tenemos al primer nivel de la atención médica como un pilar fundamental de la salud, resaltando así el peso que la medicina de familia tiene sobre la prevención y la atención oportuna de los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia, tomando en consideración los contextos biológico, social y psicológico. Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual está presente en esta obra.

Esperamos que esta valiosa colección académica coadyuve en la atención médica de calidad que suelen prestar los profesionales de la salud, reflejando en toda la extensión de la palabra el alto valor académico emanado del IMSS en beneficio de sus derechohabientes.

Colección “Medicina de Excelencia”

*Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.*

Este año 2013 es muy especial y significativo para la medicina mexicana debido a que se conmemoran los aniversarios de la fundación de dos insignes instituciones de gran trascendencia en función de su visión, misión y objetivos: la Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social, que cumplen su octogésimo y septuagésimo aniversario, respectivamente, instituciones cuyo compromiso ha sido desde siempre con el progreso y el desarrollo de México, lo que ha permitido fortalecer la calidad y la seguridad de la medicina y, al mismo tiempo, encauzar la contribución de los profesionales de la salud al bienestar social del país.

La Academia Mexicana de Cirugía fue fundada en 1933 por un grupo de mexicanos ilustres encabezados por los Doctores Gonzalo Castañeda Escobar y Manuel Manzanilla Batista. Desde su fundación esta corporación ha mantenido ininterrumpidos sus propósitos y actividades como un foro abierto a todas las especialidades y temas médicos. Durante sus 80 años como órgano consultivo del Gobierno Federal y asesora del Consejo de Salubridad General, además del trabajo conjunto con otras instituciones, la Academia Mexicana de Cirugía ha tenido un papel decisivo en el diseño, la implementación y la evaluación de programas enfocados a alcanzar las metas nacionales de salud de los mexicanos, sobre todo en estos momentos que nuestro país está viviendo los problemas asociados a la transición epidemiológica, como son la obesidad, la diabetes, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico, el trauma y el cáncer, entidades que generan la mayor morbimortalidad en nuestro país.

La Academia Mexicana de Cirugía y el Instituto Mexicano del Seguro Social decidieron celebrar sus aniversarios en conjunto a través de un magno evento conmemorativo, el congreso “Medicina de Excelencia”, en el que se logró la participación de destacadas personalidades médicas nacionales e internacionales, quienes abordaron los temas de salud más relevantes para nuestro país. Esta magna celebración quedará grabada en la historia de la medicina mexicana por su significado y trascendencia, por lo que es menester dejar un testimonio bibliográfico en el que se conjunten el conocimiento médico referente a los problemas prioritarios de salud, sus soluciones y la perspectiva en relación a diferentes propuestas de atención y escenarios específicos, por lo que dentro de estos festejos se desarrolló un gran proyecto editorial que pone al alcance de la comunidad médica un tesoro bibliográfico que fortalecerá sus conocimientos y, por ende, la calidad y la seguridad de atención, y será la herencia para que futuras generaciones se enteren de los adelantos y esfuerzos del gremio médico de principios del siglo XXI.

Por este motivo se publica la presente serie conmemorativa, colección de 28 libros denominada “Medicina de Excelencia”, colección resultado del esfuerzo de médicos e instituciones convencidos de la fuerza y la importancia de la palabra escrita en la divulgación del conocimiento médico–científico.

En la colección “Medicina de Excelencia” se incluyen títulos que abordan los aspectos torales de la medicina contemporánea desde la perspectiva de la enfermedad: diabetes mellitus, cáncer, nutrición en el enfermo grave, trauma y lesiones por violencia extrema, muerte materna, enfermedades cardiovasculares, envejecimiento saludable y obesidad; así también, desde la perspectiva de los temas por especialidad, como son pediatría, ortopedia, cardiología y endoscopia digestiva, hasta propuestas de actualidad en lo que toca a salud pública, medicina familiar, enfermería, educación e investigación en salud y seguridad del paciente, además de la publicación del Consenso Mexicano de Cáncer Mamario y el papel de la mujer en el ejercicio de la medicina.

Cada uno de los libros que integran la colección “Medicina de Excelencia” es el resultado de la coordinación de distinguidos médicos mexicanos, líderes indiscutibles en cada una de sus áreas, y de la participación de expertos que escribieron con gran calidad y acierto cada uno de los capítulos que integran esta excelente colección que ponemos a su consideración.

Colaboradores

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Gastroenterólogo Endoscopista, Hospital General de México. Presidente del Consejo Mexicano de Gastroenterología y de Endoscopia Digestiva. Exdirector General Adjunto Médico del Hospital General de México. Maestro en Alta Dirección. Postulante al Doctorado en Alta Dirección, CPEM.

Capítulo 12

Acad. Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas

Exdirector del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, IMSS. Coordinador de Unidades Médicas. Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Secretario General del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

Capítulo 30

Acad. Dr. Humberto Arenas Márquez

Líder de la Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal Sanvite. Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General. Miembro Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

Capítulo 28

Dra. Adriana Ayala García

Médico pasante del servicio social, Facultad de Medicina, UNAM.

Capítulo 22

Dra. Enriqueta Barido Murguía

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Cirujana del Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, CMN “Siglo XXI”, IMSS. Investigadora en la Unidad de Investigación en Epidemiología Hospitalaria. Coordinación de Investigación, IMSS.

Capítulo 13

Dr. José Rafael Castillo Arriaga

Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México. Administración de Servicios de Salud por el Instituto Politécnico Nacional. Catedrático de la Universidad Nacional Autónoma de México. Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Capítulo 9

MBA María Antonieta Cavazos Siller

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestría en Dirección de Empresas. Exdirectora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana. Miembro de la Comisión Permanente de Enfermería. Miembro de la Federación de Facultades y Escuelas de Enfermería Región Sureste. Miembro de la Asociación de Escuelas de Enfermería de América Latina.

Capítulo 27

Dra. Lilia Cote Estrada

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Centro Médico “La Raza”, IMSS. Maestría en Instituciones de Salud, Universidad “La Salle”. Especialidad en Derecho Administrativo, UNAM. Diplomados en Alta Dirección en el Instituto Tecnológico de Monterrey, Gerencia Hospitalaria en el Centro Interamericano de Seguridad Social, Políticas Públicas en Salud y Seguridad Social en el Instituto de Administración Pública. Auditor Líder ISO 9000:2001. Asesor Unidad de Atención Médica. Asesor Médico, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Capítulos 3, 4, 8, 14

Acad. Dr. Felipe Cruz Vega

Maestría en Medicina de Desastres por el Centro Europeo de Medicina de Desastres, avalado por la Organización Mundial de la Salud, Universidad de Bruselas, Bélgica, y la Universidad de Novara, Italia. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud y Líder del proyecto “Hospital Seguro” por México ante ese Organismo. Miembro del Cuerpo Directivo de la Asociación Mundial de Medicina de Emergencia y Desastres (*World Association for Disaster and Emergency Medicine*) y del Comité Editorial de su publicación periódica especializada. Fundador y Presidente de la Asociación Panamericana de Medicina de

Emergencias y Desastres afiliada a WADEM. Miembro de la Academia Nacional de Protección Civil.

Capítulo 15

Dr. Javier Dávila Torres

Cirujano Maxilofacial, UAM. Director de Prestaciones Médicas del IMSS. Coordinador de Políticas de Salud. Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud. Secretario Particular del Secretario de Salud. Miembro del Consejo Mexicano de la Especialidad. Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Maxilofacial.

Capítulo 8

Lic. Elvia Guadalupe de la Rosa Martínez

Licenciatura en Enfermería. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional. Octavo trimestre de la Maestría en Administración de Hospitales. Instituto de Estudios Superiores de Administración Pública. Secretaría de Salud del D. F. Supervisora de Enfermería de Nivel Central.

Capítulo 10

Dra. Alethse de la Torre Rosas

Investigadora, Subdirección de Epidemiología Hospitalaria y Control de la Calidad. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Capítulo 13

Dra. Magdalena Delgado Bernal

Médica cirujana y partera, Escuela Superior de Medicina, IPN. Especialista en Salud Pública, Universidad Autónoma del Estado de México. Maestría en Administración de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Maestría en Administración de Organizaciones, Paraná, Brasil. Directora de Seguridad del Paciente, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud Federal.

Capítulo 7

Dra. Sandra Elizondo Argueta

Especialista en Medicina Interna. Subespecialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico. Exteniente de Navío, Servicio de Sanidad Naval, Secretaría de Marina Armada de México. Jefe de Área Médica de la División de Proyectos Especiales en Salud, IMSS.

Capítulo 15

Mtra. Edith Espinoza Dorantes

Maestría en Administración de Instituciones de Salud, Universidad “La Salle”. Maestría en Administración y Dirección del Factor Humano, Universidad del Valle de México, Plantel “San Rafael”. Sexto Cuatrimestre del Doctorado en Alta

Dirección, Centro de Postgrados del Estado de México. Secretaría de Salud del D. F., Coordinadora Operativa en Enfermería.

Capítulo 10

Mtra. Rosa María Galindo Suárez

Economista, Instituto Autónomo de México. Maestra en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Posgrado en Farmacoeconomía, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España. Exasesora del Comité Científico de COFEPRIS. Directora General Adjunta de Priorización del Consejo de Salubridad General y Secretaria General del Capítulo Mexicano de ISPOR.

Capítulo 5

Lic. Ángel Fernando Galván García

Director General adjunto de Articulación, Consejo de Seguridad General.

Capítulo 6

Dr. Ricardo García Cruz

Egresado de la Facultad de Medicina, UNAM. Especialidad en Cirugía General en el Hospital General de México, SSA. Subespecialidad en Cirugía de Trauma. Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Toracoabdominal en la UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, IMSS. Jefe de Departamento Clínico en la UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes” IMSS. Jefe de la División de Calidad en la UMAE Hospital de Cardiología CMN “Siglo XXI”. Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública en el IESAP.

Capítulos 3, 4, 8, 14

Dr. Juan García Moreno

Médico Cirujano egresado de la UNAM. Especialidad en Medicina Familiar por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y en Sexología. Jefaturas de Área de Salud Reproductiva y Capacitación en el IMSS y en la Unidad del Proyectos Especiales de Investigación en la UNAM. Director Técnico del Consejo de Salubridad General y Junta Ejecutiva.

Capítulo 5

Dr. Oliver García Trujillo

Médico Cirujano por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública por el Instituto de Estudios Superiores de Administración Pública. Jefe de Servicios de Programación Médica en la Dirección Médica, ISSSTE.

Capítulo 9

Dr. Enrique Graue Wiechers

Médico cirujano especialista en oftalmología, Facultad de Medicina, UNAM. Director de la Facultad de Medicina, UNAM. Presidente del Patronato Funda-

ción Conde de Valenciana. Vocal del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales, órgano consultivo de la Presidencia de la República. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina de México. Profesor titular de a Facultad de Medicina, UNAM. Tutor acreditado del programa de la maestría y doctorado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.
Capítulo 23

Dra. Sara Gutiérrez Dorantes

Asesor para la Unidad de Atención Médica de la Dirección de Prestaciones Médicas. Capacitación y formación de auditores internos a nivel nacional. Jefe de Área en la División de Mejora Continua, en la Unidad de Organización y Calidad, IMSS. Subdirectora del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Auditor Líder del proceso de Certificación.

Capítulos 3, 4, 8, 14

Lic. Irma Patricia Hernández Olivas

Licenciada en Ciencias de la Comunicación y Periodismo. Diplomado en Desarrollo de Aplicaciones Mediante Computadoras. Curso de Lectura y Literatura Inglesa en Cambridge, Inglaterra. Coordinadora de Técnica del Programa Hospital Seguro frente a Desastres.

Capítulo 15

Dr. Esteban Hernández San Román

Director de Equipamiento del Centro para el Desarrollo de la Infraestructura en Salud de la Secretaría de Salud. Jefe del Área de Planeación del Equipamiento de la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Director General de la empresa de consultoría “Proyectos y Equipamiento en Salud”. Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud y Secretario Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.

Capítulo 18

Acad. Dr. Francisco Hernández Torres

Médico Cirujano Sanitarista. Doctor en Ciencias de la Salud. Diplomado en Alta Dirección de la UP. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Director de Investigación de la CONAMED.

Capítulos 1, 2, 21

Lic. Patricia León Guerrero

Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma del Noreste. Gestora de Calidad en el Hospital General de Gómez Palacio, Durango. Evaluadora del Programa Hospital Seguro. Responsable de la línea de acción Cultura de Seguridad del Paciente.

Capítulo 21

Acad. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Médico Cirujano, UNAM. Especialidad en Medicina Interna, IMSS UNAM. Miembro de la Asociación Mexicana de Medicina Interna, de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Academia Nacional de Educación Médica. Secretario de Enseñanza Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

Capítulo 6

Dra. Hilda Guadalupe Márquez Villarreal

Médica cirujana y partera, Universidad de Guadalajara. Maestra en Salud Pública con concentración en Administración de Servicios de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Auditora del proceso de Acreditación de Establecimientos de Atención Médica. Subdirectora de Investigación y Enseñanza de Seguridad del Paciente.

Capítulo 7

Dr. Israel Martínez Franco

Médico cirujano, UNAM. Especialista y maestro en Gestión de Sistemas de Salud, Facultad de Contaduría y Administración, UNAM. Diplomado en Gerontogeriatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Diplomado en informática Biomédica, American Medical Informatics Association y Oregon Health & Science University. Premio Nacional en Educación Médica 2005 “Alfonso Robinson Bours”, Fundación Mexicana para la Salud. Jefe del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, UNAM.

Capítulo 23

Dr. José Meljem Moctezuma

Médico Cirujano, UNAM. Comisionado Nacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Miembro del Patronato Universitario UNAM.

Capítulo 20

Dr. Luis Miguel Méndez Sánchez

Especialista en Medicina Interna. Coordinador de Educación en Salud de la Delegación Estatal Aguascalientes. Profesor Investigador de asignatura, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Jefe del Área Médica de la División de Proyectos Especiales en Salud.

Capítulo 15

Dr. Enrique Mendoza Carrera

Licenciatura en Bioquímica. Maestría en Filosofía y Doctorado en Filosofía. Miembro Numerario de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, A. C., y de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía.

Capítulo 31

Acad. Dr. Mucio Moreno Portillo

Médico Cirujano, Universidad Autónoma de Guanajuato. Cirujano General. Maestría en Dirección de Empresas MEDEX e IPADE. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. Director General del Hospital “Manuel Gea González”, Secretaría de Salud.

Capítulo 11

Mtra. Carolina Ortega Vargas

Miembro Titular en Enfermería. Sociedad Mexicana de Cardiología. Socio del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Miembro del Comité Evaluador para la Certificación de Enfermería. Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería. Socio, Sociedad Interamericana de Cardiología. Editor de la *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, órgano oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología. Miembro Honorario de la Sociedad Mexicana de Cardiología.

Capítulo 19

Lic. Daniela Ortiz de la Peña Tena

Licenciada en Enfermería. Coordinadora Académica de la carrera de Enfermería de la Universidad Panamericana. Fundación Mexicana del Riñón, A. C.

Capítulo 27

Acad. Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Cirujano General, IMSS UNAM. Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General. Academia Mexicana de Cirugía. Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, del Capítulo México del Colegio Americano Cirujanos y del Consejo Mexicano de Cirugía General. Profesor Coordinado Residencia de Cirugía General Posgrado, Universidad “La Salle”. Subcomisionado Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Capítulos 16, 20

Acad. Dra. María Eugenia Ponce de León Castañeda

Médica Cirujana. Maestra en Enseñanza Superior. Profesora Titular “B” de tiempo completo en el área de Educación Médica. Miembro Numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Profesor de Carrera Tiempo Completo Definitivo de la UNAM. Departamento de Salud Pública, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Capítulo 22

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Médico Cirujano, UNAM. Especialista en Medicina Interna e Infectología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Director General de Birmex. Investigador Nacional nivel 3.

Capítulo 13

Dra. Laura Ramírez Preciado

Directora de Integración y Desarrollo Institucional, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Especialidad en Salud Pública, Universidad Autónoma del Estado de México. Médico Cirujano por la UNAM.

Capítulo 11

Mtra. Verónica Ramos Terrazas

Licenciada en Relaciones Comerciales por el Instituto Tecnológico de Chihuahua. Maestra en Responsabilidad Social por la Universidad Anáhuac. Dedicada a la Educación del profesional de la salud en programas de especialización. Fundadora Vicepresidenta Operativa de la Fundación Academia Aesculap México, A. C. Miembro invitado de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía desde 2005.

Capítulo 26

Act. Félix Real Tovar

Actuaría, Universidad Nacional Autónoma de México. Colaborador con la Organización Panamericana de la Salud en el proyecto AMBEAS. Analista Estadístico en la Dirección de Seguridad del Paciente.

Capítulo 21

Acad. Dr. Javier Rodríguez Suárez

Médico Cirujano, UNAM. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Academia Nacional de Medicina. Director General de Investigación y Difusión de la CONAMED.

Capítulo 17

Dr. Román Rosales Avilés

Médico egresado de la UNAM. Especialista en Medicina Interna, IMSS UNAM. Ex Coordinador Nacional del Programa Institucional de Trasplantes del IMSS. Director General de Servicios Médicos de Urgencias de la Secretaría de Salud del D. F.

Capítulo 10

Acad. Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez

Médico Cirujano de la Escuela Médico Militar. Especialista en Medicina de la Rehabilitación. Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Secretario del Consejo de Salubridad General.

Capítulo 5

Dr. José Antonio Sergio Ruy-Díaz Reynoso

Cirujano General. Maestría en Nutrición Clínica. Director de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac. Cirujano General en el Hospital Ángeles de las Lomas.

Capítulo 29

Dr. Juan Luis Saavedra Gómez

Especialista en Medicina Interna. Médico especialista en Salud en el Trabajo. Codesarrollador y Coordinador del Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres. Coordinador en Programas Médicos del IMSS.

Capítulo 15

Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez

Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Maestría en Salud Pública. Candidato a Doctor en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Secretario de Planeación y Evaluación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Capítulo 24

Dr. Melchor Sánchez Mendiola

Graduado de la Escuela Médico Militar. Pediatra Especialista en Medicina Crítica Pediátrica. Posgrado en el Hospital General de Massachusetts. Maestría en Educación en Profesiones de la Salud, Colegio de Medicina, Universidad de Illinois. Profesor de Carrera Tiempo Completo Definitivo, División de Estudios de Posgrado, y Secretario de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

Capítulo 23

Acad. Dr. Javier Santacruz Varela

Médico Cirujano, UNAM. Médico especialista en Medicina Familiar, IMSS UNAM. Ocupó cargos Directivos en Enseñanza e Investigación IMSS. Calidad y Seguridad del Paciente en la OPS y como Director Adjunto en Calidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

Capítulos 1, 2, 7, 21

Dr. Rafael Santana Mondragón

Médico Cirujano, Escuela Médico Militar. Residencia de Medicina Interna, Hospital Central Militar. Maestría en Ciencias con especialidad en Inmunología en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN. Director General Adjunto de Articulación del Consejo de Salubridad General.

Capítulo 5

Dr. David Valdez Méndez

Médico Cirujano, UNAM. Cirujano General, Hospital General “Manuel Gea González”, Secretaría de Salud. Maestría en Alta Dirección, Medex, IPADE. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General y del Colegio de Posgraduados en Cirugía General. Miembro de la Federación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica.

Capítulo 25

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestra en Educación. Candidata a Doctora en Administración Pública. Coordinadora de Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Punto focal de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, OMS/OPS.

Capítulo 24

Mtra. María Dolores Zarza Arizmendi

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Maestría en Comunicación y Tecnología Educativa. Candidata a Doctor en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Capítulo 24

Contenido

SECCIÓN I. ANTECEDENTES

- | | |
|---|-----------|
| 1. Calidad de la atención a la salud. Marco conceptual | 3 |
| <i>Francisco Hernández Torres, Javier Santacruz Varela</i> | |
| 2. Marco general de la seguridad del paciente | 21 |
| <i>Javier Santacruz Varela, Francisco Hernández Torres</i> | |
| 3. Marco legal de la práctica médica y la seguridad del
paciente | 45 |
| <i>Lilia Cote Estrada, Ricardo García Cruz,
Sara Gutiérrez Dorantes</i> | |
| 4. Errores en la práctica médica | 63 |
| <i>Ricardo García Cruz, Sara Gutiérrez Dorantes,
Lilia Cote Estrada</i> | |

SECCIÓN II. ESTADO ACTUAL

- | | |
|--|-----------|
| 5. El Consejo de Salubridad General ante la calidad de la
atención médica y la seguridad del paciente | 89 |
| <i>Leobardo C. Ruiz Pérez, Juan García Moreno,
Rafael Santana Mondragón, Rosa María Galindo Suárez</i> | |
| 6. Proceso de certificación de establecimientos de atención
médica | 97 |
| <i>Alberto Lifshitz Guinzberg, Ángel Fernando Galván García</i> | |

7. Programa Nacional de Seguridad del Paciente, Secretaría de Salud	101
<i>Javier Santacruz Varela, Hilda Guadalupe Márquez Villarreal, Magdalena Delgado Bernal</i>	
8. Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS	133
<i>Javier Dávila Torres, Lilia Cote Estrada, Sara Gutiérrez Dorantes, Ricardo García Cruz</i>	
9. El ISSSTE dentro de los programas de seguridad del paciente en México	165
<i>José Rafael Castillo Arriaga, Oliver García Trujillo</i>	
10. Programas de seguridad del paciente, Secretaría de Salud. Calidad de los servicios de enfermería a través de procesos estandarizados	171
<i>Román Rosales Avilés, Edith Espinoza Dorantes, Elvia Guadalupe de la Rosa Martínez</i>	
11. Programas de seguridad del paciente en México. Experiencia en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”	189
<i>Mucio Moreno Portillo, Laura Ramírez Preciado</i>	
12. Programas de calidad en la Secretaría de Salud. Hospital General de México	209
<i>Juan Miguel Abdo Francis</i>	
13. Importancia de las infecciones nosocomiales en la seguridad del paciente y cómo prevenirlas	217
<i>Enriqueta Barido Murguía, Alethse de la Torre Rosas, Samuel Ponce de León Rosales</i>	
14. Sistema de medicación, un área de oportunidad poco explorada	243
<i>Sara Gutiérrez Dorantes, Lilia Cote Estrada, Ricardo García Cruz</i>	
15. Hospital seguro	267
<i>Felipe Cruz Vega, Sandra Elizondo Argueta, Irma Patricia Hernández Olivas, Luis Miguel Méndez Sánchez, Juan Luis Saavedra Gómez</i>	
16. La seguridad del paciente al alcance de todos. Principales líneas de acción en seguridad del paciente	283
<i>Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez</i>	

17. Sistemas de registro y reporte de incidentes en seguridad del paciente	311
<i>Javier Rodríguez Suárez</i>	
18. Medicina basada en evidencias y seguridad del paciente ...	329
<i>Esteban Hernández San Román</i>	
19. Herramientas de calidad	343
<i>Carolina Ortega Vargas</i>	
20. La queja médica, factor que contribuye a la seguridad del paciente	361
<i>José Meljem Moctezuma, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez</i>	

SECCIÓN III. PROSPECTIVA

21. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos	375
<i>Javier Santacruz Varela, Francisco Hernández Torres, Patricia León Guerrero, Félix Real Tovar</i>	
22. Competencias del profesional de salud y cambios curriculares para el logro de la cultura de seguridad del paciente	411
<i>María Eugenia Ponce de León Castañeda, Adriana Ayala García</i>	
23. Propuestas educativas para los profesionales de la salud en formación. Participación de las escuelas y facultades de medicina	421
<i>Israel Martínez Franco, Melchor Sánchez Mendiola, Enrique Graue Wiechers</i>	
24. El papel de las escuelas de enfermería en la seguridad del paciente	437
<i>María Dolores Zarza Arizmendi, Rosa Amarilis Zárate Grajales, Rey Arturo Salcedo Álvarez</i>	
25. Participación de las organizaciones médicas en la seguridad del paciente	449
<i>David Valdez Méndez</i>	
26. El papel de las organizaciones de la sociedad civil en la seguridad del paciente	457
<i>Verónica Ramos Terrazas</i>	
27. La participación de los pacientes y de sus familiares en la atención segura	481
<i>María Antonieta Cavazos Siller, Daniela Ortiz de la Peña Tena</i>	

28. El futuro de la seguridad del paciente y la calidad en la atención médica	495
<i>Humberto Arenas Márquez</i>	
29. Las tecnologías de la información y la comunicación y la seguridad del paciente, su influencia	515
<i>José Antonio Sergio Ruy-Díaz Reynoso</i>	
30. Referencia del marco ético y legal de la medicina	531
<i>Héctor Gerardo Aguirre Gas</i>	
31. Bioética y seguridad del paciente. Los derechos humanos del bienestar	553
<i>Enrique Mendoza Carrera</i>	
32. Glosario	601

Sección I

Antecedentes

Calidad de la atención a la salud. Marco conceptual

Francisco Hernández Torres, Javier Santacruz Varela

CONCEPTOS Y EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD

Uno de los objetivos permanentes y más relevantes de los sistemas de salud en el mundo es el de lograr la calidad de los servicios que ofrecen a la población, de modo que para saber si tal objetivo se ha conseguido es necesario definir la calidad para tener un referente o parámetro contra el cual se puedan comparar los resultados de evaluaciones y mediciones.

Existe una gama de definiciones de calidad que han surgido en diferentes momentos como parte inherente a su evolución conceptual, de manera que un principio razonable implica partir del supuesto de que no existe un concepto único o unívoco de la calidad, sino diferentes concepciones que pueden ayudar a caracterizar y definir los atributos que se deben exigir a un producto o servicio para que se le pueda colgar la etiqueta de “calidad”.

La calidad surgió como una necesidad del sector industrial para que las organizaciones pudieran competir exitosamente en el mercado de productos. Aquellas organizaciones o empresas que no cuidaron la calidad de sus productos y, sobre todo, que no realizaron las innovaciones que una sociedad mejor informada les demandaba, desaparecieron o enfrentaron serios problemas para sobrevivir.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra calidad significa “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.¹

Esta sencilla definición tiene dos características que la tornan compleja; una de ellas es la subjetividad y la otra es la relatividad.

La calidad es subjetiva debido a que su valoración depende del juicio de la persona que evalúa. Pero la subjetividad es menor en la medida que el evaluador utiliza un parámetro de referencia o un estándar que acota su juicio y lo torna menos subjetivo. Por otra parte, la definición es relativa debido a que el dictamen de calidad siempre se sustenta en una evaluación comparativa: un bien o un servicio tiene más o menos calidad, en comparación con otro similar.

Entre las definiciones más populares se encuentra la que propone Joseph Juran, un ingeniero de origen rumano emigrado a los Estados Unidos, quien incorporó las gráficas de control y el control estadístico, así como el denominado Principio de Pareto como parte de la gestión. Juran define a la calidad como aquello que tiene una adecuación al uso, criterio que lleva implícito el sentido utilitario que dicho autor le da a la calidad, ya que el fundamento en el que sustenta su definición es que, si un producto o servicio no es adecuado para su uso en las circunstancias que el usuario requiere o demanda, ese producto carecerá de calidad.²

Por su parte, Philip Crosby, médico pediatra estadounidense que muy pronto abandonó la profesión para dedicarse a la actividad empresarial, se fijó como meta el concepto Cero defectos y definió la calidad como aquello que tiene “conformidad con las especificaciones”, lo que significa que si un producto o servicio no cumple con las especificaciones definidas durante su diseño, simplemente carecerá de calidad y no debe salir al mercado o debe ser retirado por ser un producto no conforme con las especificaciones.

Otro de los autores clásicos de la calidad, Edward Deming, un destacado físico matemático estadounidense promotor de los métodos estadísticos aplicados a la calidad, definió que existe calidad cuando un producto es capaz de “atender y/o exceder las expectativas del cliente”. Es evidente que el enfoque de calidad de Deming se centra en el cliente, además de enfatizar que para lograr la calidad es necesario fortalecer el trabajo en equipo y las alianzas con los proveedores. Cabe señalar que satisfacer las expectativas del cliente no es una tarea sencilla, debido a que cada cliente es diferente y así lo son sus expectativas. En términos generales se asume que las expectativas de los usuarios dependen de las siguientes cinco variables:

- a.** Su nivel socioeconómico
- b.** Sus necesidades
- c.** Sus paradigmas
- d.** Sus experiencias previas
- e.** Sus valores, principios y normas

Uno de los investigadores más connotados en el ámbito de la calidad, Genichi Taguchi, ingeniero japonés considerado el padre de la mejora continua de la calidad, señala que la calidad “está representada por el beneficio que un producto o servicio causa a una sociedad”, un pensamiento que va más allá de la satisfacción

del cliente y que tiene una clara orientación sociológica. En su denominada Función de pérdida, Taguchi señala que en la medida que un producto se desvía del parámetro establecido en su diseño, pierde calidad y ello a la vez ocasiona una pérdida para la sociedad.³

Otra de las definiciones de calidad es la que propone la Organización Internacional para la Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés), creada en 1947 e impulsora de las Normas de Certificación Internacional denominadas Normas ISO. Dicha organización señala que la calidad es el “grado en que un número de características inherentes al producto o servicio cumplen con los requisitos exigidos por la norma”.

Esta definición es congruente con los propósitos operacionales de la ISO, ya que si una organización no demuestra que sus productos cumplen con lo normado, no es certificada.

Como se puede ver, resulta prácticamente imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención a la salud porque no existe un criterio único o atributo que permita valorarla de manera integral, por lo que para definirla conviene utilizar varios de los conceptos ya citados.

Tomando en cuenta las definiciones mencionadas y desde un punto de vista práctico, un producto es de calidad cuando reúne los siguientes atributos:

- a. Es adecuado para el uso para el que fue diseñado.
- b. Está de acuerdo o conforme con las especificaciones de su diseño.
- c. Atiende a las expectativas del cliente.
- d. Causa un beneficio a quien lo utiliza y a la sociedad.
- e. Cumple con ciertas normas o requisitos.

Estos mismos atributos debieran ser un requisito para determinar la calidad de los servicios.

Haciendo un resumen de lo anterior, podemos decir que ante la pregunta ¿Qué es la calidad?, las siguientes aseveraciones, no excluyentes entre sí, pueden ayudar a dar una respuesta:

1. Conformidad con las especificaciones y con cero defectos (Philip Crosby).
2. Satisfacer las necesidades y superar las expectativas del consumidor a lo largo de la vida del producto (W. E. Deming).
3. Hacer lo correcto, en la forma correcta y de inmediato (W. E. Deming).
4. Adecuación al uso a través de la planeación, el control y la mejora (J. M. Juran).
5. Diseñar, manufacturar y mantener productos económicos, útiles y siempre satisfactorios para el consumidor (K. Ishikawa).
6. Brindar un beneficio a la sociedad a través de un producto (Genichi Taguchi).
7. Cumplir con los requisitos exigidos por una norma (Normas ISO).

Como ya ha sido brevemente explicado, el marco conceptual para definir la calidad de los productos cuenta con una amplia literatura. Sin embargo, la peculiaridad que tienen los servicios requiere que se incorporen nuevos referentes para formular una definición operativa que ayude a definir las acciones que hay que realizar para conseguir y evaluar su calidad, especialmente si se trata de la calidad de los servicios de salud.

En el campo sanitario, uno de los profesionales que más ha contribuido a definir la calidad de los servicios de salud es Avedis Donabedian, quien define la calidad asistencial como: “La obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”. Esta definición sin duda cumple con dos postulados de la ética en la práctica médica, que son el de beneficencia y el de no maleficencia. Pero, además, dicha definición deja ver con claridad que la calidad no se logra haciendo más cosas o ejerciendo un gasto extraordinario. Pero el pensamiento de Donabedian no sólo se enfoca a los fundamentos técnicos de la calidad, por el contrario, él hace énfasis en que la calidad es una forma de expresar el amor a la persona, al conocimiento y a Dios. Textualmente, uno de sus pensamientos señala: “...y se preguntarán, ¿cuál es el secreto de la calidad? Muy sencillo, es el amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello”.⁴

Otro referente en el campo de la calidad asistencial es la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya definición de la calidad en los sistemas y servicios de salud es: “la capacidad para asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

En el trasfondo de las diversas definiciones de calidad ya citadas prevalece una clara idea de que la calidad implica un gasto razonable que puede ser soportado tanto por los productores (proveedores) de bienes y servicios como por los consumidores. Pero, por otra parte, también es claro que la falta de calidad tiene un costo para ambos, aunque afecta más a los consumidores o usuarios.

Durante mucho tiempo se relacionó erróneamente a la calidad con el alto costo y el lujo, lo que ocasionó que los gestores institucionales de la calidad asistencial mantuviesen criterios equivocados que actuaron como escollos para la calidad en la gestión de los servicios. Entre los diversos criterios erróneos se encuentran los siguientes:

- a.** Creer que un servicio brindado con calidad es un servicio de lujo. Conseguir un bien o un servicio de calidad no debe ser considerado, por ningún motivo, como un lujo, pero sí se debe exigir que cumpla con los requerimientos de diseño y que satisfaga las expectativas del usuario.

- b. Creer que existe la economía de la calidad. La calidad no debe tener como propósito principal el ahorrar costos. Es decir, la calidad no debe ser considerada como un mecanismo o estrategia sólo para economizar, aunque en realidad siempre será más barato hacer las cosas bien, todas las veces y desde la primera vez.
- c. Creer que la calidad se origina en el departamento de calidad. Este es otro criterio erróneo ya que todos los departamentos e integrantes de una institución generan problemas que repercuten en la calidad, por lo que la calidad es una responsabilidad de todos los departamentos y todas las personas que realizan el trabajo en una organización. La misión del departamento de calidad no es hacer el trabajo de cada integrante de la organización.

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD

La calidad ha evolucionado en el tiempo y, en una visión retrospectiva, se pueden identificar cuatro etapas o fases:

- a. Etapa de inspección.
- b. Etapa de control.
- c. Etapa de garantía/aseguramiento de calidad.
- d. Etapa de gestión de la calidad total.

En la figura 1–1 se muestran de manera resumida las etapas mencionadas.

En la primera fase, denominada inspección, la calidad se enfocaba en la etapa final del proceso productivo. Es decir, cuando el producto estaba terminado un inspector dictaminaba si dicho producto cumplía con las especificaciones de su diseño, mediante una inspección. Si el producto las cumplía se calificaba como producto conforme, y si ocurría lo contrario se le llamaba producto no conforme. Es evidente que un producto no conforme era retirado y no salía al mercado, con la consiguiente pérdida económica para la empresa. En esta primera etapa la determinación de la calidad puede ser catalogada como *ex post*, pues dicho juicio se emite al final del proceso de producción, en una etapa tardía y sin la posibilidad de reorientar el proceso productivo.

La siguiente fase, denominada de control de calidad, traduce un avance conceptual y operativo ya que los parámetros de calidad no se aplican al final sino durante el proceso productivo, a fin de vigilar que un producto cumpla con las especificaciones de su diseño, observando, mediante un riguroso control estadístico, que el proceso marche conforme a lo planeado y, en caso contrario, efectuando ajustes durante el proceso mismo a fin de reorientarlo en la dirección correcta.

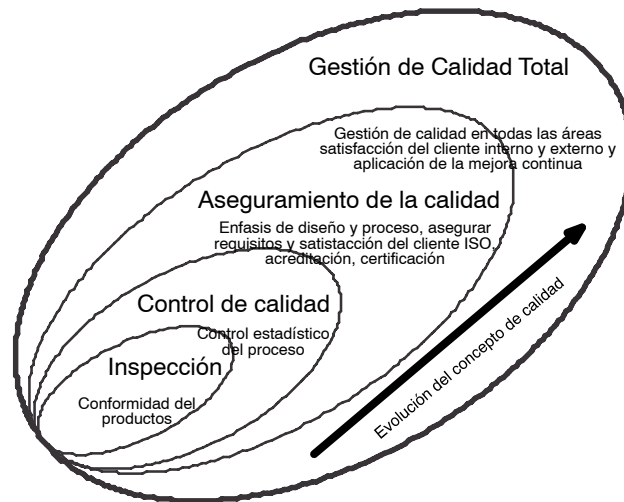


Figura 1–1. Evolución del concepto de calidad

El principal objetivo es eliminar las causas que generen comportamientos insatisfactorios. Cabe enfatizar que en esta fase el enfoque de calidad no se dirige hacia el control del producto sino hacia el control del proceso.

En la siguiente fase, denominada de aseguramiento o de garantía de calidad, el enfoque de la calidad no es hacia el control del producto ni hacia el control del proceso como en las etapas previas, sino que el enfoque se centra en el diseño del producto a fin de que este cumpla con los requisitos y expectativas del cliente. Esta fase no sólo implica un cambio de nombre, sino también un cambio cualitativo y de enfoque, apareciendo por primera vez en el escenario el cliente o usuario al que están destinados los productos. Es decir, aparece la calidad centrada en el cliente, lo que trae nuevas acciones como las de explorar sus necesidades y expectativas para transformarlas en requisitos que debe tener un producto. Aparecen así los procesos de certificación y acreditación, que establecen normas o requisitos que deben cumplir los productos y, por extensión, un poco más tarde, las normas, requisitos o estándares que deben cumplir los servicios.

Quizá valga la pena aclarar la diferencia entre los términos acreditación y certificación. La acreditación es la declaración escrita de que una organización cuenta con la competencia y capacidad técnica necesarias para desarrollar las actividades que realiza o para prestar ciertos servicios. Así, la *Joint Commission* de EUA acredita desde hace más de medio siglo a establecimientos de atención médica en dicho país.

Por otro lado, la certificación es una declaración escrita que se otorga a una organización que cumple con los requisitos normativos establecidos, elegidos

como marco referencial de calidad. Así, algunas organizaciones autorizadas certifican instituciones u organizaciones que cumplen con los requisitos de las normas ISO 9000.

Finalmente se llega a la etapa denominada gestión de la calidad total, en la que el elemento clave es el involucramiento de todos los departamentos y de todos los trabajadores con una misión y visión organizacionales, en donde el trabajo en equipo al interior de un departamento y entre los diferentes departamentos es fundamental para crear una cadena de valor, lo que significa que el producto de un departamento puede ser al mismo tiempo un insumo para otro departamento dentro de la compleja cadena productiva que tienen ciertas organizaciones como las de salud. En esta etapa la Gestión de Calidad Total (GCT) es fundamental para la buena marcha de las organizaciones y hay que destacar que, en dicha gestión, el liderazgo, el cuidado del capital humano y el desarrollo de una cultura organizacional son elementos protagónicos y factores de éxito.⁵

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL Y MODELOS PARA DESARROLLARLA

El marco teórico de calidad que se ha construido a través de varias décadas y las etapas por las que ha transitado su desarrollo permiten hoy en día disponer de diversos modelos para impulsar sistemas de gestión de calidad en las diversas organizaciones, incluidas las de salud.⁶

La calidad no es algo que se pueda lograr sólo con esfuerzos aislados del personal de un departamento o área de trabajo, sino que es el producto del esfuerzo sistematizado que involucra a todas las áreas y a todos los trabajadores, como ha sido descrito con anterioridad.

En esencia, un sistema de GCT es una herramienta gerencial que se construye con un pensamiento integrador, para establecer y cumplir los objetivos de calidad en toda la organización, para lo cual es fundamental:

- Tener un enfoque sistémico que incluya el diseño de objetivos de calidad, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del usuario, actuales y de mediano plazo.
- Definir las necesidades del usuario y diseñar los productos o servicios de modo que respondan a los requerimientos del usuario para lograr su satisfacción.
- Diseñar y desarrollar procesos que permitan obtener productos o servicios con características diferenciadoras que conviertan a la organización en un referente tanto para los usuarios como para otras organizaciones.

En el campo de los servicios de salud, la GCT tiene como propósito involucrar y motivar a todo el personal para mejorar continuamente los procesos de trabajo mediante la evaluación de resultados y el establecimiento de planes de mejora que cumplan o excedan las expectativas de los pacientes o usuarios. Las prácticas operativas para hacer realidad estos fundamentos son:

- Identificar quién es su usuario, conocer sus necesidades y lo que espera recibir del servicio.
- Garantizar que toda la unidad se oriente a la satisfacción de esas necesidades y expectativas, a través de la adopción de una cultura de calidad.
- Dirigir mediante el ejercicio de un liderazgo participativo, incluyente y transformador que respalde la ejecución de los procesos de calidad.
- Planificar las acciones a mediano plazo a partir de objetivos de calidad y en el marco de un plan estratégico orientado a la sustentabilidad.
- Proveer los recursos necesarios para mejorar el desempeño del personal y propiciar su capacitación y el desarrollo de competencias acordes con los planes estratégicos.
- Facultar a los prestadores del servicio para tomar decisiones y promover el desarrollo de equipos de trabajo, de acuerdo al tramo de control que les corresponde.
- Desarrollar sistemas para asegurar que la calidad sea construida desde el inicio y en todas las actividades de la organización.
- Establecer indicadores y otras medidas que permitan verificar de manera continua la fiabilidad de los procesos que se desarrollan.
- Generar resultados de valor para usuarios internos y externos, y para los diversos grupos de interés.

Para conseguir sistemas de gestión de calidad, hoy las organizaciones disponen de diversos modelos de referencia que pueden adoptar y adaptar de acuerdo a los productos o servicios que generan y a la decisión personal de quienes las dirigen. No hay mejores o peores modelos, pero sí mejores y peores decisiones. Lo que hoy es cierto, es que los sistemas de gestión de calidad son un requisito fundamental para los procesos de acreditación y certificación.

En este apartado haremos un breve resumen de los principales modelos que suelen utilizarse, así como de algunas comparaciones para apreciar mejor sus semejanzas y diferencias.

La GCT es un sistema de gestión que abarca todas las actividades y todas las relaciones tanto internas como externas de la organización, poniendo especial énfasis en la satisfacción de los clientes y en la mejora continua de los procesos del sistema organizacional. Actualmente es lugar común referirse a modelos de GCT que han sido probados en el ámbito internacional y que en orden cronológico son:

- Modelo gerencial de Deming. Basado principalmente en la experiencia de la industria japonesa a partir de 1951.
- Modelo Malcom Baldrige. Desarrollado en 1987 a partir de experiencias en la industria norteamericana.
- Modelo europeo de gestión de calidad o Modelo EFQM. Desarrollado en 1988.
- Modelo iberoamericano de excelencia. Desarrollado en 1998.⁷

Por su parte, se debe destacar el importante papel que juegan las denominadas Normas ISO 9000 desarrolladas por la ISO, ya que su finalidad es contribuir al aseguramiento de los sistemas de gestión de calidad de las organizaciones.⁸

En realidad no son tantas las diferencias entre los diferentes modelos de GCT como sus semejanzas. Todos se centran en la satisfacción del cliente, organizan el trabajo en torno a procesos, miden los resultados y fomentan la cultura de la mejora continua. Además, todos ellos tienen convergencia con las normas ISO 9000, por lo que éstas pueden ser aplicadas en cualquier organización que cuente con un sistema de gestión de calidad basado en cualquiera de los modelos señalados, con el fin de garantizar o asegurar la buena marcha de dicho sistema, en cuyo caso, la organización quedará certificada. La familia de Normas ISO establece requisitos para los sistemas de gestión de calidad y contribuye a mejorar su desempeño. La evaluación de los sistemas de gestión de calidad mediante las Normas ISO ayuda a determinar si cumplen o no con los requisitos que establecen las normas.

En términos generales los sistemas de gestión de calidad mencionados se basan en ocho principios que permiten lograr la calidad de productos y servicios, que son:

- a. Enfoque al cliente.
- b. Liderazgo.
- c. Participación del personal.
- d. Procesos.
- e. Gestión basada en sistemas.
- f. Mejoramiento continuo.
- g. Decisiones basadas en hechos.
- h. Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

Un componente clave de todo sistema de gestión de calidad es que debe contar con una amplia documentación a fin de estandarizar todo lo que se haga y eliminar la improvisación. La documentación tiene una estructura jerarquizada por niveles que van de lo general a lo particular. En un primer nivel se debe elaborar el Manual de Calidad en el que se describen la política, misión, visión, valores y objetivos de la organización. En un segundo nivel se deben describir los proce-

Cuadro 1–1. Criterios principales de los modelos de gestión de calidad

Criterio No.	Modelo EFQM	Modelo Iberoamericano	Modelo Deming	Modelo Malcom Baldrige
1	Liderazgo	Liderazgo y estilo de dirección	Liderazgo visionario	Liderazgo
2	Personas	Desarrollo de las personas	Cooperación interna y externa	Planificación estratégica
3	Política y estrategia	Política y estrategia	Aprendizaje	Enfoque en el cliente y el mercado
4	Alianzas y recursos	Asociados y recursos	Gestión de proceso	Dimensión, análisis y dirección del conocimiento
5	Procesos	Clientes	Mejora continua	Enfoque en los recursos humanos
6	Resultados en los clientes	Resultados en los clientes	Satisfacción del empleado	Dirección de procesos
7	Resultados en las personas	Resultados en las personas	Satisfacción del cliente	Resultados económicos y empresariales
8	Resultados en la sociedad	Resultados en la sociedad		
9	Resultados clave	Resultados globales		

dimientos operativos que permiten llevar a la práctica los procesos claves y de apoyo, describiendo también la información específica de quién, cómo, cuándo, dónde, qué y por qué efectuar las actividades. Finalmente, en el tercer nivel deben describirse los planos, instructivos, formatos y registros que detallan lo que hay que hacer y cómo registrar los resultados.

Los modelos para desarrollar sistemas de gestión de calidad contienen una serie de criterios y subcriterios.

En el cuadro 1–1 se citan sólo los criterios principales que utilizan cada uno de los cuatro modelos citados.

Aportes de Avedis Donabedian a la calidad de los servicios de salud

Centrando el tema en los servicios de salud, se debe destacar que, entre otros muchos, Avedis Donabedian hizo dos grandes aportes que han contribuido a caracterizar, desarrollar y evaluar la calidad en los servicios de salud. Uno de ellos es el de las dimensiones de la calidad. El otro, el enfoque sistémico de la calidad.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD

De acuerdo con Donabedian, la calidad tiene tres dimensiones que deben ser atendidas de manera simultánea para conseguir un beneficio y satisfacción en los pacientes o usuarios.

Dichas dimensiones son:

- a. Calidad técnica.** Los aspectos técnicos de la atención y más específicamente el uso del conocimiento, que tiene un fundamento basado en la evidencia científica y no sólo en la opinión de expertos. Cuando se logra la calidad técnica es posible ofrecer a los usuarios servicios que reúnen los siguientes atributos: eficacia, efectividad, eficiencia, seguridad, continuidad e integralidad. Estos atributos son fundamentales para que los sistemas de salud logren su propósito principal, que es mantener y recuperar la salud, prolongar la vida y lograr que ésta sea de calidad.
- b. Calidad interpersonal.** El aspecto humano de la atención y el respeto a los derechos de los pacientes. Ello implica saber escuchar al paciente; proporcionarle la información completa, veraz y oportuna; ofrecerle alternativas de tratamiento; obtener su consentimiento informado para prácticas diagnósticas y terapéuticas que lo ameriten; proporcionarle un trato cordial y amable; y aplicar con cada paciente los principios de la ética médica, un componente que es complejo, generalmente poco abordado en los servicios de salud y que con frecuencia ocasiona inconformidad e insatisfacción en los pacientes.
- c. Entorno o contexto de la calidad.** La ambientación en los servicios de salud, que involucra aspectos como comodidad, ambientación, limpieza y privacidad.

Al igual que la dimensión anterior, a ésta se le confiere habitualmente escasa atención.

El enfoque sistémico de la calidad

Constituye un marco teórico tanto para caracterizar como para desarrollar y evaluar la calidad en los servicios de salud.

La garantía/aseguramiento de la calidad es la forma más habitual de afrontar el tema de la calidad en los servicios de salud y el marco conceptual para el desarrollo de este tema fue aportado por el Dr. Avedis Donabedian, quien aplicando la Teoría General de los Sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanfy, estableció tres niveles de análisis de la atención de la salud a los que denominó estructura, procesos y resultados.

Estructura

Se refiere a los medios e insumos, materiales y sociales, empleados para proporcionar la atención (equipamiento, ambiente, capacitación, organización y gestión del personal). Si una organización tiene fallas en estos elementos estructurales se encontrará en una situación difícil para poder garantizar/asegurar una atención de calidad a los pacientes. Por ejemplo, si el financiamiento de un establecimiento de salud es insuficiente para adquirir estos medios e insumos, no se le puede exigir al personal de salud que desempeñe correctamente sus funciones. En ocasiones la carencia de estos recursos no se debe necesariamente a un financiamiento deficitario, sino a una deficiente gestión o a una combinación de ambos.

Proceso

Comprende los métodos de diagnóstico y tratamiento, la protocolización de la atención de la salud, los métodos destinados a conseguir cirugías seguras, a minimizar el riesgo de infecciones intrahospitalarias, etc. Incluye también, desde luego, procedimientos administrativos y de comunicación con el paciente, continuidad de cuidados entre niveles de atención, etc. Es muy importante que un establecimiento tenga documentados sus procesos así como sus procedimientos y que el personal se apropie de ellos. Desde el punto de vista de la calidad técnica, también es importante que el personal cuente con protocolos de atención y guías de práctica clínica que reduzcan la variabilidad de la práctica médica.

Resultados

Estos no sólo se centran en prolongar la vida sino en lograr una buena calidad de vida luego de la intervención de los servicios de salud. Si ambos propósitos se alcanzan, el sistema de atención de tipo ambulatorio u hospitalario habrá logrado los resultados para los que fue creado.

En el cuadro 1–2 se presenta un resumen del enfoque sistémico, así como de sus ventajas y limitaciones.

Características de los servicios de salud y sus implicaciones para la calidad

Para comprender cómo se evalúa la calidad de la atención desde el punto de vista de quien la recibe, es importante comenzar a analizar la naturaleza del trabajo que se realiza en las instituciones de salud, el personal que trabaja en hospitales y otro tipo de instituciones donde se realiza la atención primaria de la salud de las personas o de personas con problemas manifiestos de salud.

Cuadro 1–2. Ventajas y limitaciones del enfoque sistémico

Medición	Definición operativa	Ventajas	Limitaciones
Estructura	¿Cómo está organizada la atención médica?	El enfoque general proporciona una visión macro	No identifica problemas particulares de la calidad de la atención
Proceso	¿Qué y cómo se hace?	Puede medirse en forma cuantitativa con base a indicadores de seguimiento, como uso de protocolos y guías clínicas, etc.	La falta de estándares de oro puede dificultar su medición y conducir a la restricción del criterio médico, al circunscribirse al uso de guías sin flexibilidad
Resultados	¿Cuáles fueron los resultados para los pacientes?	Pueden evaluarse a través de variables cualitativas y cuantitativas	Pueden existir sesgos de medición y, al centrarse en lo específico, perderse de vista la importancia del panorama general

Según la norma ISO 9000:2008 un servicio es: “el resultado de llevar a cabo al menos una actividad, que generalmente es intangible, en la interfaz entre el proveedor y el usuario. La prestación de un servicio puede implicar una actividad realizada sobre un producto tangible suministrado por el usuario”.

Los servicios tienen características que les son propias y los diferencian plenamente de los productos. Los servicios son:

- a.** Intangibles. No es posible ver los servicios, saborearlos, sentirlos ni escucharlos, y mucho menos probarlos antes de recibirlos. Por ejemplo: no es posible saber cómo será la atención de un parto por el ginecólogo hasta que él desarrolla su trabajo en la sala de partos.
- b.** Inseparables. La producción y el consumo del servicio ocurren simultáneamente, no se pueden separar de su prestador y el usuario juega un rol muy importante ya que participa en la prestación del servicio aportando datos e información al profesional de salud.
- c.** Variables. El resultado depende de quién lleve a cabo el servicio, cuándo y cómo lo realice. No obstante que se trata de estandarizar la prestación de servicios de salud mediante protocolos, instructivos, algoritmos y guías de práctica clínica, siempre existe la posibilidad de la variabilidad de la práctica profesional.
- d.** Perecederos. Los servicios no se pueden almacenar para venderlos o usarlos más adelante.

Teniendo en cuenta estas características, cabe la siguiente pregunta: ¿cómo evalúan los usuarios la calidad de un servicio? Existen numerosos modelos que resul-

tan de utilidad para responder esta pregunta, pero el más difundido, dada su validez para medir la calidad en cualquier tipo de servicio, es el modelo SERVQUAL desarrollado por Zeithalm, Parasuraman y Berry en 1988.⁹

Estos autores realizaron un extenso estudio exploratorio mediante sesiones de grupo y entrevistas a distintos clientes pertenecientes a diferentes organizaciones prestadoras de servicios de diversos sectores de actividad. Los datos obtenidos presentaron coincidencias en cuanto a ciertos criterios, con independencia de las características propias de los diferentes sectores de actividad o la tipología de usuario encuestado.

Estos criterios, dimensiones o atributos, que utilizan los usuarios a la hora de percibir la calidad del servicio son:

- a. **Fiabilidad/Confiabilidad.** Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma constante, adecuada y cuidadosa.
- b. **Capacidad de respuesta.** Disposición y voluntad para efectuar un servicio rápido y ayudar a los usuarios.
- c. **Seguridad.** Conocimiento y atención mostrados por los profesionales, y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.
- d. **Empatía.** Accesibilidad para proporcionar información, simpleza del lenguaje utilizado para la comunicación con los usuarios y capacidad para escuchar las necesidades de los mismos.
- e. **Elementos tangibles.** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Los autores señalan que los usuarios adjudican diferente importancia relativa a cada uno de estos atributos cuando se les pide utilizar una escala de 100 puntos, según se muestra en el cuadro 1–3.

De acuerdo a los estudios realizados por organizaciones como la OMS, la *American Public Health Association*, la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* y otras, hay otros atributos que deben reunir los servicios de salud para ser considerados de calidad. Entre ellos destacan:

Cuadro 1–3. Importancia relativa de los criterios SERVQUAL cuando los usuarios usaron una escala de 100 puntos

Atributo	Calificación
Fiabilidad/confiabilidad	32
Capacidad de respuesta	22
Seguridad	19
Empatía	16
Elementos tangibles	11

- a. Efectividad.** Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable.
- b. Eficiencia.** Relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles, o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
- c. Accesibilidad.** Facilidad con que se obtiene, en cualquier momento, la atención de salud, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
- d. Competencia profesional.** Capacidad del profesional para utilizar plenamente sus conocimientos al ejercer su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional, y tanto al profesional sanitario como a la organización.
- e. Satisfacción del paciente.** Grado de cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
- f. Oportunidad/disponibilidad.** Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los servicios de salud deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.
- g. Continuidad.** Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.
- h. Seguridad clínica de pacientes:** atención de salud libre de daños evitables.

En este punto, y teniendo en cuenta la escueta disponibilidad de recursos con la que generalmente cuenta la Salud Pública, es muy importante recordar lo expresado por Ishikawa, quien resumió todos estos conceptos en la idea: “trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

Enfoque multinivel aplicado a la calidad de atención

Los programas dirigidos a mejorar la calidad de atención no han tenido el éxito planeado aún en países de alto desarrollo económico, como EUA y el Reino Uni-

do. Debido a ello, en ambos países se ha propuesto, como estrategia para mejorar la calidad, el denominado enfoque multinivel, el cual tiene como propósito ampliar las posibilidades de éxito de las acciones dirigidas a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.¹⁰

Donabedian, cuando se refiere a la calidad con un enfoque sistémico, implícitamente está planteando un enfoque multinivel, ya que como determinantes de la calidad propone un nivel de estructura, un nivel de proceso y un nivel de resultado. Desde otra perspectiva, también se acepta que para lograr la calidad en un sistema de servicios de salud, es necesaria la participación multinivel con el involucramiento del primero, segundo y tercer nivel de atención.

Es lugar común que las acciones de los programas para lograr la calidad de atención se dirijan principalmente al nivel individual, con el fin de modificar la conducta de quienes participan en la atención de pacientes, dejando de lado o no prestando la misma atención a otros niveles no individuales, que también actúan como determinantes de la calidad de atención. El lavado de manos, el uso de protocolos de atención y de guías de práctica clínica, así como la atención personalizada y empática hacia el paciente, son ejemplos de acciones individuales para lograr la calidad de atención, pero que no son suficientes para conseguirla y para sostenerla. Otros niveles de intervención que también deben ser incluidos para lograr mejores resultados en la calidad de atención, son el nivel grupal, el nivel organizacional y el nivel sistémico.¹¹

La aplicación del enfoque multinivel lleva implícito el diseño de acciones dirigidas a los individuos, así como acciones para los otros niveles mencionados, tal como se muestra en la figura 1-2.

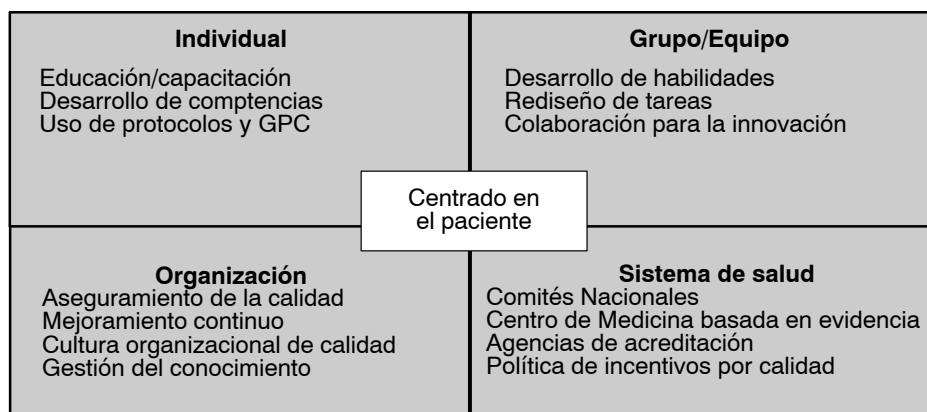
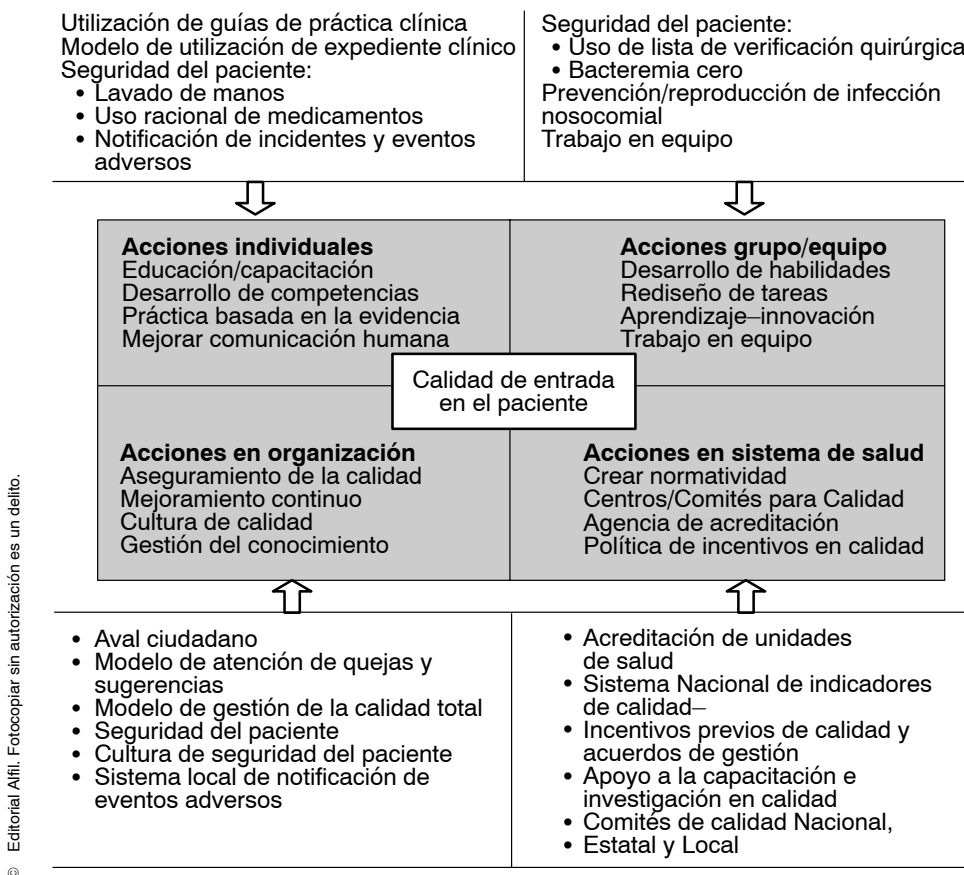


Figura 1-2. Enfoque multinivel. Aumenta la probabilidad de éxito de las acciones de calidad

La aplicación de este enfoque es un nuevo reto para los programas de calidad, pero al mismo tiempo es una oportunidad para mejorar los resultados conseguidos con las acciones realizadas en el nivel individual.

Es necesario definir acciones para mejorar la calidad de atención, que sólo se pueden desarrollar en el nivel grupal, o de equipo de trabajo, en los establecimientos de atención ambulatoria y de atención hospitalaria. En cualquiera de estos lugares, la atención médica, lejos de ser una práctica individual, es en realidad una práctica de equipo o de grupo de trabajo que involucra a una pluralidad de individuos de una o varias disciplinas. Por ejemplo, la revisión de casos clínicos, las sesiones bibliográficas, la revisión de protocolos de atención y de guías de práctica clínica por cada servicio (pediatría, cirugía, ginecología, etc.), son prácticas grupales que contribuyen a mejorar la calidad de atención.



© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 1-3. Aplicación del enfoque multinivel al programa SICALIDAD 2007-2012

Por otra parte, hay acciones de calidad que no se desarrollan en el nivel individual ni grupal, sino que corresponden al nivel organizacional, por lo que involucran a todo el establecimiento y son competencia del nivel directivo. Por ejemplo, promover la cultura de seguridad del paciente, el desarrollo de sistemas de notificación de eventos adversos y la gestión de recursos materiales, de personal y otros elementos estructurales, corresponden al nivel organizacional y no a los dos niveles antes mencionados.

Finalmente, el involucramiento del nivel sistémico o sistema al que pertenecen las organizaciones o establecimientos de salud, es fundamental para lograr la calidad de atención. Hay acciones vinculadas con la calidad que corresponden a ese nivel, como son la definición de una política y programas de calidad, la asignación de recursos financieros, los mecanismos de aseguramiento y el desarrollo de incentivos a la calidad.

Para ejemplificar la aplicación del enfoque multinivel, tomaremos como referencia los componentes y líneas de acción del programa SICALIDAD, vigente en el Sistema Nacional de Salud de México durante el periodo 2007–2012. Aplicando dicho enfoque se puede ver que hay líneas de acción que, si bien no son exclusivas, corresponden más a un nivel que a otro (figura 1–3).

REFERENCIAS

1. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.*
2. **Juran JM:** *Juran y la planificación para la calidad.* Madrid, Díaz de Santos, 1990:1–13.
3. **Fotuna RM:** El imperativo de la calidad. En: Ernest C: *Calidad total: una guía para directivos de los años 90.* Madrid, Fero, 1990:1–95.
4. **Donabedian A:** *La calidad de la atención médica.* México, La Prensa Mexicana, 1984.
5. **De Azevedo A, Korygan TL:** *Transformar las organizaciones de salud por la calidad.* Serie Toolkits. Santiago, Parnassah, 1999.
6. **Hugh K:** *Gestión total de la calidad en la sanidad.* Barcelona, S. G. Editores, Fundación Avedis Donabedian, 1994:17–29.
7. **De Nieves NC, Ros MR:** Comparación entre los modelos de gestión de calidad total. X Congreso de Ingeniería de Organización. Valencia, Departamento de Economía de la Empresa, Universidad Politécnica de Cartagena, 7 y 8 de septiembre 2006.
8. Norma ISO 9000:2000.
9. **Zeitham VA, Parasuraman A, Berry L:** *Calidad total en la gestión de servicios.* Madrid, Díaz de Santos, 1993.
10. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000;21:171–192.
11. **DiPrete TA, Forristal JD:** Multilevel models: methods and substance. *Annu Rev Sociol* 1994;20:331–357.

Marco general de la seguridad del paciente

Javier Santacruz Varela, Francisco Hernández Torres

INTRODUCCIÓN

En los diferentes campos de la actividad humana la seguridad es un tema recurrente que cobra vigencia cada vez que ocurren accidentes o eventos que ponen en riesgo la vida de las personas.

Desde que nace, el ser humano tiene diversas necesidades, entre ellas la seguridad. De acuerdo a la Teoría de la Motivación Humana, esa necesidad sólo es superada por necesidades fisiológicas básicas como la alimentación y la respiración, pero también de acuerdo a dicha teoría, para el común de las personas la seguridad es más importante que las necesidades sociales (figura 2-1).¹

Es lugar común que las personas se esmeren por satisfacer primero necesidades fisiológicas básicas como comer, respirar y descansar, antes que satisfacer la necesidad de afecto, amor, o pertenencia a un grupo, que son necesidades sociales. Del mismo modo, una persona está más motivada para satisfacer su necesidad de seguridad o protección, antes que aspirar a ser una persona de confianza, de éxito o de respeto, que son necesidades de estima. Cada persona es distinta y por lo tanto tiene motivaciones distintas para desempeñarse en la vida o en un escenario social concreto, pero la propuesta de Maslow sin duda ayuda a jerarquizar, en lo general, las motivaciones de la conducta humana, y la seguridad ocupa un lugar destacado. Quizá se pueda ayudar a comprender esto con un ejemplo:

Un destacado médico es invitado a presentar una conferencia en un evento muy importante de su especialidad, que se realizará en una determinada ciudad, cuya tasa de delincuencia común es alta y conocida. La reunión convoca a los



Figura 2–1. Pirámide de Maslow. Jerarquía de necesidades.

expertos en el tema y se entregará un premio al mejor trabajo presentado. Una semana antes del evento ocurre una explosión en la ciudad sede, que lesiona a más de una docena de personas y es atribuida a un acto delincuencia. El ponente decide cancelar su participación y lo comunica a los organizadores ofreciendo una disculpa. ¿Por qué el profesional decidió cancelar su presentación? ¿Antepuso la seguridad personal al reconocimiento y a la auto-realización?

Para comprender de un modo integral la seguridad, esta debe ser estudiada desde diversas perspectivas o niveles de abordaje, que van desde el nivel macro o seguridad del Estado, hasta el nivel micro o seguridad humana.

La seguridad humana es el resultado de diversos factores, por lo que conseguirla depende no sólo de las acciones del Estado y sus órganos administrativos como la policía, el ejército y los tribunales, sino también de la participación de organizaciones sociales, la comunidad y los propios individuos.²

El término seguridad proviene del latín *securitas* y, de manera general, se utiliza para indicar la ausencia de riesgo o, también, para referirse a la confianza en algo o en alguien.

La seguridad se ha estudiado en diferentes ámbitos, siendo uno de ellos el ámbito laboral, en el que se atribuye a W. H. Heinrich el primer estudio para determinar la proporción de incidentes y daños debidos a la inseguridad en el trabajo. En la década de 1940, Heinrich encontró que por cada 300 incidentes que no causan daño a las personas, hay 10 que producen incapacidad temporal con duración menor a seis meses y uno que ocasiona incapacidad permanente o inclusive la muerte (figura 2–2).³

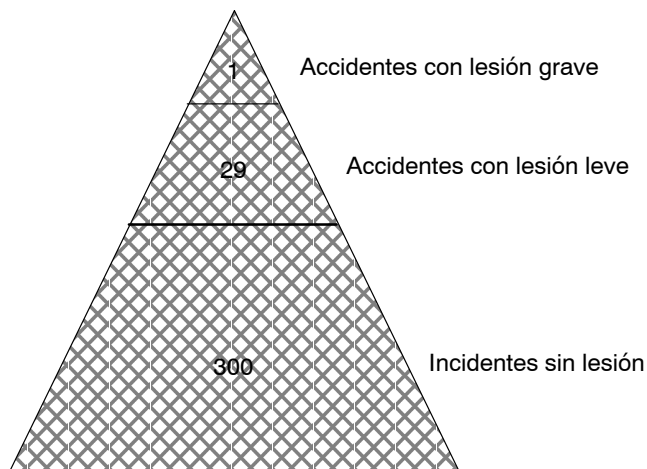


Figura 2-2. Pirámide de Heinrich.

En el campo sanitario, desde las últimas dos décadas del siglo veinte, el tema de la seguridad del paciente empezó a tomar auge debido, principalmente, a la evidencia creciente de lesiones innecesarias en pacientes debidas a condiciones de inseguridad y fallas en la calidad de atención, así como a sus efectos económicos tanto en usuarios como en proveedores de servicios de salud. El deseo de seguridad por parte de los pacientes es entendible, ya que su experiencia les permite inferir que cuando acuden a los servicios de salud y, especialmente cuando son hospitalizados, pueden sufrir algún daño, por lo que su expectativa es la de recibir siempre servicios bajo condiciones de seguridad.

Este documento, elaborado específicamente para el tercer módulo del Curso Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente (CASP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene el propósito de presentar al lector un marco amplio y no reduccionista del tema de la seguridad del paciente. El marco de referencia que se propone es de tipo holístico, por lo que si bien la seguridad del paciente es la unidad de análisis o estudio, se le relaciona con otros niveles o dimensiones de seguridad que es necesario considerar para hacer un abordaje integral, como se ilustra en la figura 2-3.

TIPOS DE SEGURIDAD

Seguridad humana

Desde el decenio de 1990 se utiliza el enfoque de seguridad humana para promover medidas de protección contra los riesgos a los que está expuesto el individuo,

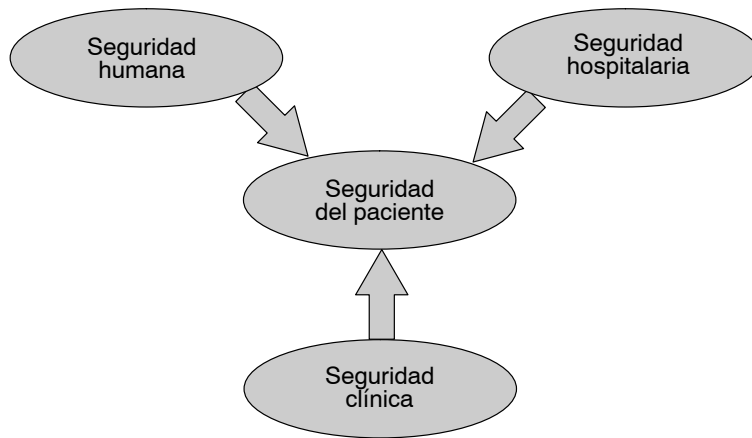


Figura 2-3. Niveles o dimensiones de seguridad.

con el fin de que éste logre una vida más saludable, productiva y de calidad. Este enfoque sirvió de referente a la Organización de las Naciones Unidas para definir en el 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).⁴

El enfoque de seguridad humana se utiliza operativamente desde 1994 por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), quien lo incorpora en su Informe sobre Desarrollo Humano.⁵ En ese informe se enfatiza la necesidad de tomar medidas preventivas para disminuir la vulnerabilidad y reducir al mínimo los riesgos para los derechos, la seguridad y la vida de las personas. El enfoque de seguridad humana incluye las siguientes siete categorías o ámbitos de acción, necesarios para conseguirla:

- Seguridad económica.
- Seguridad alimentaria.
- Seguridad en Salud.
- Seguridad ambiental.
- Seguridad personal.
- Seguridad de la comunidad.
- Seguridad política.

Desde esta perspectiva, la seguridad en salud es una de las categorías necesarias para lograr seguridad humana. La seguridad en salud se traduce operativamente en la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar a todos sus ciudadanos el acceso a servicios de salud. La vinculación entre seguridad humana y seguridad en salud fue señalada en 2002 por la Directora General de la OMS, quien afirmó: “la salud para todos es indispensable para la seguridad humana y la buena salud es indispensable para la seguridad futura del planeta”.⁶ En 2006 esa vincu-

lación fue ratificada por el Director General de la OMS, quien durante la presentación del Programa de Trabajo 2006–2015, aseveró: “la salud se percibe cada vez más como un aspecto fundamental de la seguridad humana”.⁷

En base a lo anterior, la inseguridad humana en salud esencialmente significa la incapacidad del sistema sanitario para garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los ciudadanos. La seguridad humana en salud se evidencia a través de dos indicadores relacionados entre sí:

- a. **Accesibilidad.** Proporción de población con acceso a servicios públicos de salud.
- b. **Aseguramiento en salud.** Proporción de población con algún mecanismo público o privado que asegure su atención médica.

Lamentablemente, en los países latinoamericanos aún persisten, en diverso grado, indicadores negativos de la seguridad sanitaria. El marco constitucional de los países por lo general refiere que la salud es un derecho, con lo cual los Estados declarativamente cumplen con garantizar ese derecho humano a su población. Los sistemas de salud se organizan de tal manera que tratan de lograr la cobertura de servicios de salud para su población. Sin embargo, en realidad algunos segmentos de la población no cuentan con acceso real a los servicios, o bien el acceso ofrece diferentes barreras que lo hacen imposible o inoportuno.

Un problema adicional es que algunos segmentos de la población no cuentan con mecanismos de aseguramiento formal, sea público o privado. Los segmentos de población que tienen garantizado el aseguramiento de los servicios de salud son aquellos incorporados a la seguridad social, cuyo financiamiento suele ser compartido por el empleador, el empleado y el Estado, así como la población incorporada a las denominadas obras sociales. Sin embargo, la proporción de la población asegurada por el mecanismo de la seguridad es alrededor de 50% y en algunos países mucho menos que eso. Otro pequeño segmento de población de los países de Latinoamérica, que no llega a 5%, y que generalmente corresponde a personas con ingresos medios y altos, cuenta con un seguro privado de salud. Esto significa que la atención médica del resto de la población debe estar supeditada a una atención subsidiada con los fondos públicos del Estado, mecanismo que no le asegura necesariamente una cartera de servicios de salud suficiente ni le explicita, mediante una póliza de aseguramiento o instrumento similar, los beneficios a los que tiene derecho.

Se puede aseverar, entonces, que el sistema de salud es esencial para la seguridad humana y que debe garantizar tanto el aseguramiento como el acceso a los servicios de salud, los que incluyen acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de servicios de atención médica, así como la entrega de medicamentos y otros insumos para la salud. El enfoque de seguridad humana implícitamente acepta que la salud es un bien de carácter público.

Seguridad hospitalaria

El término seguridad hospitalaria data de la década de 1980 y se refiere al estado en el que un establecimiento de salud ha disminuido su vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional, a niveles en los que garantiza una capacidad de respuesta suficiente para hacer frente a necesidades de salud de la población en una situación de emergencia o desastre, que por lo general son necesidades mayores a las habituales. Esta dimensión de la seguridad tomó auge en 2004, cuando los países de América aprobaron una resolución, durante una reunión de la OPS, en la que se adoptó el lema “Hospitales seguros frente a los desastres” y se acordó construir los hospitales nuevos con un nivel de protección que permita continuar prestando servicios en situaciones de desastre.⁸ En el 2005, la OMS, con base en los resultados de la Conferencia Mundial sobre Reducción de los Desastres celebrada en Japón en el 2004, aprobó una resolución en la que se sugirió a los países desarrollar acciones para reducir los desastres.⁹ Para avanzar en ese propósito se estableció una definición operativa de hospital seguro, la cual quedó expresada en los siguientes términos: “Un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad y en su misma infraestructura durante una amenaza natural e inmediatamente después de la misma”.

El propósito de la seguridad hospitalaria es crear condiciones de seguridad para la vida de los pacientes, del personal de salud y de los visitantes al hospital, además de conservar la infraestructura e inversión hospitalarias. Para determinar el grado de seguridad del hospital frente a los desastres se ha diseñado una herramienta práctica que permite conocer el índice de seguridad hospitalaria,¹⁰ el cual incluye la evaluación de los componentes estructural, no estructural y funcional, y se asigna la calificación de seguridad alta, media o baja. Esta herramienta está disponible y la ha divulgado la OPS.

Seguridad clínica

La seguridad clínica data del tiempo del *corpus hippocraticum* y está implícita en la premisa, atribuida a Hipócrates, *primum non nocere*, que significa primero no hacer daño. Esencialmente se refiere a la seguridad que debe haber en los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de atención hospitalaria, así como a la calidad en la formación del personal de salud y la ética en la relación entre pacientes y personal de salud.

La seguridad clínica se relaciona estrechamente con la microgestión en los departamentos o servicios clínicos del hospital, por lo que en buena medida depende del interés, responsabilidad y desempeño gerencial de los jefes de esos servicios. La seguridad clínica se fundamenta básicamente en dos componentes:

- a. Los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud. Es decir, la formación técnica y ética de los profesionales de salud, que debe ser reforzada mediante programas de educación continua a lo largo de la vida profesional.
- b. La gestión de las condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se atiende a los pacientes. Es decir, la capacidad gerencial de los jefes de servicio para usar óptimamente los recursos disponibles y su habilidad para organizarlos en beneficio de la atención médica, así como para conseguir la eficaz colaboración de los servicios de apoyo, como los de conservación, nutrición, farmacia y recursos materiales (microgestión).

De la microgestión inherente al desempeño de los gerentes de los servicios de salud, depende en buena medida la realización de acciones para prevenir eventos adversos en salud, de modo que su relación con la seguridad del paciente es muy estrecha. De acuerdo con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP) promovida por la OMS, el evento adverso se define como “una lesión causada por el proceso de atención, no debido a la propia enfermedad”. Dicho de otro modo, el evento adverso es una manifestación de inseguridad clínica.

En algunos hospitales es tal la relevancia que se da a la seguridad clínica que se han desarrollado programas específicos y se han creado unidades de gestión de riesgos clínicos hospitalarios. Estos programas y unidades están a cargo de personal del propio establecimiento de salud, bajo la premisa de que cada servicio u hospital genera sus propios problemas de seguridad y, por lo tanto, sus trabajadores están en mejor posición que otros para detectarlos, analizarlos y controlarlos.¹¹

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE; SU ORIGEN Y EVOLUCIÓN

De manera convencional, y para efectos operativos, la seguridad del paciente puede ser entendida como el conjunto de acciones orientadas a la protección del paciente contra riesgos y daños innecesarios durante la atención médica. Como ya se mencionó, la seguridad del paciente involucra aspectos propios de la seguridad humana en salud, de la seguridad hospitalaria y de la seguridad clínica, por lo que no depende solamente de la atención que proporcionan al paciente directamente los profesionales de la salud. Quizá algunos ejemplos permitan comprender mejor el involucramiento en la seguridad del paciente de los niveles de seguridad mencionados.

La atención inoportuna suele ser un factor suficiente para causar daño a los pacientes, ya sea debido a la evolución natural de la enfermedad o como resultado

de una complicación de la misma. El diferimiento para recibir atención médica cuando es necesario realizar algún estudio diagnóstico o un procedimiento terapéutico en los servicios públicos de salud, por ejemplo diálisis renal, quimioterapia o intervención quirúrgica, puede deberse a una deficiente gestión clínica y hospitalaria, o bien a la deficiente organización del sistema de salud, debida a una escasa inversión de fondos públicos y una sobresaturación de los servicios. En estos casos, en sentido estricto, el daño a los pacientes no se puede atribuir a una falla de los profesionales de salud que laboran, por ejemplo, en un hospital, ya que en todo caso, además de los pacientes, ellos se convierten en segundas víctimas de las deficiencias políticas del más alto nivel, que inducen fallas en la seguridad humana en salud, la seguridad hospitalaria y la seguridad clínica.

Del mismo modo, la seguridad del paciente que está expuesto al riesgo de recibir un tipo de gas en vez de otro, de ser atendido con equipos mal calibrados (p. ej., un esfigmomanómetro o una bomba de cobalto) o por personal poco calificado o incompetente, y de estar expuesto a una atención sin protocolos ni guías de atención clínica, tampoco depende directamente del profesional de salud que presta el cuidado al paciente, sino de que no se cumplen requisitos fundamentales de la seguridad hospitalaria y la seguridad clínica.

En sentido estricto, seguridad del paciente significa atención sin riesgos ni daños, situación ideal y al mismo tiempo poco realista ya que ningún sistema de salud puede garantizar a los pacientes una atención totalmente libre de riesgos. Para efectos prácticos, la seguridad del paciente es el conjunto de acciones cuyo fin principal es reducir al máximo posible los riesgos y fallas a los que está expuesto un paciente, así como evitar los daños o eventos adversos, algunos de los cuales pueden ser tan severos que ocasionan la muerte.

El reconocimiento del error médico y el daño a los pacientes se empezó a evidenciar desde mediados del siglo pasado a través de publicaciones en las que se reconocieron tácitamente las fallas de los sistemas de atención. Hacia finales de ese siglo, se empezaron a publicar las tasas de daños atribuibles a fallas en la atención médica, conocidas como eventos adversos. Esas publicaciones alentaron una corriente de opinión favorable para promover políticas, programas y estrategias dirigidos a mejorar la seguridad del paciente, cuyo objetivo principal es la disminución de errores en el sistema sanitario, así como la prevención de eventos adversos y daños innecesarios en los pacientes.

De esas publicaciones destacan la de Barr en 1955, quien afirmó que los errores en la práctica médica son el “precio a pagar por la modernización de la medicina”.¹² También destaca la publicación de Moser, quien en 1956 aseveró que “los errores son enfermedades del progreso médico”.¹³

En 1999 Chantler afirmó, de una manera casi poética: “antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; hoy es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa”.¹⁴

Por su parte, las publicaciones de Schimmel y Steel de 1964 y 1984, respectivamente, fueron pioneras en el largo camino para estimar la frecuencia con la que se presentan daños en los pacientes como consecuencia de la atención sanitaria. El primero encontró que 20% de los pacientes hospitalizados presentaba iatrogenia;¹⁵ y el segundo, que 36% de los pacientes de consulta general desarrollaba algún evento adverso, 25% de los cuales eran debidos a la medicación.¹⁶

En 1984 se llevó a cabo un estudio interdisciplinario en pacientes hospitalizados en el Estado de Nueva York, en el que se encontró una tasa de eventos adversos (EA) de 3.7%, de los que 27.6% estaba asociado a negligencia médica. En cuanto a la magnitud del daño, 70.5% de las personas dañadas tuvieron discapacidad temporal, 2.6% discapacidad permanente y el 13.6% fallecieron.¹⁷ La metodología utilizada en este estudio sirvió de base para realizar estudios similares en diversas partes del mundo, algunos de cuyos resultados se publicaron en un documento preparado para la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS¹⁸ (cuadro 2-1).

En 1998 el *Institute of Medicine* (IOM) de EUA inició un proyecto denominado *Quality of Health Care in America* para promover una mejora significativa de la calidad de la atención médica. En el 2000, publicó el informe *To Err is Human: building a Safer Health System*, en el cual se plantea el problema de los errores médicos en ese país y la necesidad de tener servicios de salud más seguros.¹⁹

Cabe destacar que a partir de la publicación del IOM, rápidamente se extendió por el mundo la preocupación por contar con sistemas de atención más seguros y diversos países empezaron a desarrollar políticas y estrategias para reducir los errores de la práctica médica y mejorar la seguridad de los pacientes. Tal es el caso del Reino Unido, que en 2001 puso en marcha un plan gubernamental para pro-

Cuadro 2-1. Resultados de estudios de salud en el mundo

Estudio	Objeto del estudio (año del estudio)	Expedientes revisados	EA	Tasa de EA (%)
EUA, <i>Harvard Medical Practice Study</i>	Hospitales de enfermos agudos, 1984	30 195	1 133	3.8
EUA, UTA–Colorado Study	Hospitales de enfermos agudos, 1992	14 565	787	5.4
Reino Unido e Irlanda del Norte	Hospitales de enfermos agudos, 1999–2000	1 014	119	11.7
Dinamarca	Hospitales de enfermos agudos, 1998	1 097	176	16.0
Australia, <i>Quality in Health Care Study</i>	Hospitales de enfermos agudos, 1992	14 179	2 353	16.6

EA: efectos adversos.

mover la seguridad del paciente a través de un programa denominado *Building a safe HNS*, entre cuyas acciones se establece la obligatoriedad para notificar eventos adversos y complicaciones derivadas de la atención sanitaria.²⁰

El estudio retrospectivo del grupo de Harvard (cuadro 2–1), y otros estudios efectuados con una metodología similar de revisión de expedientes, han contribuido a precisar la tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Dentro de esos estudios se encuentra el estudio de prevalencia en hospitales realizado en 2005 en España, cuya tasa de EA fue de 8.4% para la atención hospitalaria y de 9.3% si se toma en cuenta a los pacientes atendidos en forma ambulatoria.²¹ El estudio IBEAS, realizado en el 2007 en hospitales de cinco países de América Latina, mostró tasas de EA por país que oscilaron entre 7.7% y 13.1%.²²

De los estudios realizados, en el que se encontró la tasa más alta, de 16.6%, fue en el denominado *The Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)*, realizado en 1995.²³ Por el contrario, la menor tasa —2.9%— se encontró en los estudios efectuados en 1992 en los estados de Utah y Vermont de EUA.²⁴ Con una tasa intermedia se encuentran los realizados por Vincent y colaboradores en Londres, en 1999 y 2000, con una tasa de 10.8%;²⁵ el de Nueva Zelanda, realizado en 1995, con una tasa de 12.9%;²⁶ y el de Canadá, de 2000, con una tasa de 7.5%.²⁷ Se ha tratado de explicar que la variabilidad de estos resultados depende del objetivo del estudio, el tipo de servicios que se selecciona para realizarlo y el tipo de población. Cabe señalar que cuando los estudios se realizan con una metodología prospectiva o en unidades específicas, como las de cirugía y cuidados intensivos, se obtienen tasas de eventos adversos más elevadas. Asimismo, se debe destacar que en aquellos estudios que han investigado la posibilidad de prevenir los eventos adversos, se ha encontrado que cuando menos 50% de ellos se pudo haber evitado.

Con base en los resultados de esos estudios, hoy se acepta que la tasa de EA en pacientes hospitalizados es de alrededor de 10%. En otras palabras, de cada 10 internamientos, cuando menos uno presentará eventos adversos.

Además de los estudios antes descritos, se han efectuado estimaciones acerca del costo de los eventos adversos para los sistemas de atención. Si bien no son estimaciones exactas, dan una idea general de cuál es el precio que hay que pagar por los errores en la práctica médica. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6 mil millones y 29 mil millones de dólares estadounidenses.²⁸

Una estimación realizada en el 2010 en España acerca del impacto económico, refiere que con los costos debidos a estancias innecesarias generadas por eventos adversos, se podrían construir seis hospitales de 500 camas.²⁹ Lo más importante es tener conciencia de que la inversión en acciones de seguridad del paciente pue-

de tener una alta rentabilidad económica, ya que el ahorro puede ser muy superior a los gastos que produce.

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los resultados de estudios efectuados por investigadores independientes, agencias de gobierno y organismos no gubernamentales, acerca de la magnitud y tipo de daño a pacientes debidos a errores de la práctica médica, proporcionaron el soporte técnico para que la OMS colocara el tema de la calidad y la seguridad del paciente en la agenda de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en Mayo de 2002. En dicha asamblea y con base en el informe sobre calidad de la atención y seguridad del paciente preparado por un grupo de expertos, se aprobó una resolución en la que se recomendó a los países miembros de la OMS que prestasen mayor atención al problema de la seguridad del paciente y estableciesen programas para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, en particular en áreas como medicamentos, equipos médicos y tecnología.³⁰

En noviembre de 2003 se llevó a cabo una reunión de funcionarios con poder de toma de decisión en el ámbito de las políticas sanitarias, así como expertos internacionales de todas las Regiones de la OMS, para discutir el futuro de la cooperación internacional en seguridad del paciente, durante la cual se propuso y aprobó la creación de la AMSP³¹ y se definieron grupos de trabajo para temas específicos como los siguientes:

- a. Desarrollo y monitoreo de políticas de seguridad del paciente.
- b. Sistemas de reporte y aprendizaje.
- c. Investigación.
- d. Taxonomía.
- e. Involucramiento de pacientes en la seguridad.

La integración de la AMSP y el trabajo que ha realizado desde entonces ayudaron a colocar los temas de seguridad del paciente en la agenda de los sistemas de salud de los países y a desarrollar acciones y estrategias para reducir los eventos adversos a nivel global o mundial, entre las que destacan los denominados retos globales.

Retos globales

Los retos globales promovidos por la OMS tienen el propósito de lograr el compromiso político de los países para desarrollar acciones que impacten favorable-

mente y en el menor tiempo posible en la disminución de eventos adversos de gran magnitud e impacto en la salud de los pacientes, como las infecciones hospitalarias y las complicaciones derivadas de la atención quirúrgica.

Primer reto. Una atención limpia es atención segura

Fue lanzado en el 2005 como una campaña a nivel mundial y tiene como elemento clave el lavado de manos, con el fin de prevenir la transmisión de patógenos.³² Aun cuando el lavado de manos es el elemento nuclear, el reto incluye en realidad los siguientes cuatro tipos de acciones:

- Prácticas limpias: lavado de manos y seguridad de los procedimientos clínicos, quirúrgicos y de urgencias.
- Entorno limpio: seguridad del agua, saneamiento y gestión de residuos.
- Productos limpios: seguridad en transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Equipos limpios: inmunizaciones e inyecciones seguras.

Estas acciones son fundamentales para crear un ambiente de seguridad ya que, por ejemplo, la falta de una disposición adecuada de desechos sólidos y líquidos de un hospital puede propiciar infecciones no sólo al paciente, sino también al personal de salud y a personas fuera del hospital expuestas a estos materiales.

Lavado de manos. Actividad estelar de este reto

Las infecciones hospitalarias causan cerca de 50% de los eventos adversos y ocasionan costos adicionales considerables a los sistemas de salud, por lo que se ha puesto especial énfasis en el lavado de manos como medida preventiva.³³ La pandemia de influenza de 2009 también contribuyó a darle relevancia, ya que durante esa etapa el lavado de manos adquirió un papel protagónico.³⁴ El lavado de manos se ha promovido ampliamente en los sistemas de salud y se han desarrollado materiales educativos para promover su correcta ejecución, como el que se presenta en la figura 2-4.³⁵

Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países de cuatro regiones (Asia suroriental, Europa, Mediterráneo oriental y Pacífico occidental) reveló que, en promedio, 8.7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales.³⁶ En cualquier momento, más de 1.4 millones de personas en el mundo padecen complicaciones infecciosas relacionadas con la atención sanitaria. Por ejemplo, en México representan la tercera parte de las muertes en la población.³⁷ Al sufrimiento humano que ocasionan estas infecciones hay que agregar su impacto económico. En EUA el riesgo de contraer infecciones nosocomiales ha aumentado de forma constante en los últimos decenios y los costos adicionales se estiman entre 4 500 y 5 700 millones

¡Lávese las manos si están visiblemente sucias!
De lo contrario, use un producto desinfectante de las manos
Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Figura 2-4. ¿Cómo lavarse las manos?

de dólares anuales. En Inglaterra esas infecciones le cuestan 1 000 millones de libras anuales al *National Health Service*.

El lanzamiento de la campaña Atención limpia es atención segura se realizó en octubre de 2005 en Ginebra, Suiza. La primera fase de esta campaña se desarrolló de 2005 a 2006 y, para evaluar los resultados, la Alianza Mundial realizó una encuesta entre marzo y agosto de 2007 a través de 237 personas denominadas Campeones de la seguridad del paciente, provenientes de 43 países, quienes la aplicaron en sus comunidades a usuarios de los servicios de salud. La distribución de estas personas, según las diversas regiones que tiene la OMS se incluye en el cuadro 2-2.

Cuadro 2-2. Distribución de campeones de la seguridad del paciente

Región	Nº de respuestas	Porcentaje
The Americas (AMOR/PAHO)	144	61%
Europe (EURO)	50	21%
South East Asia and Western Pacific (SEARO y WPRO)	33	14%
Africa and the Eastern Mediterranean (AFRO y EMRO)	10	4%

Cuadro 2–3. Disponibilidad de productos para la higiene de las manos

	Sí	Alguna vez	No	No responde
Se dispone de productos de limpieza de manos (p. ej., jabón, agua o gel antibacterial) para uso del equipo médico, los pacientes y las visitas?	74%	4%	19%	4%

Una de las preguntas estuvo relacionada con la disponibilidad de productos para la higiene de manos (cuadro 2–3).

Otra pregunta se relacionó con la labor de concientización de la importancia que tiene el lavado de manos, que puede ser llevada a cabo por los propios pacientes con los trabajadores sanitarios (cuadro 2–4).

Se puede observar que, a pesar de haberse realizado intensas campañas sobre el lavado de manos, una cuarta parte de los encuestados indicó que los productos para el lavado de manos no se encuentran disponibles en los centros de atención y sólo la tercera parte de ellos preguntó al personal de salud sobre el lavado de manos antes de ser explorados. Otros estudios revelan que el personal médico es más resistente al lavado de manos que el personal de enfermería, incluso después de recibir educación o capacitación sobre el tema.

Actualmente, con la evidencia disponible, no se puede poner en duda la importancia del lavado de manos para la seguridad del paciente, sobre todo de aquel que se encuentra hospitalizado. Sin embargo, los estudios efectuados para ver la adherencia del personal de salud a esta práctica de seguridad muestran una gran variabilidad. De manera general se puede señalar que la tasa de adherencia es una cuando se valora durante las campañas intensivas de lavado de manos, y otra cuando se valora fuera de las campañas.³⁸ La tasa de adherencia observada es mayor durante las campañas y menor (adherencia residual) fuera de ellas, hasta llegar a cifras menores a 20%, lo cual indica que aún hay mucho que hacer para mejorar la cultura de seguridad.^{39,40}

Cuadro 2–4. Experiencias con el lavado de manos entre pacientes y trabajadores sanitarios

	Sí	No	No responde
¿Le ha preguntado a la persona encargada de su salud si se lavó las manos antes de revisarlo a usted?	33.5%	66%	0.5%

Segundo reto. Cirugía segura salva vidas

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria desde hace más de un siglo. Se calcula que en todo el mundo se realizan 234 millones de cirugías mayores anualmente, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. A pesar de su costo-eficacia para salvar vidas y evitar discapacidades, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en el mundo. Así mismo, la falta de seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños considerables.

En los países industrializados se estima que entre el 3 y 16% de los procedimientos quirúrgicos tienen complicaciones que requieren reingreso. La tasa de mortalidad o discapacidad permanente es de 0.4 a 0.8%. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad de 5 a 10% en operaciones de cirugía mayor.

Debido a esta situación, la OMS y la AMSP empezaron a trabajar en este reto en enero de 2007, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados miembros de la OMS.

Este segundo reto mundial intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:⁴¹

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

Listado de verificación quirúrgica. Actividad estelar de este reto

Es común escuchar entre los profesionales del área de calidad que la acreditación de prestadores implica que los establecimientos deban implementar la llamada Pausa de seguridad en sus pabellones quirúrgicos. También conocida como Lista de chequeo de la OMS, esta práctica ha encontrado rápida difusión en el mundo, gracias precisamente a la promoción que ha hecho la OMS a través de la AMSP.

La lista de verificación de la seguridad quirúrgica no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial. Está pensada como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios:

- a. Simplicidad.** Si bien una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, ello dificultaría su uso y difusión. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable, ya que las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.
- b. Amplitud de aplicación.** El objetivo es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos, ya que en todos los entornos y ambientes se producen fallas que se pueden evitar o reducir con soluciones comunes.
- c. Mensurabilidad.** Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

La lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de llenar la Lista de verificación, confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.⁴²

La lista consta de tres columnas, cada una de las cuales se refiere a las tres fases descritas (figura 2-5).⁴³

La efectividad del uso de la lista como intervención de seguridad del paciente ha sido evaluada a través de diversos estudios. Uno de los más representativos es el efectuado por un grupo de estudio sobre la estrategia de cirugía segura salva vidas realizado en 2007 y 2008 en ocho hospitales, cuatro países desarrollados y cuatro en desarrollo (Filipinas, India, Tanzania, Jordania, Inglaterra, Canadá, EUA y Nueva Zelanda). Los resultados fueron una tasa de mortalidad quirúrgica de 1.5% antes de la incorporación de la lista de chequeo y de 0.8% después de su incorporación. En dicho estudio también se encontró que la tasa de complicaciones quirúrgicas disminuyó de 11 a 7% ($p = 0.003$), una reducción de casi 50%.⁴⁴ El estudio comparó la mortalidad y tasa de algunas complicaciones posquirúrgicas en casi 4 000 pacientes antes, y otros 4 000 después de implementado el protocolo (mayores de 16 años de edad, sometidos a cirugía no cardíaca). Tam-

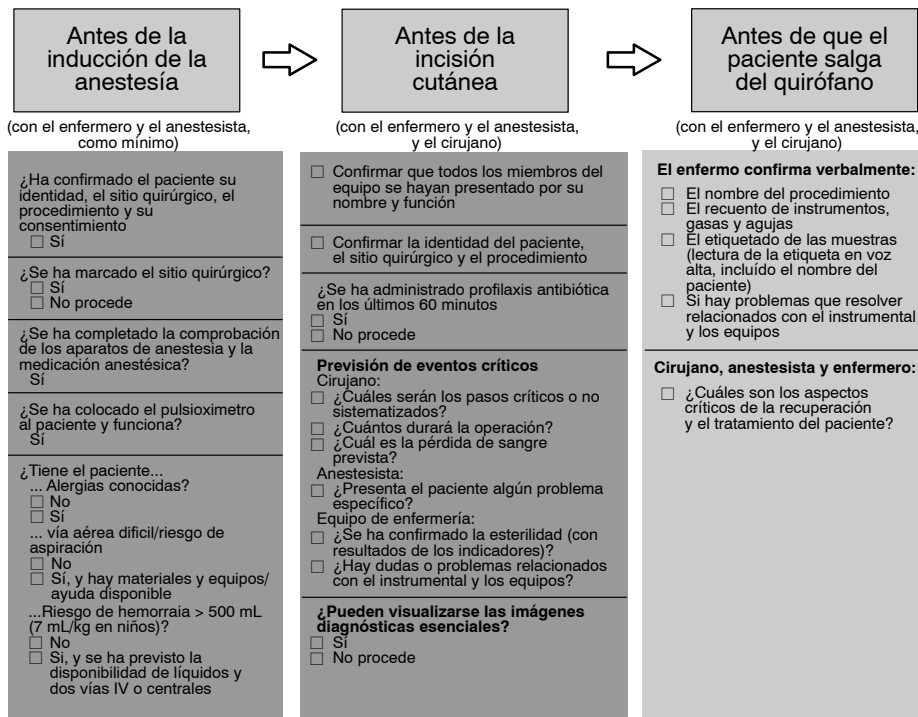


Figura 2-5. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

bién se disminuyeron las infecciones de sitio quirúrgico de 6.2 a 3.4% ($p < 0.001$), los reingresos posquirúrgicos de 2.4 a 1.8% ($p = 0.047$) y las complicaciones mayores de 11 a 7% ($p < 0.001$). Al analizar los resultados, separando los hospitales de países desarrollados de aquellos de países de ingresos medios y bajos, las diferencias se mantienen, excepto en la mortalidad, que dejó de ser significativa en los países de ingresos altos. Los resultados del estudio son una evidencia de la efectividad o impacto de la introducción de la Lista de verificación de la seguridad quirúrgica y sin duda se trata de una medida altamente costo-efectiva.

ESTUDIOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MODELOS EXPLICATIVOS

De manera general, la seguridad del paciente se valora comúnmente a través de un indicador negativo o indicador de daño, conocido como Tasa de eventos adversos, el cual, al centrarse en el daño y no en los riesgos, tiene una utilidad limita-

da para gestionar acciones de prevención dirigidas a reducir o atenuar condiciones adversas del sistema de atención que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Cuando se analizan los eventos adversos se puede identificar que éstos se deben a fallas o errores, cuyo abordaje puede efectuarse bajo dos enfoques o puntos de vista: uno centrado en la persona y, el otro, centrado en el sistema. En el enfoque centrado en la persona, el incidente o evento adverso es percibido como una falla o error ocasionado por una persona o individuo, a quien se le atribuirá la culpabilidad del daño ocasionado al paciente. En el enfoque centrado en el sistema, se asume que si bien en el incidente participan personas, las fallas son del sistema de atención o del sistema de salud, es decir, se asume que es una falla sistémica. Para comprender este último enfoque, ha sido de gran ayuda el modelo explicativo que propuso el psicólogo James Reason en 1990, conocido como modelo de queso suizo.⁴⁵

El modelo propone que los sistemas de atención cuentan con diversas barreras que impiden que los riesgos inherentes a la atención médica ocasionen daño a los pacientes. Estas barreras son los sistemas de selección de personal, los programas de capacitación continua, los sistemas de supervisión, la definición y descripción de procesos de atención, y los programas específicos de calidad y seguridad del paciente, por citar algunos ejemplos. El grado de permeabilidad de dichas barreras dependerá de la forma como realmente funcionen; entre mejor sea su funcionamiento, la permeabilidad será menor y así será la posibilidad de eventos adversos o daño a los pacientes. Sin embargo, estas barreras habitualmente no son infalibles o impermeables y tienen agujeros, como si se tratara de rebanadas de un queso suizo, por lo que la probabilidad de daño a los pacientes existe en todo sistema de atención.

El modelo de Reason también propone dos tipos de fallas, a unas las denomina fallas activas y se refieren a errores visibles de omisión o comisión de una persona o profesional de salud, que se relaciona directamente con el daño al paciente. Por ejemplo, el uso de un fármaco equivocado por parte de una enfermera, la cirugía en sitio equivocado por un cirujano o la caída de un paciente que es trasladado por un camillero.

Al segundo tipo de fallas las denomina fallas o condiciones latentes y se refieren a problemas generalmente ocultos y que son propios del diseño y funcionamiento del sistema de atención. Por ejemplo, personal mal capacitado, inadecuada supervisión del personal de enfermería, identificación inapropiada de pacientes, omisión sistemática de la lista de verificación quirúrgica o del lavado de manos, insuficiente cultura organizacional de seguridad del paciente, etc. En un evento adverso siempre existen ambos tipos de fallas, de modo que centrar su análisis con fines de aprendizaje y prevención sólo en las fallas activas, no sólo es insuficiente sino que resulta inapropiado.

Aun cuando es habitual que las barreras no sean perfectas o impermeables y presenten agujeros, también es cierto que por lo general los agujeros de esas barreras no están alineados, por lo que la falla en una barrera del sistema es contrarrestada por alguna o algunas otras barreras, de modo que los riesgos, representados en el modelo por una flecha, no llegan a dañar al paciente. Sin embargo, cuando dichas fallas o agujeros se alinean, permiten el paso de la flecha (el riesgo o los riesgos) y ello ocasiona el daño al paciente, al que se le denomina evento adverso. En otras ocasiones falla una o más de una barrera, pero el hecho de que otras se mantengan impermeables, de modo que la falla o fallas no logren causar daño, resulta sólo en un incidente denominado cuasi-falla. Entonces, el problema no es que ocurra una falla en el sistema, sino que concurren varias fallas. Esto es lo que en realidad ocurre cuando se presenta un evento adverso, ya que éste es el resultado de una cadena de acontecimientos desafortunados y más que una falla aislada es una serie de fallas del sistema que es necesario analizar y corregir (figura 2-6).

El término fallas latentes fue utilizado, entre otros investigadores, por Thomas y Petersen,⁴⁶ quienes las definen como “condiciones o defectos de los sistemas de salud que en cualquier momento pueden dar lugar a errores en la atención” y que muchas veces están presentes por meses o años sin que nadie se ocupe de corregirlos.

Además de los ejemplos ya citados, se pueden agregar los siguientes: organización diseñada deficientemente, instalación incorrecta de equipos, deficiente sistema de adquisiciones, falla en el mantenimiento, personal inadecuado, entre otros. Es decir, fallas de carácter estructural de los sistemas de atención.⁴⁷ Estos defectos de los sistemas de salud, desde el punto de vista epidemiológico constituyen riesgos para la salud, ya que cuando están presentes existe la probabilidad

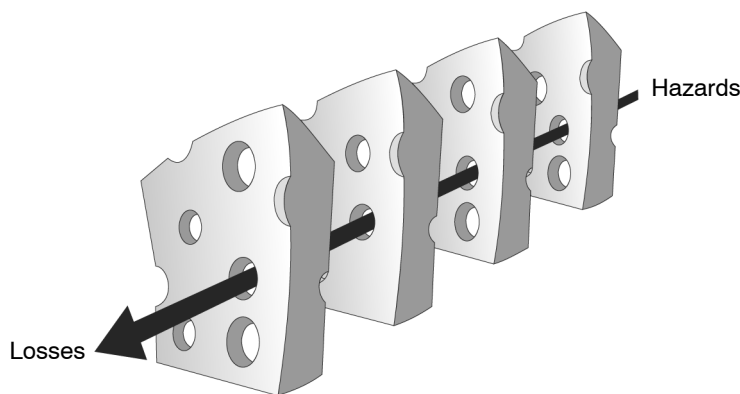


Figura 2-6. Modelo de queso suizo.

de que ocurra un evento, generalmente desfavorable para la salud de los pacientes (lesión, enfermedad, fallecimiento).⁴⁸

En la medicina clínica a las fallas latentes también se les denomina casi-fallas o casi-errores (*near-miss event*).

Las cuasifallas son situaciones o incidentes que, de no haber sido evitados, hubieran podido provocar daño al paciente. El estudio de las casi-fallas ha demostrado su utilidad en otros ámbitos como la aviación o la energía nuclear, donde han sido analizadas tan exhaustivamente como los eventos adversos, ya que se ha encontrado que los factores que las ocasionan son prácticamente los mismos que los que producen los eventos adversos. Es por esto que su identificación oportuna y las acciones para disminuirlas son al mismo tiempo una acción preventiva de los eventos adversos.

Los estudios de investigación sobre los eventos adversos se inician hace no más de tres décadas, pero el *Harvard Medical Practice Study*, realizado en 1984 en 51 hospitales del Estado de Nueva York, es considerado como uno de los estudios pioneros para determinar la tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados.⁴⁹

La metodología de dicho estudio fue utilizada posteriormente en diversos países desarrollados, con el mismo propósito, así como en el estudio ENEAS de España y el IBEAS, realizado en cinco países de América Latina. Los resultados de estos estudios contribuyeron a fundamentar las resoluciones de la OMS y la OPS para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente, así como para estimular el desarrollo de sistemas de notificación y sistemas de gestión de riesgos.

En 2002 un informe técnico coordinado por la OMS y utilizado para llamar la atención de los países miembros de dicha organización sobre el tema de la seguridad del paciente y los eventos adversos, mostró el resultado de diversos estudios en los que se puede ver que el porcentaje de dichos eventos es de alrededor de 10% (cuadro 2-5).⁵⁰

Un estudio realizado en cinco países de América Latina bajo el título IBEAS (Investigación Basal de Eventos Adversos en Salud), encontró una tasa de 10.2%.⁵¹

Los estudios sobre la seguridad del paciente han proliferado y su crecimiento ha sido exponencial en los últimos años a partir de la publicación, en el año 2000, del libro *To Err is human: building a safer health system*, publicado por el IOM de EUA (figura 2-7).

Los estudios sobre eventos adversos en la atención ambulatoria aún son incipientes y muestran que la incidencia es menor que en el ámbito hospitalario, siendo de entre 1 y 2%.

Los resultados preliminares de un estudio piloto auspiciado por la OPS y efectuado en cuatro países a finales de 2012 y principios de 2013, entre ellos México, corrobora dicha apreciación, aunque en el caso de México fue un poco mayor.⁵²

Cuadro 2–5. Resultados del estudio de la OMS sobre eventos adversos, 2002

Estudio	Enfoque del estudio (fecha de admisión)	Admisiones hospitalarias	Eventos adversos	Eventos adversos (%)
<i>EUA (Nueva York) (Harvard Medical Practice Study)</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1984)	30 195	1 133	3.8
<i>EUA (Utah–Colorado Study [UTCOS])</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 565	475	3.2
<i>EUA (UTCOS)¹</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 565	787	5.4
<i>Australia (Quality in Australian Health Care Study [QAHCS])</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 179	2 353	16.6
<i>Australia (QAHCS)²</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 179	1 499	10.6
<i>Reino Unido y Norte de Irlanda</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1999–2000)	1 014	119	11.7
<i>Dinamarca</i>	Hospitales de cuidados intensivos (1998)	1 097	176	9.0

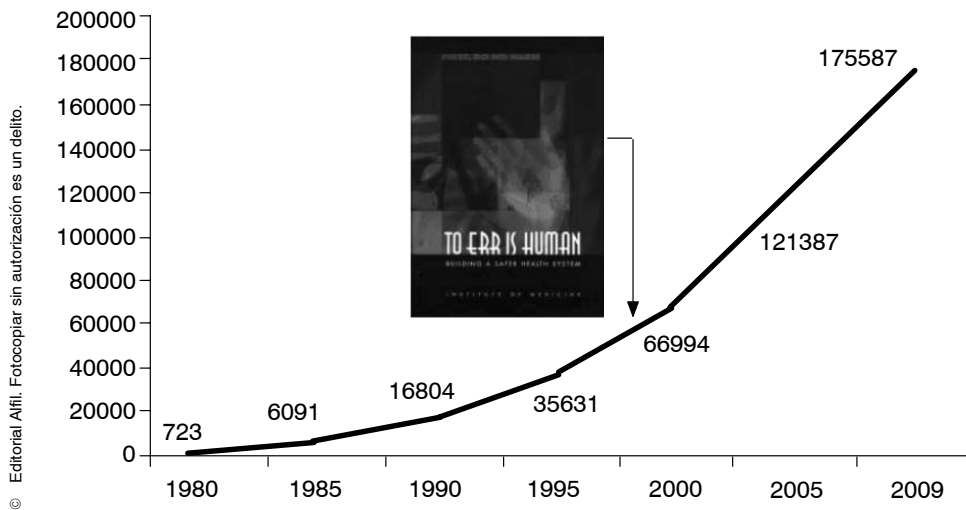


Figura 2–7. Publicaciones sobre seguridad en PubMed.

REFERENCIAS

1. **Maslow AH:** A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943;50:370–396. The American Psychological Association. <http://psychcentral.com/classics/Maslow/motivation.htm>.
2. **Fernández PJP:** *Seguridad humana*. Tesis doctoral. Barcelona, Universidad de Barcelona, 2005. http://iidh-websserver.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad/12_2010/d540f1cb-719b-4b49-95b1-f61a7faa7ab2.pdf.
3. **Heinrich HW:** *Industrial accident prevention. A scientific approach*. Nueva York, McGraw–Hill, 1941. <http://www.library.wisc.edu/selectedtocs/ca4562.pdf>.
4. Organización de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Objetivo de Desarrollo del Milenio. 2000. <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>.
5. Organización de Naciones Unidas, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: Informe sobre desarrollo humano. Cap. 2. 1994. <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1994/capitulos/espanol/>.
6. **Brundland GH:** 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 2002. http://www.who.int/director-general/speeches/2002/spanish/20020513_55%AAASAMBLEAMUNDIALDELASALUD.es.html.
7. Organización Mundial de la Salud: Programa de trabajo, periodo 2006–2015. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_spa.pdf.
8. Organización Panamericana de la Salud: 45ª Consejo Directivo. Resolución CD45.R8. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r8-s.pdf>.
9. Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Resolución 62/192. Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres. Febrero de 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud: Índice de seguridad hospitalaria. <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc18025/doc18025.htm>.
11. **Pardo R et al.:** Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* 2005;20(4):211–215.
12. **Barr D:** Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. *JAMA* 1955;159:1455.
13. **Moser R:** Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956;255:606–614.
14. **Chantler C:** The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353(9159):1178–1181.
15. **Schimmel EM:** The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964;60:100–110.
16. **Steel K, Gertman PM, Crescenzi C:** Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981;304:638–642.
17. **Brennan TA et al.:** Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370–376.
18. World Health Organization: Fifty Fifth World Health Assembly. 23 de marzo de 2002.
19. **Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS:** *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, 2000.
20. Department of Health: *Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory*. Londres, Great Britain Department of Health, 2001.
21. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
22. Estudio IBEAS. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.
23. **Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L et al.:** *The Quality*

- in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458–471.
24. **Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T et al.:** Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261–271.
 25. **Vicent C, Neale G, Woloshyowych M:** Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001;322:517–519.
 26. **Davis P, Lay–Yee R, Briant R, Ali W, Scott A et al.:** Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZ Med J* 2002;115:U271.
 27. **Baker R, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A et al.:** The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678–1686.
 28. **Davis P, Lay–Yee, Briant R et al.:** Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *NZ Med J* 2002;115(1167):U271.
 29. **Mira JJ:** Impacto social de los eventos adversos. Simposio Internacional de la CONAMED. México, 2010.
 30. World Health Organization: WHA55. Resolution A55/13 Quality of Care: patient Safety. 13 a 18 de mayo de 2002.
 31. World Health Organization: International Alliance. http://www.who.int/patientsafety/international_alliance/en/.
 32. World Health Organization: Primer reto mundial. <http://www.who.int/gpsc/es/index.html>.
 33. Organización Mundial de la Salud: Guía práctica para la prevención de las infecciones nosocomiales. Ginebra, 2003. <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf>.
 34. Organización Mundial de la Salud: Seguridad del paciente. Alianza Mundial para una Atención de Salud Segura. 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/gpsc_5may_How_To_HandWash_Poster_es.pdf.
 35. World Health Organization: Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft). http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download/en/index.htm.
 36. Organización Mundial de la Salud: Alianza Mundial para la Salud del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. http://www.who.int/patient-safety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf.
 37. **Ponce de León S:** The needs of developing countries and the resources required. *J Hosp Infect* 1991;18(Suppl A):376–381.
 38. **Dierssen ST, Brugos LV et al.:** Evaluation of the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence. *Am J Infect Control* 2010;38:1–4.
 39. **Boyce JM:** Hand hygiene compliance monitoring: current perspectives from the USA. *J Hosp Infect* 2008;70(Suppl 1):2–7.
 40. **Dierssen ST et al.:** Impacto de una campaña de mejora de higiene de manos sobre el consumo de soluciones hidroalcohólicas en hospital de tercer nivel. *Gac Sanit* 2010;14(4).
 41. Organización Mundial de la Salud: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas. 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf.
 42. Organización Mundial de la Salud: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de aplicación de la lista de la OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf.
 43. Organización Mundial de la Salud: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista de verificación de la seguridad en la cirugía. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa_Checklist.pdf.
 44. **Haynes AB et al.:** A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global

-
- population. *N Engl J Med* 2009;360:491–499.
45. Reason J: Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320(7237):768–770.
 46. **Thomas EJ, Petersen LA:** Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med* 2003;18:61.
 47. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Int Med* 2003;18:63.
 48. World Health Organization: The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra, WHO, 2002.
 49. **Leape LL, Brennan TA, Laird N et al.:** The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377–84.
 50. World Health Organization: Fifty–Fifth World Health Assembly. WHA55.18 Quality of care: patient safety. 2002.
 51. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Informe del Estudio IBEAS. 2007.
 52. Javier Santacruz Varela (coord. del estudio en México). Comunicación personal.

Marco legal de la práctica médica y la seguridad del paciente

Lilia Cote Estrada, Ricardo García Cruz, Sara Gutiérrez Dorantes

Todas las acciones humanas tienen la posibilidad de incurrir en fallas o errores. A menos que se identifiquen con antelación los riesgos y éstos se corrijan, su producción es inminente. Esta hipótesis, antes del año 2000, no había sido identificada con tal precisión, pero a partir de entonces, con el multicitado estudio *To err is human* del Instituto de Medicina de EUA, se generó un cambio de paradigma, una preocupación global y una gran área de estudio, que ha permitido el conocimiento profundo de este fenómeno.¹ En las últimas décadas la seguridad del paciente se ha convertido en la mayor área de investigación, discusión pública y política de salud, enfocada en identificar los eventos adversos, analizar su origen para implementar medidas de barrera y lograr su reducción.²

Pese a que una de las corrientes más importantes es considerar que los errores son producto del sistema, este nuevo enfoque no deja de lado la conducta y responsabilidad de cada persona, sino que busca el equilibrio entre ambos.³

Es necesario cambiar la cultura tradicional, que es punitiva, para transitar a una cultura de la seguridad, donde los profesionales se responsabilizan de su conducta y no existen castigos al reportar los eventos adversos.

El modelo de la cultura justa describe tres escenarios al revisar el comportamiento de los clínicos en el momento de un evento adverso: un simple error, una acción en la que se toman riesgos y una conducta negligente.

En el primer caso, el error puede generarse por un entorno caótico, con muchas distracciones. La respuesta apropiada de acuerdo con la cultura justa es apoyar al individuo, y modificar el sistema para facilitar que sucedan las cosas de forma correcta.

En el segundo, el profesional toma el riesgo, por ejemplo, al administrar un medicamento en urgencias, donde identifica al paciente sólo por el número de cama. En este caso lo que se requiere es capacitación y la implantación de medidas de seguridad, es decir, transitar a una organización que aprende. Para ello, es importante mejorar la comunicación y el trabajo en equipo. Las fallas de comunicación son las causas más comunes de eventos centinela reportados por la *Joint Commission* de EUA.⁴

Y en el último caso, cuando existe una conducta negligente y recurrente, entonces proceden las sanciones.

Es una necesidad humana, tanto en el ámbito del derecho como de la medicina, evitar la incertidumbre y buscar la seguridad. Tanto en la praxis clínica, para obtener los mejores resultados, como en la jurídica, la seguridad es un objetivo del derecho, pero no el fin último, ya que esto le corresponde a la justicia.^{5,6}

En el desarrollo del capítulo se abordarán dos aspectos importantes: el marco jurídico de la práctica médica, por pocos conocido y subestimada su importancia, y su relación con la seguridad del paciente.

MARCO LEGAL DE LA PRÁCTICA MÉDICA. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El sistema jurídico mexicano dispone de un marco general para mantener la armonía y convivencia de todos los miembros de la sociedad, así como la seguridad jurídica para conservar los derechos humanos, entre ellos la salud.

El quehacer diario del hombre es un conjunto de actos jurídicos que muchas veces se realizan sin estar conscientes de ello. En el caso del profesional de la salud, su responsabilidad consiste en consultar un paciente, completar su protocolo de estudio para establecer el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente; o atenderlo de acuerdo a la profesión que desempeña (enfermera, químico, trabajadora social, etc.). Por lo tanto, conocer el marco jurídico que los rige permite una visión más clara de la práctica profesional y sus obligaciones.⁷

Es conveniente saber que la aplicación de las leyes en el marco jurídico se realiza, en primer lugar, con base en un método jurídico estricto, con un sistema jurídico escalonado. Su jerarquía está representada gráficamente por la pirámide kelseniana, donde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra en el vértice de la pirámide como nuestra carta magna. Ninguna ley, código, reglamento o norma puede estar por encima de la Constitución. En segundo término, contamos con los tratados internacionales de los que México forma parte, seguidos de las leyes federales y estatales, que se encuentran al mismo nivel.⁸

En cuanto a su aplicación de acuerdo a la materia que regula, las ramas del derecho dividen de la siguiente forma: por el ámbito material de validez, el derecho público incluye las ramas penal, procesal, constitucional, internacional pública, administrativa y electoral; el derecho privado, las ramas civil, mercantil e internacional privado; y el derecho social, las ramas agraria, del trabajo, asistencia social y seguridad social. Si se amplían algunos conceptos encontramos también el ámbito espacial de validez, es decir, si son vigentes en todo el país, como las leyes federales, o cobran vigencia en un estado o municipio. Y por último, está el ámbito temporal de validez, o sea el lapso en que pueden aplicarse.⁹

Entonces, el ejercicio médico está enmarcado por el cumplimiento de los ordenamientos jurídicos que exige la sociedad y lo que determina la ciencia médica. En los primeros están todas las leyes y normas y, en la segunda, lo que determina la medicina basada en evidencia.

Resulta complejo explicar el conjunto de leyes y normas que aplican a los profesionales de la salud, por ello revisaremos los más representativos.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La protección a la salud como derecho constitucional en un inicio fue catalogada como garantía individual, pero recientemente se modificó por un concepto universal, como lo son los Derechos Humanos y sus Garantías (Reforma Constitucional 10 de junio 2011).¹⁰

Con este punto de partida, el derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Es un derecho prestacional en la medida que conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos y también significa la obligación negativa del Estado de no dañar la salud. En el enfoque de prestación de servicio y su otorgamiento, debe al menos tener las siguientes características: universalidad, equidad y calidad.¹¹

La Ley General de Salud establece la forma de organización y las competencias o atribuciones de los servicios de salud pero, fundamentalmente, especifica la forma en que deben ser tratadas todas las personas para solucionar cualquier problema de salud, independientemente de la edad, sexo, condición física y social, religión, tendencia política o afiliación a alguna institución en particular.

La atención médica, vista en el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, tiene las siguientes actividades centrales:

- **Preventivas.** Incluyen las de promoción y educación para la salud, y las de protección.

- **Curativas.** Tienen como fin establecer un diagnóstico y proporcionar un tratamiento oportuno.
- **De rehabilitación.** Incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez física o mental.¹²

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, describe con mayor detalle la prestación de los servicios de salud.¹³

LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5 CONSTITUCIONAL

Por otro lado, en nuestro país se regula el ejercicio de las profesiones a partir de 1857, pero a partir de 1945 entra en vigor la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones, la cual prevé como puntos importantes:

- Exige a algunas profesiones el contar con título profesional, como patente para ejercer.
- Impone a los profesionistas la obligación de poner todos sus conocimientos y recursos técnicos al servicio de las personas que lo requieran, a cualquier hora y sitio en caso de urgencia.
- Incluye las normas necesarias para resolver los conflictos que se presenten por inconformidad del público, ya sea por el trabajo profesional o con la regulación de los honorarios.
- Estimula a los profesionistas para formar asociaciones profesionales de cada rama, debidamente reglamentadas para darles respetabilidad, sin que sea obligatorio pertenecer a ellas.
- Impone la obligación de prestar el servicio social retribuido, consistente en la resolución de consultas, ejecución de trabajos y aportación de datos en interés de la sociedad y del Estado; y los somete, en caso de emergencia, a lo que dispongan las leyes respectivas.¹⁴

El Código Penal y el Civil Federal, compilan las normas jurídicas del Estado en materia penal y civil.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Las leyes son generales; sin embargo, los elementos normativos que describen a detalle, en este caso, los procesos de atención médica, son las Normas Oficiales

Mexicanas (NOM), las cuales se desprenden de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y se definen de la siguiente manera: “la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por la dependencias competentes, conforme las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación”.¹⁵ Su carácter obligatorio condiciona que los profesionales de la salud deben conocer sus especificaciones, pues el desconocimiento de las mismas de ninguna manera exentará su cumplimiento, mientras que las NOM, al no tener obligatoriedad, se consideran recomendaciones para los procesos y servicios.

Existen NOM dirigidas a regular temas como el uso del expediente clínico, sangre humana y sus derivados, diabetes mellitus, hipertensión arterial, prevención y control de infecciones nosocomiales, tuberculosis, cirugía ambulatoria, anestesiología, servicios de urgencias, etc. De tal suerte que los prestadores de servicios deben conocer las que aplican en su nivel de competencia para su cabal cumplimiento.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Es importante destacar la obligación de los prestadores de servicios de salud de proporcionar una atención profesional y éticamente responsable, que de no otorgarse en estos términos implicaría un incumplimiento que podría generar responsabilidad profesional, emanada de todas las leyes y normas.

La responsabilidad profesional es la obligación de satisfacer y reparar, por sí o por otro, alguna consecuencia de culpa, delito u otra causa legal. El médico puede enfrentarse en su práctica diaria a una responsabilidad y deberán responder por su conducta para reparar el daño. Es decir, el deterioro, destrucción, ofensa o dolor que provoque en las personas, valores morales o sociales de alguien, así como el pago de los perjuicios (afectaciones de naturaleza pecuniaria: ganancias que se dejarán de percibir por una acción u omisión).

Los profesionistas son responsables por acciones u omisiones en su práctica profesional. Su participación es más frecuente en delitos culposos (sin intención). Por lo tanto, definiremos cada uno de los conceptos, según los códigos penales.

- **Imprevisión.** El profesional de la salud debió prever que al realizar el hecho se produciría un daño o lesión.

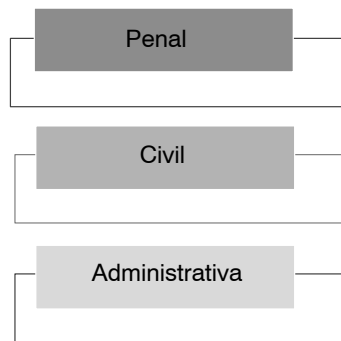


Figura 3–1. Tipos de responsabilidad profesional.

- **Negligencia.** Acción u omisión que ocasione consecuencia perjudicial; es la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas.
- **Impericia.** Es la falta de conocimientos de la práctica que cabe exigir a uno en su profesión, arte u oficio; es la torpeza o la inexperiencia. Falta de habilidades o conocimientos técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión.
- **Dolo.** Intención de dañar, maquinación o artificio para engañar; se requiere la intención, la voluntad dirigida a ocasionar un resultado. Es decir, obrar con la previsión de un resultado cierto.
- **Exceso de confianza.** Cuando se arriesga la integridad del paciente, previendo el incidente, pero se ejecuta el acto confiando en que no resultará.

Cuando los profesionales, técnicos y auxiliares de los servicios de atención médica no cumplen con las obligaciones que regulan el acto médico incurren en una responsabilidad (figura 3–1).

RESPONSABILIDAD PENAL

Se aplica a las personas físicas por acciones u omisiones que contempla la ley penal y se sanciona con privación de la libertad de tres días a 40 años. En los delitos culposos (sin intención), las acciones u omisiones se castigan con prisión y suspensión (uno a siete años), o pérdida del derecho para ejercer la profesión u oficio. Lo anterior con base en la culpa (leve o grave) de acuerdo con el arbitrio del juez.

En este tipo de delitos (culposos) la culpa puede ser consciente si se prevé el resultado, pero se confía en que no se producirá, o inconsciente si no se prevé.

Cuadro 3–1. Acciones consideradas dolosas por la Ley General de Salud

Ataques al pudor	Falsificación de documentos
Violación	Falsedad en declaración
Aborto (excepto en la localidad que está permitido)	Violación a las leyes de inhumación
Revelación de secreto profesional	Abandono de persona
Fraude	Encubrimiento

En la medicina ocurren efectos indeseables e incidentes, ya sea por tratamientos o procedimientos que se prescriben o practican, que indiscutiblemente confiamos que no ocurran.

En tal situación, deberá demostrarse que se tomaron todas las medidas para prevenir su ocurrencia.

Además de los previstos en la Ley General de Salud que hablan del tráfico de tejidos y órganos, y a pesar de que siempre se ha considerado que los profesionales de la salud no incurrir en acciones dolosas, vale la pena conocer cuales se incluyen en este tipo (cuadro 3–1).

El Código Penal Federal regula los delitos por Responsabilidad Profesional:

Artículo 228

Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

1. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia
2. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos

Artículo 229

El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o individuo enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.¹⁹

RESPONSABILIDAD CIVIL

La responsabilidad civil recae en personas físicas y morales. Proviene de la culpa (cuando no hay intención) o de actos intencionales, donde toma el nombre de dolo. La obligación del responsable es reparar los daños y perjuicios producidos, con motivo de un hecho delictuoso. El pago se hace en dinero y de acuerdo con lo que determine la ley.

CÓDIGO CIVIL FEDERAL

Artículo 2104

El que estuviere obligado a prestar un hecho y dejare de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido, será responsable de los daños y perjuicios.

- **Daño:** la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación (artículo 2108).
- **Perjuicio:** la privación de cualquiera ganancia lícita, que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación (artículo 2109).

Artículo 2110

Los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deban causarse.

Artículo 1910

El que obrando ilícitamente contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Artículo 1915

La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido, en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.²⁰

Cuadro 3–2. Sanciones por falta administrativa

Amonestación privada o pública	Suspensión del empleo, cargo o comisión por un periodo no menor de tres días ni mayor a un año
Destitución del puesto	Sanción económica
Inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público	

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Corresponde a los empleados de instituciones públicas. Su objetivo principal es sancionar las faltas administrativas, como el desacato a las normas oficiales o a los estatutos o reglamentos internos de cada institución. Consiste en suspensiones temporales o definitivas del cargo o empleo, además de la sanción económica e incluso amonestación pública por dichas faltas (cuadro 3–2). El órgano competente para conocer de una responsabilidad administrativa es la Secretaría de la Función Pública (en el ámbito federal), a través de los órganos internos de control en las instituciones públicas que prestan servicios médicos.^{16–18}

RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los ordenamientos jurídicos de manera directa o indirecta promueven la seguridad del paciente, ya que protegen desde sus derechos como ciudadanos, hasta cuestiones técnicas como el caso de las NOM.

Al analizar el siguiente caso podremos resaltar la relación de la práctica médica y sus obligaciones jurídicas, así como los riesgos que al no ser identificados produjeron eventos adversos.

Datos clínicos

El Sr. M., de 64 años, contaba con los siguientes antecedentes: colecistectomía hace 10 años, diabetes mellitus tipo II, cuyo tiempo de evolución se desconocía, sin control adecuado, alérgico a la penicilina. El 16 de marzo sufrió una caída de su altura en su domicilio, fue llevado a consulta urgente a una unidad de primer nivel, pero posteriormente fue referido a un hospital de segundo nivel el mismo

día; la valoración médica determinó su egreso a domicilio después de algunas horas; no se precisa el diagnóstico de egreso ni el tiempo de estancia. Dos días después nuevamente acudió al servicio de urgencias del mismo hospital, mostrando desorientación, confusión, excitación psicomotriz, déficit de movimiento en las extremidades izquierdas, especialmente la superior, por lo que fue referido a un tercer nivel para descartar hematoma subdural.

Comentarios. En el expediente clínico no está registrada la impresión diagnóstica ni su plan de manejo, el cual debería incluir la vigilancia de signos de alerta para ser revalorado; como sucedió, después tuvo que acudir nuevamente para ser revalorado.

Ley General de Salud, artículo 51. Los usuarios tendrán derecho de obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y recibir atención profesional y éticamente responsable así como trato respetuoso y digno de los profesionistas, técnicos y auxiliares.

El 22 de marzo durante su estancia en el hospital los familiares reportaron que el paciente sufrió una caída de la cama, en el expediente una nota de trabajo social especificó: "que el paciente fue hallado en el suelo de su habitación, fuera de su cama; sólo refería un golpe en el hombro izquierdo y dolor en el sitio.

Comentarios. Las caídas de los pacientes son la causa más común de eventos adversos reportada en los pacientes hospitalizados; generan lesiones de diferente magnitud además de un incremento de los días de la estancia hospitalaria; sus efectos secundarios no sólo involucran los aspectos clínicos, sino también un gran número de demandas legales. Aunque las caídas se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, es un hecho que existe mayor prevalencia en los pacientes ancianos. Lamentablemente este problema va en incremento.²¹

El día 23 de marzo el médico tratante revisó la tomografía de cráneo con evidencia de hematoma subdural. Se realizó drenaje de hematoma, requiriendo intubación endotraqueal y manejo en la unidad de cuidados intensivos; cuatro días después se detectó infección de las vías respiratorias bajas, por lo que se solicitó la valoración por parte del Servicio de Neumología, la cual se llevó a cabo el 29 de marzo; en dicha valoración se comentó que tanto clínica como radiológicamente presentaba neumonía izquierda.

El paciente presentó como evento adverso neumonía por ventilación mecánica, la cual generalmente es el resultado de varias omisiones en la atención médica, relacionadas con el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Por tocar algunos puntos observados como áreas de oportunidad en la práctica médica, se mencionan los siguientes:

- Higiene de manos. Todo personal de salud al entrar en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua corriente y jabón, y se-

carce con toallas desechables. Se debe realizar la higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente y realizar algún procedimiento.

- Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del hospital se debe cumplir con las precauciones estándar y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas.

Los circuitos para ventilación e inhaloterapia utilizados en cualquier servicio deberán ser lavados y esterilizados o someterlos a desinfección de alto nivel antes de ser usados en otro paciente.

En la interconsulta de infectología durante la exploración física del paciente se encontraron dificultades respiratorias, estertores crepitantes basales bilaterales de predominio izquierdo con algunas sibilancias inspiratorias, área cardiaca normal y abdomen normal con edema generalizado. La radiografía se interpretó con imagen de consolidación en la base pulmonar izquierda, leucocitosis y glucosa de 315 mg/dL, manejada con insulina con esquemas de destrostix, y la neumonía con pefloxacina y amikacina.

Comentarios. La neumonía asociada a la ventilación mecánica es una complicación frecuente que se asocia con una importante morbilidad, mortalidad y aumento de los costos sociales y económicos. Es la complicación infecciosa más frecuente en los pacientes admitidos en las unidades de terapia intensiva. Afecta a 27% de los pacientes en estado crítico. Su incidencia varía entre 8 y 28% de los pacientes intubados con ventilación mecánica. Su presencia se asocia con mayor mortalidad, que tradicionalmente se ha reportado entre 20 a 50%; se involucran criterios diagnósticos más específicos y se reporta una mortalidad de 6 a 8%.²²

El día 31 de marzo se encontraron datos de absceso en evolución por hematoma disecante del hombro izquierdo; cuatro días después se confirmó la presencia de absceso, al obtener por punción 145 mL de pus.

Comentarios. Nueve días después de que el paciente presentó una caída durante su estancia hospitalaria se identificó como complicación de este evento adverso, hematoma y absceso en el hombro izquierdo, condición que no se había detectado en la exploración física o al menos no se había registrado en el expediente clínico.

El paciente evolucionó en forma estable, con secreción purulenta en región subclavicular. El 5 de abril se drenó el absceso en la pared anterosuperior del tórax obteniendo abundante material purulento; se tomó cultivo. El día 14 de abril se le encontró edema general, sin especificar que se tratara de anasarca, hiponatremia de 114 mEq/L, con secreción purulenta “achocolatada” y drenaje del absceso. Dos días después el reporte del cultivo de la secreción del absceso indicó la presencia de *Neisseria* sp., estreptococo betahemolítico y *Streptococcus pneumoniae*. Se cambiaron los antimicrobianos de clindamicina y amikacina a imipenem más clindamicina. El día 15 de abril durante la exploración física se detecta-

ron crepitaciones inspiratorias bibasales sin datos de consolidación o derrame; las crepitancias eran secundarias a su proceso neumónico.

Las infecciones nosocomiales en México representan 70% del presupuesto asignado a salud y la tercera causa de muerte, con un estimado de 450 000 casos y 32 muertes por 100 000 habitantes cada año.²³

El día 16 de abril durante la exploración física realizada se encontraron disartria, dislalia, bradipsiquia sin lateralización, isocoria normorrefléxica con abundante salida de material purulento en la herida de la clavícula izquierda, hiporeacción bibasal y edema en todas las partes declives. Continuó con un difícil control de la hiponatremia. Se consideró necesario el apoyo de nutrición parenteral y manejo con restricción de líquidos y solución salina hipertónica. Al día siguiente fue reportado grave; se informó a los familiares.

Comentarios. El día 18 de abril presentó paro respiratorio reversible; continuó con ventilación mecánica. Tres días después se reportó con mejores condiciones generales, alerta, orientado, sin disnea, edema en miembros inferiores, salida moderada de material purulento en el absceso subclavicular, afebril; estos datos fueron consignados en la última nota médica. La nota de alta por defunción consignó que a las 14:30 h el paciente “sufrió un paro cardiorrespiratorio secundario a broncoaspiración; se aspiró sangre digerida, no fue posible revertirlo con RCP y se declaró clínicamente fallecido.”

Necropsia: se describieron úlceras sacras, venodisección izquierda suturada en el pliegue del codo. Absceso drenando pus en la región subclavicular izquierda. “Tórax: al desprender el colgajo de tejidos blandos del hemitórax izquierdo toda la pared anterior estaba cubierta de secreción purulenta de color amarillenta cremosa, en el hemitórax derecho el pulmón estaba libre de secreción similar a la encontrada en la pared anterior del hemitórax izquierdo con presencia de fibrina. El pulmón estaba completamente adherido en toda su extensión; al tratar de separarlo desprendía un olor fétido; el pericardio contenía 20 cm³ de líquido amarillento y el corazón estaba aumentado de tamaño”. Se encontró también pus en el saco pericárdico y absceso renal izquierdo. Se determinó la muerte por choque séptico, septicemia y diabetes mellitus. No hay estudios microscópicos ni bacteriológicos.

Durante su estancia hospitalaria nunca se detectó la presencia de úlceras por presión o al menos no se registró en el expediente clínico. Las úlceras por presión son un evento adverso frecuente. Los factores de riesgo incluyen inmovilidad, fricción, incontinencia, alteraciones cognitivas y deficiente estado nutricional, entre otros. En EUA entre 1990 y 2001 fueron reportadas 114 380 muertes por este motivo; en general la prevalencia es de 3.79 por cada 100 000 egresos; se estima que en los países en desarrollo es de 10.1 a 14.8%. En Reino Unido el costo de esta afección es de aproximadamente 1 400 a 2 100 millones de euros anuales, lo que representó 4% del total del gasto en salud en 2000. En una encuesta realiza-

da en los hospitales de cuidados críticos en EUA se identificó una prevalencia de 10%, misma que es semejante en otros países, como Alemania (11%), Suiza (12%) e Israel (13%).²⁴ Por ser inevitable la presencia de errores durante la atención sanitaria no deben permitirse las conductas imprudentes ni la violación flagrante de las leyes que desencadenen un daño al paciente. El concepto de cero tolerancia aplica exactamente en este tema.²⁵

Todos los actos que el médico ejecuta llevan implícitos un conjunto de obligaciones, cuyo propósito es curar, mejorar o rehabilitar el estado de salud; entonces, la conducta del profesional de la salud deberá cumplir con la *lex artis* médica, entendida como una serie de reglas aceptadas por la ciencia médica; cuando se violan los principios médicos fundamentales se incurre en mala praxis.²⁶

En la atención del paciente existieron omisiones al no realizar una exploración física detallada y no aplicar medidas de seguridad para evitar riesgos y eventos adversos, y no se prescribió el tratamiento correspondiente de forma oportuna.

En caso de inconformidad por parte de los familiares podría identificarse mala práctica, sustentada en:

Artículo 34 de la Ley de Profesiones: Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, ya sea en el terreno judicial o privado si así lo convienen las partes. Los peritos deberán tomar en consideración para emitir su dictamen las siguientes circunstancias:

- I. Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y la técnica aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate.
- II. Si el mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendiendo las circunstancias del caso y el medio en que se preste el servicio.
- III. Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito.
- IV. Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido.
- V. Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber incluido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.¹⁴

Nota: Los datos incluidos en este resumen fueron obtenidos de un expediente clínico.

En el ámbito hospitalario, una de las herramientas propuestas para la mejora de la seguridad de los pacientes son los sistemas de notificación de eventos adversos, ya que permiten identificar cuáles son los más frecuentes, analizar las causas que los originaron y, por supuesto, implementar acciones para evitar su recurrencia.

Todas las áreas de atención médica pueden verse involucradas. Sin embargo, algunas inciden con mayor frecuencia. Generalmente, son aquellas donde se realizan mayor número de procedimientos invasivos, participa un mayor número de personas en la atención del paciente, o las condiciones clínicas del paciente son críticas, entre otras.

Un análisis de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) con respecto a los servicios y su relación con la existencia de mala práctica arroja un escenario de las áreas con más errores. Del año 2008 al 2012, la CONAMED tuvo un total de 66 254 asuntos recibidos, de los cuales 8 937 correspondieron a quejas y se emitieron 1 647 dictámenes. De los dictámenes concluidos por especialidad, según el resultado del análisis documental, en 1,124 se determinó que existe evidencia de mala práctica. Las diez especialidades con el mayor número de casos suman 974 casos (86.7%) (figura 3-2).²⁷

Un reporte de un trabajo integrado por 8 estudios que concentraron 74 485 pacientes mostró una media de 9.2% de incidentes, los cuales fueron considerados como prevenibles en un 43.5%. Más de la mitad de los pacientes (56.3%) no experimentaron incapacidad o fue menor, mientras que el evento fue mortal en 7.4%. Los incidentes más frecuentes fueron en las intervenciones quirúrgicas (39.6%) y los relacionados al proceso de medicación (15.1%). Los servicios más afectados fueron: cirugía general, cirugía ortopédica, medicina interna y ginecología, semejantes a los datos observados en la CONAMED (figura 3-3).²⁸

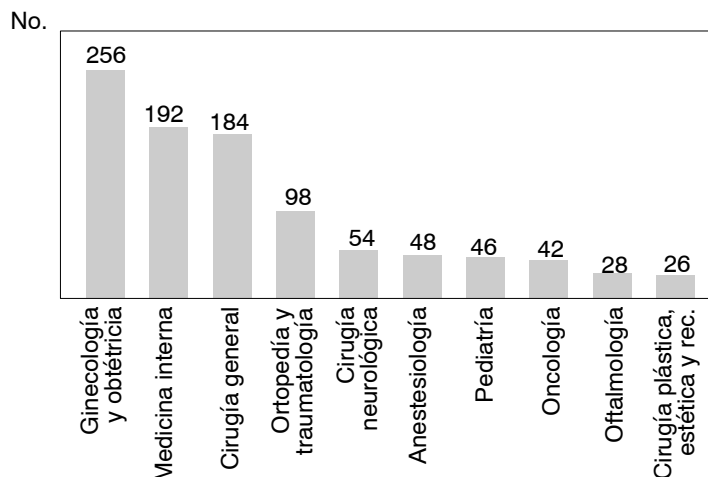


Figura 3-2. Especialidades médicas con evidencia de mala práctica. CONAMED 2008–2012.

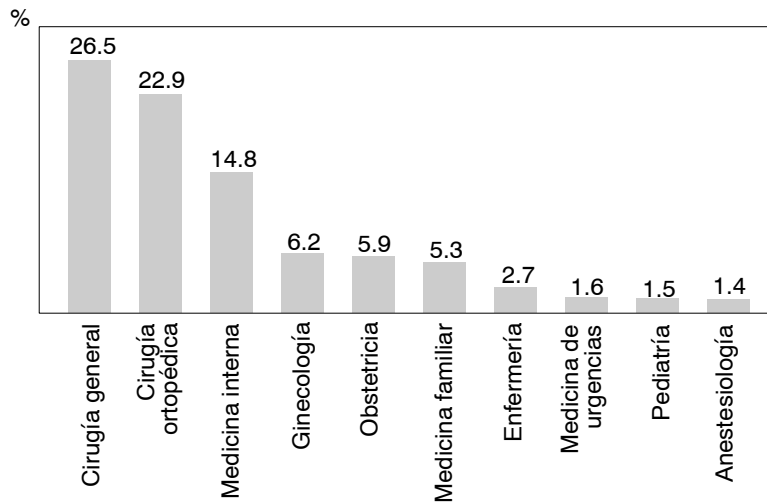


Figura 3-3. Origen de los eventos adversos.

Un estudio realizado por Lucian Leape reporta que más de dos tercios (70%) de los eventos adversos son considerados prevenibles, y los más comunes son errores técnicos (44%), de diagnóstico (17%), falla en la prevención de lesiones (12%) y errores en el uso de medicamentos (10%). Las mayores tasas de eventos se producen en las especialidades quirúrgicas altamente técnicas como la cirugía vascular, cirugía cardíaca y neurocirugía. En los hospitales, las altas tasas de error con graves consecuencias son más probables en las unidades de cuidados intensivos, en el quirófano y en los servicios de urgencias.

La *Joint Commission International* ha evaluado las causas-raíz de los eventos centinela, las cuales muestran en primer lugar a los relacionados con los factores humanos, el liderazgo y la comunicación (figura 3-4).²⁹

Los eventos adversos, de acuerdo a un reciente estudio, lejos de disminuir, no sólo continúan presentándose con la misma frecuencia, sino que han aumentado. Realmente estamos ante una situación única para aprender de nuestros errores.³⁰

En el escenario actual, ha quedado en evidencia la alta vulnerabilidad que tienen los pacientes hospitalizados de sufrir daño en la atención médica. Esta situación debe analizarse bajo dos enfoques:

- a. Como parte de la cultura de la calidad en la cual se promueve el registro de los eventos adversos, sin sanciones, para así lograr la consistencia en este proceso y alcanzar la posibilidad de analizar las causas que los generaron para implementar medidas de seguridad que los reduzcan considerablemente.

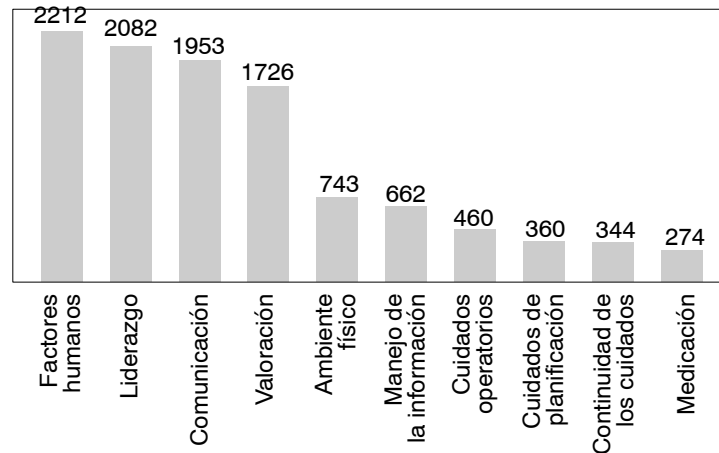


Figura 3–4. Análisis de la causa–raíz de los eventos centinela. *The Joint Commission International, 2010–2012.*

- b. Cuando el paciente o sus familiares se inconforman por los resultados obtenidos ante las diferentes instancias de procuración de justicia, situación que obliga a las diferentes autoridades a analizar el caso utilizando como base el cumplimiento de los ordenamientos jurídicos.

REFERENCIAS

1. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS** (eds.): *To err is human. Building a safer health system.* Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 2000.
2. **Hurwitz B, Sheikh A:** *Health care errors and patient safety.* BMJ Books, 2009.
3. Just Culture. Your organization. <http://www.nmhanet.org/work-force/just-culture/Just%20Culture%20%20generic%20lecture.pdf>
4. **Frush KS:** Fundamentals of a patient safety program. *Pediatr Radiol* 2008;38(Suppl 4): S685–S686.
5. **Kelsen H:** *¿Qué es la justicia?* 13ª ed. Biblioteca de Ética, Filosofía del Derecho y Política. 2001.
6. **Bodenheimer E:** *Teoría del derecho.* Fondo de Cultura Económica, 2000.
7. **Garza RO:** El ejercicio de la medicina y su marco legal: responsabilidad profesional y procedimientos penales. *Med Univer* 2007;9(37):214–218.
8. Pirámide de Kelsen. <http://iusuniversalis.blogia.com/2011/022402-piramide-de-kelsen.php>.
9. **Lastra LJM:** *Fundamentos de derecho.* México, Porrúa, 2001.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Adición del artículo 4º Constitucional. *DOF* 3 de febrero de 1983.
11. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada y Concordada. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 16ª ed. Tomo 1. 2002:67–111.
12. Ley General de Salud. *DOF* 7 de febrero de 1984.

13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de servicios de atención médica.
14. Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. *DOF* 19 de agosto de 2011.
15. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. *DOF* 9 de abril de 2012.
16. **Carrillo FLM:** *La responsabilidad profesional del médico en México*. México, Porrúa, 2005.
17. **García RS:** *La responsabilidad penal del médico*. México, Porrúa, 2001.
18. **López MM:** *Tratado de responsabilidad médica. Responsabilidad civil, penal y hospitalaria*. Argentina, Legis, 2007.
19. Código Penal Federal. Última Reforma. *DOF* 7 de junio de 2013.
20. Código Civil Federal. Última Reforma. *DOF* 8 de abril de 2013.
21. Testimony of Timothy T. Flaherty. Panel 4: reporting issues and learning approaches. Written Statement. National Summit on Medical Errors and Patient Safety Research. Septiembre de 2000. <http://www.quic.gov/summit/wflaherty.htm>.
22. **Chaires GR, Palacios CA, Monares ZE, Poblano MM, Aguirre SJ et al.:** Neumonía asociada a la ventilación mecánica: el reto del diagnóstico. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2013; 27(2):99–106.
23. **Ávila FC, Cashat C et al.:** Prevalencia de infecciones nosocomiales en niños: encuesta de 21 hospitales en México. *Salud Pública Méx* 1999;41(Suppl 1):s18.
24. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient implication for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. 2008.
25. **Jarvis WR:** The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability. *J Hosp Infect* 2007;65(Suppl 2):3–9.
26. **Rodríguez ML:** *Lex Artis de la práctica médica*. 1ª ed. 2004:33–51.
27. http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index_2010.php?seccion=83.
28. **Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA:** The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216–223.
29. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_Event_Type_04_4Q2012.pdf.
30. **Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC et al.:** Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2013;22:290–298.

Errores en la práctica médica

Ricardo García Cruz, Sara Gutiérrez Dorantes, Lilia Cote Estrada

INTRODUCCIÓN

Por la condición humana, todas las personas enfrentamos la posibilidad de equivocarnos en algún momento de nuestra actividad laboral. El personal que trabaja en el cuidado de la salud: personal médico, de enfermería, técnico y administrativo, no está exento de cometer fallas o errores.

Para entender el error humano, la medicina ha tomado la experiencia de otras industrias como la nuclear y la aviación, que han realizado estudios para identificar su origen y lograr su prevención. Durante la atención médica se enlazan múltiples procesos con el propósito de recuperar la salud. Sin embargo, existen riesgos y cada acción es un error potencial (puede llegar a ser un error).

Es inevitable la presencia de fallas en la práctica médica. La evaluación clínica del paciente requiere de conocimiento técnico científico y de un juicio personal del médico, sin olvidar la variabilidad de cada paciente, para integrar un diagnóstico y definir el mejor tratamiento. Esto representa una condición de aparente incertidumbre, que es el arte de la medicina.¹ La medicina, basada en la evidencia, ofrece la oportunidad de otorgar una atención médica más segura mediante el apego a las guías de práctica clínica.

Detrás de cada error siempre hay una historia de vida, desde la necesidad de una reintervención quirúrgica, incremento en los días de estancia hospitalaria, pérdida de un órgano o una función, hasta la muerte del paciente. Por otro lado, el personal de salud también experimenta estrés, incertidumbre, preocupación,

vergüenza, duda, etc. La atención médica hospitalaria es un proceso complejo que conlleva riesgos, lo importante es identificarlos y aprender de ellos.

El estudio de James Reason demostró que las causales no son sólo atribuibles al individuo, sino también al sistema. A pesar de considerarlo así, no se pueden ignorar las condicionantes personales que generan el error. En este capítulo se abordarán las causas psicológicas.

Aunque existe un número importante de estudios relacionados con el tema, fue el reporte *To err is human: building a safer health system*, del Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés), publicado en el 2000,⁷ el que aportó un nuevo paradigma en el terreno de la salud. Este modelo fue totalmente ratificado por otras investigaciones realizadas en los últimos años, cuyos resultados constituyen la piedra angular en el estudio del error médico. No se puede dejar de considerar su importancia pues han contribuido a la génesis de una preocupación social, de una corriente global en los sistemas de salud y de una nueva disciplina dentro de la medicina: la seguridad del paciente.

TAXONOMÍA

Antes de iniciar el desarrollo de la teoría del error, es indispensable considerar la enorme cantidad de términos que se utilizan con una connotación semejante. Esto ha originado no sólo confusión sino limitantes para los sistemas de registro. Por tal motivo, a continuación se describen los principales términos utilizados; es importante unificar criterios, clasificar o categorizar, o bien establecer una taxonomía, pues permite un mejor entendimiento en beneficio de la práctica médica.

- **Evento adverso:** es el daño resultado de la atención médica y no de las condiciones basales del paciente. Se estima que el 10% de los pacientes hospitalizados sufren un evento adverso.²⁻⁴
- **Error:** es la incapacidad de completar una acción tal como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo dado (error de planificación).⁷ Es el fracaso de una secuencia de actividades físicas o mentales planeada para alcanzar un resultado pretendido, y que dicho fracaso no pueda atribuirse a la casualidad. Es una equivocación, una conducta o juicio erróneos e involuntarios, que generalmente se manifiesta al hacer incorrectamente las cosas (comisión) o no hacer lo que es correcto (omisión). La Real Academia Española define error como “concepto equivocado o juicio falso, acción desacertada o equivocada, cosa hecha erradamente”.⁶ Una equivocación es una cosa hecha con desacierto. Un *lapsus* es una falta o equivocación cometida por descuido.

- **Incidente:** evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Con el ánimo de describir con mayor precisión el concepto de error y ante el gran número de corrientes, se han desarrollado una enorme gama de términos que van desde el aspecto conceptual, operativo, condiciones latentes, activas, por acción u omisión, o incluso dentro del terreno jurídico, pero lejos de mejorar la comprensión del error producen limitantes o incluso obstáculos tanto para su estudio como para su registro y análisis, lo que ha sido clave en la seguridad del paciente (ver Glosario al final del capítulo).

A pesar de que las organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o *The Joint Commission International* han consolidado el término evento adverso para denotar la producción de un daño en la atención médica generado por un error, convencidos de usar este término por su aplicación en el ejercicio médico, en el desarrollo del capítulo se hará siempre referencia al error con el propósito de tener mayor claridad.

TEORÍA DEL ERROR

El concepto de error médico y del daño que produce no es tan simple como parece, máxime si el proceso de atención médica ha evolucionado de acuerdo a los diferentes contextos históricos.⁵ El error en medicina tiende a clasificarse de dos formas: por sus consecuencias (eventos adversos, eventos centinelas y cuasifallas) o por sus supuestas causas.

Parece que los errores son una característica universal de los procesos de atención de salud y debemos preguntarnos ¿por qué suceden? ¿Quién o quiénes son culpables? ¿Hay errores inofensivos? ¿Se debe castigar a alguien? Y, finalmente, ¿qué hacer para que no vuelva suceder?⁸

Dos autores nos han proporcionado la base teórica para comprender la génesis de los errores, y sus enfoques pueden considerarse complementarios.

Charles Perrow y el error normal

Sociólogo de la Universidad de Yale, introdujo el término accidentes normales, que debe entenderse como sinónimo de accidentes inevitables.⁹ En ningún momento se refirió al sistema de salud, pero su aportación contribuye a entender por qué se generan los errores, sobre todo en áreas que cuentan con múltiples equipos de alta tecnología. El error normal es el accidente que se puede esperar del funcionamiento habitual de un sistema tecnológicamente complejo.

Un sistema es un conjunto de elementos interdependientes que interactúan para lograr un objetivo común. Los elementos pueden ser tanto humanos como materiales. En el área de la salud se considera como un sistema el quirófano, la unidad de hemodinamia, una unidad obstétrica, una terapia neonatal, etc. A su vez el quirófano pertenece a una unidad quirúrgica, que es parte de un hospital, que a su vez forma parte de un sistema de salud.

Los sistemas modernos están compuestos de miles de piezas y múltiples procesos, los cuales se interrelacionan de tantos modos que es prácticamente imposible preverlos en su totalidad. En la atención médica se interrelacionan una gran cantidad de procesos y recursos físicos y humanos.

La causa y frecuencia de un error están directamente relacionadas con la complejidad del sistema, de manera que fallas triviales pueden llegar a convertirse en eventos catastróficos cuando interactúan. El problema surge cuando una parte es única e insustituible o sirve para múltiples funciones, porque si esta parte falla, todas las funciones dependientes de esa función van a fallar.

El término normal tiene el sentido de propiedad inherente al sistema que ocasionalmente permite que aparezcan interacciones múltiples e inesperadas entre las fallas, emerge de las propiedades del sistema mismo y, aparentemente, no hay nadie a quien culpar o hacer responsable de su existencia.

El concepto de accidentes normales se sustenta en dos situaciones que suceden en los sistemas: una complejidad interactiva y un acoplamiento sólido. La primera se refiere a la presencia de dos o más fallas discretas (fallas simples, específicas y aisladas), éstas pueden interactuar de una forma inesperada y pueden afectar los subsistemas de soporte. El acoplamiento sólido se refiere a la presencia de conexiones intrínsecamente entrelazadas que tienen efectos rápidos e importantes entre sí.

Para identificar las fuentes potenciales de las fallas Perrow utiliza el acrónimo DEPOSE, del inglés *Design limitations, Equipment failures, Procedural errors, Operator errors, problems in Supplies and materials, and unknown variables in the Environment* (limitantes de diseño, fallas de equipo, errores de procedimiento, errores de operador, problemas de suministro y materiales y variables desconocidas en el medio ambiente).

Podemos apreciar mejor estos conceptos si se toma en cuenta una sala de operaciones, la cual debe cumplir requerimientos específicos en su construcción (diseño): necesita equipo especializado para el anestesiólogo, el cirujano y la enfermera (equipo); cuenta con una serie de procesos desde la antisepsia del área a intervenir, la funcionalidad del equipo de anestesia y la lista de verificación (procedimientos); requiere de profesionales y técnicos que manejen diferentes máquinas como el equipo de rayos X, las bombas de infusión, monitores, aspiradores, electrocauterio, etc. (operadores de equipos); debe tener una gran cantidad de material e insumos como gasa estéril, pinzas, separadores, prótesis de cadera o

un *stent* (suministros y materiales); y cuenta con un medio ambiente que abarca los factores ergonómicos de trabajo y el clima organizacional.

El sistema de salud es un sistema complejo donde confluyen decisiones directivas de todos los niveles, acciones humanas tanto operativas como administrativas, una gran cantidad de instrumentos específicos que van desde una pinza común hasta el equipo más sofisticado y tecnológicamente de vanguardia, una cantidad enorme de procesos, los cuales son dinámicos y cambiantes y no pueden ser iguales en cada unidad médica debido a las características propias de cada área y, finalmente, las decisiones que se van generando continuamente por cada una de las personas que interviene en cada proceso.

Así, los conceptos de Charles Perrow permiten apreciar la complejidad del sistema y la posibilidad de que se genere, en cualquier punto, alguna falla inherente a la dinámica del propio sistema, errores que saltan inesperadamente del factor humano, del funcionamiento de una máquina o de la continuidad de un proceso. En el contexto de una visión sistémica, una falla trivial puede alterar sustancialmente, al sumarse a otras fallas similares, los resultados deseados. Pero a pesar del enfoque del error inherente al sistema, una investigación más profunda mostrará sus causas.

James Reason y el enfoque sistémico del error

Profesor de Psicología de la Universidad de Manchester, Reason contribuyó a identificar los factores humanos que están presentes en los errores, los cuales son producto de la convergencia de otros múltiples factores. Cuestionó el punto de vista enfocado en la persona que cometió el error, pues en este caso culpar a la persona no va a evitar que ese mismo error vuelva a suceder. Un enfoque más acertado para entender por qué suceden los errores es el enfoque sistémico. Es decir, tomar en cuenta todas las situaciones que se suman en la génesis del error y apreciar a éste sólo como la parte final de una cadena de eventos. Así, se identificarán todas las condiciones latentes que existen en los procesos y en los sistemas y que contribuyen a la producción del error.⁷

Según Reason existen tres formas diferentes de explicar el error:

- El error lo comete la persona. Los errores son vistos como producto de un proceso mental caprichoso: olvidos, inatenciones, distracciones, descuidos. A la persona que comete el error se le carga la culpa, se le señala, exhibe, avergüenza, castiga o destituye. En este modelo la solución es evidenciar a la persona que comete el error y castigarla, pero esta forma de actuar sólo aísla el error del contexto donde ha ocurrido y no produce prevención de nuevos errores similares.

- El error como modelo legal. El profesional responsable no debe cometer errores ya que debe cumplir con el deber de cuidado. Los errores se presentan de manera aislada, pero son suficientes para producir eventos adversos. Los errores con malas consecuencias son considerados como negligencia o son imprudencias que merecen sanciones disuasorias. Los errores vistos de esta manera son frecuentes pero la mayoría sin malas consecuencias. Los factores están presentes a la espera de que suceda un accidente.
- El modelo sistémico. La posibilidad de fallar es parte de la condición humana y los eventos adversos son producto de los factores latentes dentro del sistema. La persona que comete el error es el final de la cadena de sucesos y es sólo heredera, más que productora, de las condiciones que propiciaron el error. La solución se enfoca en mejorar las defensas y eliminar en lo posible los errores.¹⁰

El error con enfoque centrado en la persona

Es común observar que cuando se comete un error en el hospital la primera actitud de muchas de las personas que lo detectan, incluyendo al personal directivo, es culpar del accidente y sus consecuencias a la persona que aparentemente es la responsable y acordar que merece una sanción. En muchas ocasiones esta situación conlleva el desprecio, desprestigio, señalamiento y burla de dicha persona y hasta la intención de que sea separada temporal o definitivamente de su puesto de trabajo.

Este enfoque se sustenta en los actos inseguros de las personas que están en contacto directo con el paciente: enfermeras y enfermeros, médicos, cirujanos, anestesiólogos, farmacéuticos y otros profesionales. Es la punta visible de una pirámide que tiene como base las decisiones organizacionales previas. Estos actos tienen su origen en los procesos mentales aberrantes como el olvido, la falta de atención, la distracción, la falta de motivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia. Como es natural, las medidas correspondientes para enfrentar estos problemas están dirigidas principalmente a reducir la variabilidad no deseada del comportamiento humano.

Quienes favorecen este enfoque tienden a tratar los errores como las cuestiones morales, es decir, suponiendo que las cosas malas le pasan a la gente mala, lo que los psicólogos han llamado hipótesis del mundo justo.¹¹

Esta visión aísla el problema de tal manera que sólo una parte es visible, como un iceberg. La parte que está a la vista es el error enfocado en la persona y la parte no visible son todas aquellas condiciones de la organización que están aparentemente ocultas.

Un problema adicional surge cuando se analizan los casos de errores en forma retrospectiva. Cuando se descubre que se cometió un error la crítica es severa. En

cambio, si se analiza el mismo caso con el mismo resultado, pero sin el error, la crítica tiende a ser más suave. Desde la postura del comportamiento humano existe una tendencia: somos más críticos cuando el resultado es malo. Esta situación se describe como sesgo retrospectivo, el cual se produce cuando las personas creen equivocadamente que ya sabían el resultado que tendría algún evento, ya que han incluido el conocimiento del verdadero resultado del evento en su recuerdo del propio evento.¹²

Otra debilidad importante es aislar los actos inseguros de su contexto en el sistema. Hay dos características importantes de los errores humanos que tienden a ser ignoradas. En primer lugar, es posible que las mejores personas cometan los peores errores (el error no es un monopolio de unos cuantos desafortunados). En segundo lugar, lejos de ser aleatorios, los accidentes tienden a formar patrones recurrentes.

El enfoque del error hacia la persona tiene graves deficiencias, pero predomina en el ámbito médico y probablemente frustra el desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones de salud.

Enfoque sistémico del error

La teoría sistémica es más completa cuando se trata de explicar por qué suceden los errores pues toma en cuenta tanto a la persona como al sistema. Ambos factores se suman: los actos inseguros que visiblemente cometen las personas y los factores que a lo largo del sistema han estado presentes en diferentes etapas de tiempo. La presencia de distracciones y *lapses* no apoya una explicación suficiente para eliminar la responsabilidad de la persona, pero tampoco se culpa por completo a las fallas del sistema.¹³

La premisa básica es que los seres humanos somos falibles y los errores son de esperar incluso en las mejores organizaciones. Los errores se conciben más como consecuencias que como causas, teniendo sus orígenes no sólo en la naturaleza humana sino también en los factores sistémicos que emergen (las condiciones recurrentes que permiten el error en el lugar de trabajo y los procesos organizativos que lo favorecen).

Culpar a las personas es emocionalmente más satisfactorio que centrarse en las instituciones. Las personas son vistas como agentes con libertad para elegir un modo de comportamiento seguro o inseguro. Si algo sale mal, parece obvio que una persona o grupo de individuos deben ser los responsables. El interés de los directivos es deslindar los actos inseguros de una persona de cualquier responsabilidad institucional.

Una idea central son las defensas y barreras del sistema. Cuando un evento adverso ocurre, lo importante no es saber quién cometió el error, sino cómo y por qué fallaron las defensas.^{9,14}

Modelo del queso suizo en el enfoque sistémico del error

Un error pasa por múltiples agujeros formados en las diferentes capas, las cuales son consideradas como defensas y barreras para evitar que el error se consume. Los agujeros en las defensas surgen por dos razones: las fallas activas y las condiciones latentes. Prácticamente todos los eventos adversos incluyen una combinación de estos dos conjuntos de factores.

Las fallas activas son los actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema y toman una variedad de formas: resbalones (torpezas y tropiezos), *lapsus*, errores y violaciones en los procesos. Las fallas activas tienen una incidencia directa y de corta duración en la integridad de las defensas, el resultado negativo es casi inmediato.

Las condiciones latentes, más que fallas, son factores y situaciones que se encuentran en el sistema y pueden estar como dormidos durante muchos años hasta que son revelados por las reglamentaciones, las auditorías internas o los incidentes y accidentes.

Las condiciones latentes son los inevitables patógenos residentes dentro del sistema y surgen de los planes estratégicos tomados por diseñadores, constructores y directivos de nivel superior, quienes toman decisiones y redactan políticas y procedimientos.

Estas decisiones, necesarias e inevitables, pueden estar equivocadas y tienen el potencial de introducir agentes patógenos en el sistema.

Las condiciones latentes tienen dos tipos de efectos adversos: las condiciones en el lugar de trabajo que pueden provocar errores y crear agujeros duraderos (p. ej., presión de tiempo, falta de personal, equipo inadecuado, fatiga y falta de experiencia) y las debilidades en las defensas (indicadores y alarmas no confiables, procedimientos impracticables, deficiencias en el diseño y la construcción, etc.).

Como lo indica el término, las condiciones latentes pueden estar inactivas en el sistema durante mucho tiempo antes de que se combinen con fallas activas y con factores desencadenantes para crear una oportunidad para que ocurra un accidente. A diferencia de las fallas activas, cuyas formas específicas son difíciles de prever, las condiciones latentes pueden ser identificadas y solucionadas antes de que ocurra un evento adverso. Entender esto lleva a una administración proactiva de los riesgos en lugar de una administración reactiva (figura 4-1).

Normalmente, la presencia de agujeros en una o más rebanadas no causa un mal resultado. Por lo general esto sólo sucede cuando los agujeros de muchas capas se alinean momentáneamente y generan la oportunidad de que haya una trayectoria hacia el accidente.

La metáfora del queso suizo ejemplifica cómo los errores organizacionales en rara ocasión producen un desastre, pues se requiere de un alineamiento de los agujeros para permitir una trayectoria hacia el error.

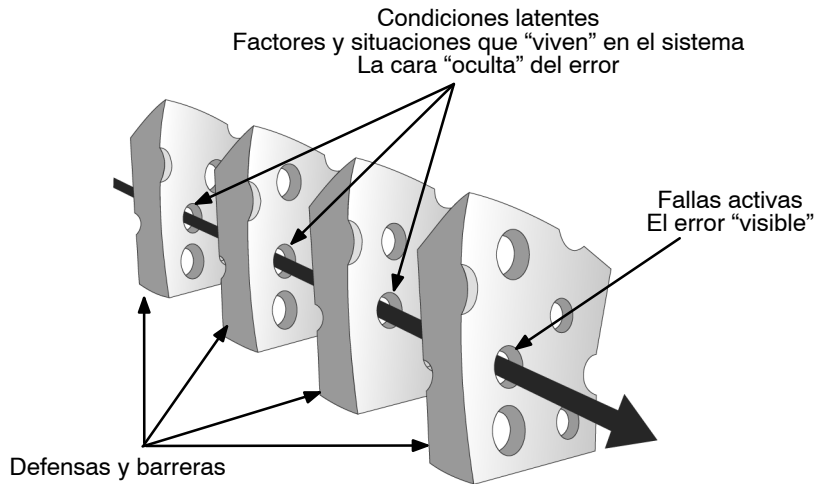


Figura 4-1. Modelo de Reason del queso suizo.

Las barreras y defensas ocupan una posición clave en el enfoque de sistemas. Los sistemas complejos tienen muchas capas de defensa: algunas son de diseño (alarmas, barreras físicas, cierres automáticos, etc.), otras dependen de las personas (cirujanos, anesestesiólogos, pilotos, operadores de sala de control, etc.) y otras dependen de los procedimientos y controles administrativos. Su función es la de proteger a las personas de los peligros y la mayoría lo hacen de manera muy eficaz, pero siempre hay debilidades.^{11,14-18}

PSICOLOGÍA DEL ERROR

Una forma de analizar los errores es descubrir sus supuestas causas. Si el error es considerado como el fracaso de las acciones previstas para lograr la meta deseada, entonces el enfoque inicial es apreciar las causas proximales que propiciaron el error. Por ejemplo, la administración de un medicamento equivocado, la prescripción de una dosis elevada de un fármaco antineoplásico, una cirugía en el sitio incorrecto, una cantidad inapropiada de líquidos administrados a un neonato, etc. Determinar las causas posibles de los errores implica hacer suposiciones acerca de los mecanismos psicológicos involucrados en la generación del error.¹⁶ En términos generales, hay dos maneras en las que se puede producir un error:

- El plan es adecuado pero las acciones asociadas no se dan según lo previsto. Se trata de fallas de ejecución y por lo común se denominan resbalones (tro-

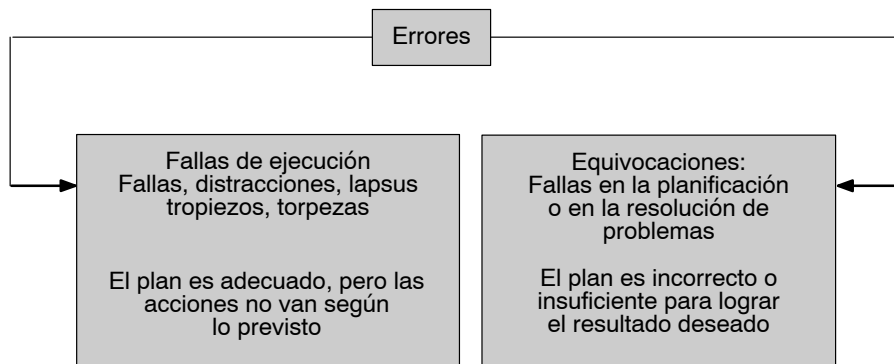


Figura 4–2. Posibles causas de errores.

piezos y torpezas) y *lapsus*. Los resbalones se refieren a acciones observables y están asociados con fallas generadas por falta de atención. Los *lapsus* se describen mejor como eventos internos y se relacionan con fallas de la memoria.

- Las acciones pueden ir tal y como estaba previsto, pero el plan es insuficiente para lograr el resultado deseado. Estas son fallas de intención, consideradas como equivocaciones. Las equivocaciones pueden ser subdivididas en errores basados en reglas y errores basados en el conocimiento (figura 4–2).

Todos los errores implican algún tipo de desviación. En el caso de los resbalones (tropiezos y torpezas) y los *lapsus* las acciones se apartan de la intención actual; las fallas se producen en el nivel de la ejecución. En cuanto a las equivocaciones las acciones pueden ir como estaba planeado, pero el propio plan desviarse del camino hacia el objetivo previsto; la falla se encuentra en un nivel superior, es decir, los procesos mentales implicados en la planificación, la formulación de intenciones, el juicio y la resolución de problemas.

Los resbalones y los *lapsus* ocurren durante la ejecución de tareas de rutina que en gran medida son automáticas, por lo general en un entorno familiar. Casi siempre se asocian a la forma de poner atención, ya sea que se produzcan distracciones debido al entorno o por alguna preocupación relacionada con algo que se tiene en mente (figura 4–3). También están provocados por cambios en el plan de acción que se tiene en el momento o por cambios en el entorno inmediato.

Las equivocaciones pueden empezar a aparecer una vez que un problema se ha detectado, lo que requiere un cambio o modificación del plan actual. Las equivocaciones se subdividen en dos grupos:

- Equivocaciones basadas en reglas. Se refieren a los problemas para los que la persona posee alguna solución preprogramada que ha sido adquirida

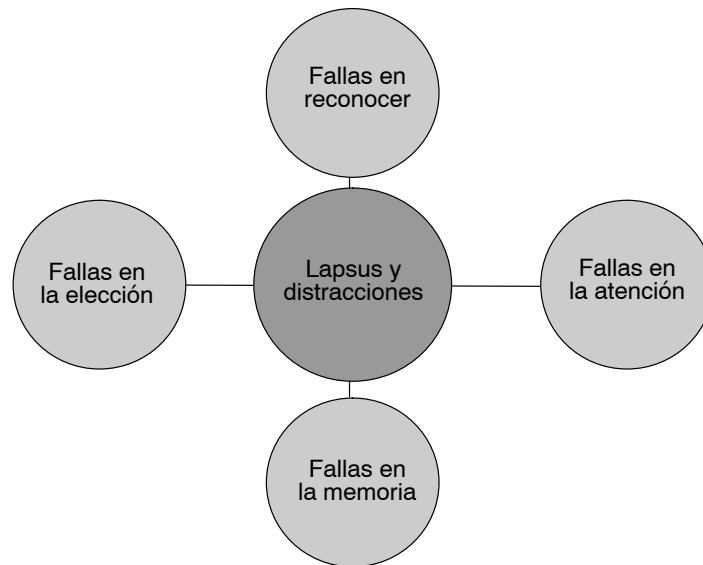


Figura 4-3. Variedad de *lapses* y distracciones.

como resultado de la formación, la experiencia o la disponibilidad de los procedimientos adecuados.

- Equivocaciones basadas en el conocimiento. Se refieren a problemas que implican el uso del razonamiento consciente.

Los precursores psicológicos de un error (la falta de atención, la distracción, la preocupación, el olvido, la fatiga y el estrés) son probablemente los últimos eslabones y los menos manejables en la cadena de eventos que conducen a un error. En la literatura existen esfuerzos para otorgarles un debido lugar a estos precursores. Algunos de ellos son el síndrome de *burnout*, la fatiga, el cansancio, el estrés natural de laborar en una organización de salud y el propiciado por la propia organización, el sobreesfuerzo, los horarios largos o dobles, la resiliencia individual y colectiva, los factores motivacionales y de recompensa, la salud de los trabajadores y la salud organizacional, entre otros.

La investigación en el área de los factores humanos está empezando a ser aplicada en la salud. Sería deseable un enfoque de transdisciplinariedad, es decir, que múltiples disciplinas como la ingeniería industrial, la sociología y la psicología busquen comprender la naturaleza de los errores.¹⁷

El enfoque de factores humanos se utiliza para entender dónde y por qué los sistemas o procesos se fracturan y examina el proceso de error buscando las causas, circunstancias, condiciones, procedimientos y dispositivos asociados, entre

otros factores relacionados con el evento. El estudio del desempeño humano puede resultar en la creación de sistemas más seguros y en una reducción en la aparición de las condiciones que conducen a errores. Sin embargo, no todos los errores están relacionados con factores humanos. Aunque el equipo y los materiales deben tener en cuenta el diseño y la forma de utilizarlos, los factores humanos no pueden resolver los casos cuando el equipo o el material fallan.

Comprender el por qué de los errores

En cualquier industria el error humano es uno de los mayores contribuyentes a los accidentes. Charles Perrow estimó que entre 60% y 80% de los accidentes involucran un error humano. Esto pasa también en el área de la salud, donde se ha reportado que el error humano es el causante del 83% de incidentes en Anestesiología, por ejemplo.¹⁹ El hospital puede verse como un sistema de estructuras, procesos y resultados y los errores suceden tanto en la estructura como en los resultados. El Dr. Avedis Donabedian (citado por el Dr. Enrique Ruelas) menciona que la falta de recursos sólo produce 25% de los errores, mientras que la mayoría (75%), se produce en los procesos.²⁰

La comprensión de los errores en el área de la salud se enfoca en dos puntos críticos: el nivel organizacional y el personal. Las acciones de salud que se realizan para un paciente hospitalizado dado se llevan a cabo dentro de un complejo sistema que cuenta con intervenciones múltiples como parte de un proceso altamente dinámico, cambiante y no exento de situaciones inesperadas. Esto ratifica la propuesta de Reason.

El nivel organizacional

El sistema de salud tiene una base organizacional muy amplia donde confluyen las personas que lo diseñan, construyen, reinventan, mantienen, organizan y gestionan, apoyados en reglas, procedimientos y políticas. Las actividades del nivel organizacional son realizadas en ambientes institucionales complejos, fuertemente acoplados y con múltiples interacciones entre los diferentes grupos profesionales.

La secuencia del accidente comienza con las consecuencias negativas de los procesos de la organización, es decir, las decisiones relacionadas con la planificación, la programación, la previsión, el diseño, la formulación de políticas, la comunicación, la regulación, el mantenimiento, etc. Las fallas latentes así creadas se transmiten a lo largo de diferentes vías organizativas y departamentales hasta el lugar de trabajo (el quirófano, hospitalización, el sistema de medicación, etc.),

donde se crean las condiciones locales que promueven la comisión de errores y las violaciones (la falta de personal, la elevada carga de trabajo, una pobre interfaz equipo–humano, etc.). Las características del diseño de seguridad (normas, controles, procedimientos, etc.) pueden ser deficientes debido a las fallas latentes. Se pueden cometer muchos de actos inseguros pero son muy pocos los que penetran las defensas para producir resultados perjudiciales.

Las decisiones estratégicas acarrearán consecuencias negativas para la seguridad en alguna parte del sistema. El punto en cuestión es que no podemos prevenir la creación de fallas latentes pues se hacen visibles cuando se combinan con factores desencadenantes locales que rompen las defensas del sistema y producen consecuencias adversas.

Estas causas raíz organizacionales se complican aún más por el hecho de que el sistema de salud en su conjunto involucra muchas organizaciones interdependientes, como los fabricantes, los organismos gubernamentales, las organizaciones profesionales y de pacientes, etc.

Nivel personal

La punta de la pirámide es el sitio más visible en la apreciación de los errores. Se trata de las causas proximales de un accidente, como la interfaz médico–paciente, enfermera–paciente y tecnología–persona. Es la punta afilada, la línea de combate, el contacto directo, el escenario real donde cada persona entra en contacto con el paciente proporcionando un cuidado o un servicio. Es la conexión entre todo lo previamente organizado y regulado y las defensas mismas, y es donde aparecen los actos inseguros y las barreras diseñadas por la organización para evitar el error (figura 4–4).

Las características comunes incluyen entornos inciertos y dinámicos, múltiples fuentes de información concurrente, objetivos cambiantes y a menudo mal definidos, acciones que tienen consecuencias inmediatas y múltiples, momentos de intensa tensión intercalados con períodos largos de actividad rutinaria, tecnologías avanzadas con muchas redundancias, complejas interfaces hombre–máquina a menudo confusas y la interacción de varios profesionales con prioridades y expectativas diferentes.²¹

Las violaciones deliberadas difieren de los errores en varios aspectos importantes. Mientras que los errores surgen principalmente de los problemas de información (olvido, falta de atención, conocimiento incompleto, etc.), las violaciones están generalmente asociadas con problemas de motivación (baja moral, mala supervisión, percepción de falta de interés, falta de recompensa al cumplimiento, ausencia de sanción al incumplimiento, etc.).

Los errores pueden ser explicados por lo que sucede en la mente de un individuo pero las violaciones ocurren en un contexto social reglamentado.

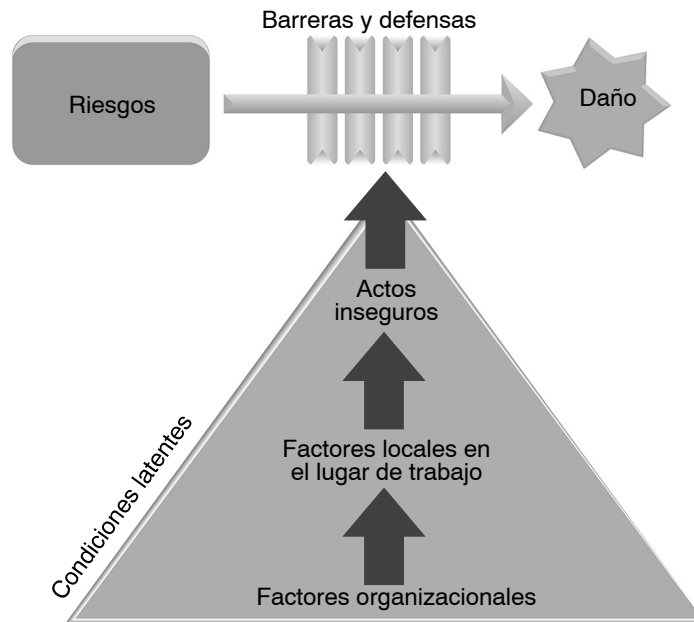


Figura 4-4. Flujo de los errores.

Los errores se pueden reducir mediante la mejora de la calidad y la entrega de información necesaria en el lugar de trabajo, en tanto que las violaciones requieren soluciones motivacionales y organizacionales.

CULTURA JUSTA

Cuando ocurre un error el impulso natural de los que observan la falla es buscar inmediatamente a un culpable. Esta es una respuesta común en las organizaciones. La siguiente actitud es hacerle responsable del error y de las consecuencias que produce, lo que en muchas ocasiones implica la obligación de reparar el daño.

En las organizaciones la mayoría de los sistemas disciplinarios prohíben literalmente el error humano.²² Es decir, cuando se produce daño a un paciente aumenta el espectro de la condena social y la acción disciplinaria. La mayoría de los hospitales no son conscientes de la magnitud de sus errores debido a la presencia de un ambiente de trabajo punitivo y porque el personal del hospital tiende a considerar que un error significa una evidencia de falta de cuidado al paciente. El Dr. Lucian Lepe ha dicho que el impedimento más grande para la prevención de los errores es precisamente que el sistema castigue a las personas por los errores que comete.

Esta cultura de culpa y castigo ocasiona que las personas oculten los errores, sobre todo los propios. También ocasiona que la seguridad en los procesos continúe siendo vulnerable porque no se atienden las causas que propician el error y persisten los riesgos que finalmente producirán errores repetidos y nuevos.

Se necesita un cambio en la cultura para apreciar la importancia de reportar los errores en un sistema no punitivo. Asimismo, es deseable un análisis y retroinformación que promuevan una cultura de seguridad a favor de los pacientes.

La cultura puede ser descrita como las costumbres, las normas de comportamiento observables, las historias, ritos y supuestos no observables, y los valores, creencias e ideas compartidas por grupos.²³ El reto es crear una cultura que apoye, anime y garantice que un sistema de reporte de errores no propiciará la estigmatización, la culpa o el castigo.

Sin embargo, entre estos dos modelos del enfoque del error, culpar y no culpar, no debemos quedarnos en un extremo (culpar a cada persona que comete un error o no castigar a nadie por sus errores), ya que existen comportamientos de las personas que no se deben pasar por alto o dejar sin castigo. Quienes muestren un comportamiento imprudente o conscientemente violenten las normas y reglamentos produciendo errores que generan un daño a los pacientes no pueden quedar impunes. Está claro que debe trazarse una línea entre la conducta aceptable y la inaceptable.

Hasta el momento en la evolución de la comprensión del error la manera más coherente para actuar dentro de la organización es la cultura justa, concepto acuñado por Daniel Marx en 2001.²⁴

La aplicación de una sanción punitiva como solución al error humano puede perjudicar los esfuerzos por mejorar la seguridad del sistema. Una forma diferente de manejar los errores humanos depende de nuestra capacidad colectiva para aprender de ellos, ya sean cuasifallas o errores los que resulten en un daño real a un paciente.

La cultura justa es la necesidad de aprender de nuestros errores y la necesidad de adoptar medidas disciplinarias cuando la situación así lo requiera. En última instancia debemos preguntarnos dónde se traza la línea disciplinaria.

Hay cuatro conceptos de comportamiento humano que son importantes para comprender la interrelación entre la disciplina y la seguridad del paciente: error humano, negligencia, violación intencional de las reglas y conducta imprudente (figura 4–5). Estas categorías conductuales son las principales etiquetas que utilizamos social y legalmente para describir la conducta censurable. Una o más de estas categorías de comportamiento se aplican en la mayoría de las investigaciones de los errores y la etiqueta a menudo determina en qué momento es apropiada la sanción disciplinaria. No es fácil determinar cuándo es justa una medida disciplinaria y para ello se han generado algoritmos de decisión (algoritmo de actos inseguros).^{25,26}

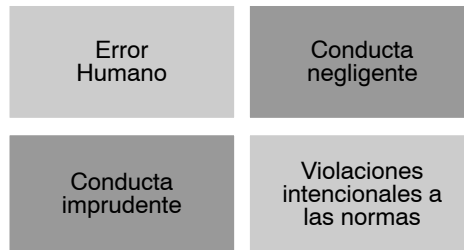


Figura 4–5. Los cuatro comportamientos que atentan contra la seguridad del paciente.

- **Error humano.** Es una etiqueta social que se caracteriza por el acuerdo general prevaleciente en cuanto a que el individuo debió haber hecho aquello que los demás harían en la misma situación. En el supuesto de que la conducta haya causado inadvertidamente un resultado no deseado, el individuo es etiquetado de haber cometido un error.
- **Conducta negligente.** En nuestro diálogo social es una conducta subjetivamente más culpable que el error humano. La negligencia como término legal está contemplada tanto en el sistema de responsabilidad civil como en el penal.
- **Conducta imprudente.** Considerada como negligencia grave, la conducta imprudente implica indiferencia consciente del riesgo. Difiere de la conducta negligente en su intención. La negligencia es la falta de reconocimiento de un riesgo, mientras que la imprudencia es la indiferencia consciente ante un riesgo significativo y visible, y se debe considerar el término de conducta temeraria. Para la mayoría de la gente la conducta imprudente tiene un grado mucho más alto de culpabilidad que un simple error humano.
- **Violación intencional de las normas o reglamentos.** Ocurre cuando un individuo decide conscientemente violar una regla mientras está realizando una tarea.

Modelo de cultura justa

Las organizaciones de atención médica deben abordar la prevención de errores como un importante objetivo estratégico y los hospitales deben eliminar la actitud punitiva en el sistema de notificación de errores para que dicha prevención de errores se vuelva segura.

Los líderes tienen el deber de crear una cultura equitativa y justa mediante la demostración de su compromiso con la seguridad y la calidad, así como la obligación de centrar el rendimiento en los sistemas y procesos y no sólo en la persona.

Una cultura equitativa y justa es aquella que identifica y examina abiertamente sus propias debilidades para aprender y mejorar y está dispuesta a exponer tanto sus puntos débiles como sus áreas de excelencia. Un punto crítico es que los trabajadores de la salud se sientan apoyados y seguros cuando expresan sus preocupaciones,²⁷ pero dejando claro que el comportamiento imprudente y el flagrante desprecio por la seguridad no serán tolerados.

La creación de una cultura justa es una estrategia que mejora la seguridad de los pacientes al promover el aprendizaje a partir de los errores de los demás. Se anima al personal a reportar todos los errores clínicos y cuasifallas sin temor a repercusiones o represalias para que puedan recibir retroalimentación correctiva y para que todo el mundo pueda aprender de esta experiencia.²⁸

La cultura justa reconoce que individualmente los profesionales no deben ser considerados responsables por las fallas del sistema sobre las que no tienen control. También reconoce que los errores activos o individuales representan errores predecibles que suceden en las interacciones entre las personas y los sistemas.

Sin embargo, en contraste con una cultura que promociona el no culpar como principio rector, una cultura justa no tolera la indiferencia consciente de los riesgos claros para los pacientes o las faltas graves como, por ejemplo, falsificar un expediente clínico o realizar tareas profesionales en estado de ebriedad²⁹ (figura 4-6).

© Editorial Alfil. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Error humano	Comportamiento riesgoso	Conducta imprudente
<p>Acción inadvertida: equivocación, lapsus, distracción</p> <p>Gestionar los cambios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos • Procedimientos • Capacitación • Diseño • Medio ambiente 	<p>Una opción: el riesgo no se reconoce o se cree que está justificado</p> <p>Gestionar a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La eliminación de los incentivos para los comportamientos de riesgo • Crear incentivos para comportamientos saludables • Aumentar la conciencia situacional 	<p>Indiferencia consciente del riesgo injustificable y sustancial</p> <p>Gestionar a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas correctivas • La acción punitiva
Consolar	Coaching	Castigar

Figura 4-6. Modelo de cultura justa.

El modelo reconoce que los seres humanos estamos destinados a cometer errores y sabemos que los sistemas no pueden ser diseñados para producir resultados perfectos. Teniendo en cuenta esta premisa, el error humano y los eventos adversos deben considerarse resultados a medir y controlar, con el objetivo de reducir los errores (en lugar de ocultarlos) y mejorar el diseño de los sistemas.

En suma, el modelo describe tres clases de comportamiento humano que generan la previsibilidad en la ocurrencia de errores:

- a. El simple error humano (se hace inadvertidamente lo que otros posiblemente hubieran hecho).
- b. El segundo, sucede en un comportamiento riesgoso, que se produce cuando se elige un comportamiento que hace que los riesgos aumenten, debido a que el riesgo no es reconocido o erróneamente se pretende justificar.
- c. Por último, el comportamiento imprudente es la acción tomada con una indiferencia consciente de un riesgo importante e injustificable.

Cultura justa y cultura de la seguridad

La cultura justa se encuentra dentro de un sistema más completo que es la cultura de la seguridad, la cual está a mitad de camino entre la seguridad del paciente y la cultura organizacional de seguridad, que lo abarca todo (figura 4–7).

Una cultura de seguridad del paciente implica liderazgo, trabajo en equipo y colaboración, prácticas basadas en la evidencia, comunicación efectiva, aprendizaje, medición, cultura de equidad, sistemas de pensamiento crítico, factores humanos y tolerancia cero.³⁰

La cultura del reporte, la cultura informada, la cultura de aprendizaje y la flexibilidad cultural son parte integral de la cultura de seguridad. La cultura del reporte implica propiciar un clima organizacional que favorezca la confianza necesaria para reportar las fallas. La cultura informada se refiere a que quienes dirigen y operan el sistema deben contar con conocimientos actualizados acerca de temas organizacionales, humanos, técnicos y de los factores ambientales para establecer un sistema seguro en toda su extensión. La cultura de aprendizaje implica que la organización debe tener la voluntad y la capacidad de obtener las conclusiones correctas de su sistema de información de seguridad y la voluntad de realizar las reformas necesarias. La flexibilidad cultural es la capacidad de la organización para reconfigurarse a sí misma enfrentando ciertos tipos de peligro y cambiando su modelo jerárquico convencional a un modelo más plano.³¹

En última instancia, el modelo de cultura justa trata de crear una cultura abierta, justa y equitativa, una cultura de aprendizaje, y diseñar sistemas de seguridad y administrar opciones de comportamiento.



Figura 4-7. La cultura justa y la cultura de seguridad.

Implementación de una cultura justa

Podría tomar años hacer un cambio cultural de esta magnitud. Los líderes y el personal deben comprender que tales procesos requieren tiempo, energía y perseverancia para ser implementados de forma correcta.

Existen cuatro fases para lograr implantar en forma ordenada y secuencial una cultura justa:

- a. Planificación para el cambio.
- b. Comunicación con el personal.
- c. Implementación del proceso.
- d. Evaluación del programa.

La introducción de los principios es un proceso gradual que requiere educación continua y discusión entre el personal de todos los niveles así como el compromiso de examinar y cambiar muchos de los sistemas, políticas y procedimientos que guían el trabajo de la organización.

La planificación cuidadosa es el primer paso para una transición exitosa. Los líderes de la unidad deben designar un grupo de trabajo interdisciplinario para trabajar en la implementación del proceso.²⁸

Cero tolerancia

Debido a dos situaciones inevitables: la falibilidad humana y la imposibilidad de eliminar por completo los riesgos en el sistema de salud, debemos estar conscientes de que los errores seguirán presentándose en los servicios de atención médica. Aunque tengamos la mejor y más moderna tecnología en los equipos médicos, la interacción de las máquinas con el hombre, al igual que el funcionamiento de los equipos médicos, nunca estará 100% libre de riesgos.³² A pesar de que alrededor de la mitad de los errores son considerados prevenibles, las organizaciones deben enfocarse a poner en práctica una política de cero tolerancia en relación a las conductas perjudiciales, incluyendo un código de conducta profesional y las intervenciones educativas y conductuales necesarias para ayudar a las personas en el manejo de estas conductas dañinas.²⁹

Las organizaciones de salud no deben permitir la presencia de conductas imprudentes, conductas ilegales o comportamientos inaceptables que produzcan un evidente daño al paciente. Esta es una política que implica la asignación de un castigo de manera automática cuando una persona incurre en este tipo de actos. A pesar de las diferentes situaciones y factores que propician el error humano, la organización, más que la autoridad, no debe ser permisiva cuando se trata de flagrantes violaciones a las leyes y reglamentos. Esto significa que deberá denunciar a quien comete estas graves faltas y ejercer la autoridad para castigar al responsable.

El concepto de cero tolerancia implica una madurez de la organización, en la seguridad del paciente, la cultura justa y la cultura de seguridad, donde la cabal aceptación y comprensión de los temas por parte de los líderes que guían la atención de la salud es indispensable. Será ingenuo pensar que con sólo un orden vertical se logrará implantar una cultura de seguridad y una actitud de cero tolerancia; para ello se requiere el trabajo en equipo, la comunicación y el aprendizaje organizacional. En la medida en que la evolución de la cultura de la seguridad dentro de la organización permee y llegue a cada persona y cada proceso, entonces la actitud de cero tolerancia abarcará las actividades cotidianas y no se permitirán transgresiones a los procesos. Por ejemplo, no se permitirá colocar un catéter por acceso venoso central si no se cumplen estrictamente todas las precauciones de barreras máximas. Resulta complejo el análisis del error humano por la cantidad de variables y circunstancias que presenta. Sin embargo, es parte fundamental conocer las principales causas de su aparición para así poder corregirlo, evitar el daño al paciente y fortalecer el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Otorgar una atención con calidad es uno de los objetivos en cualquier sistema de

salud, idea en la que va implícito el concepto de seguridad del paciente. El enfoque de riesgos es una manera proactiva de apreciar lo que puede suceder dentro del complejo sistema de atención médica y no cabe duda que la génesis de los errores es parte de ese enfoque.

Cuando las personas que trabajamos en una organización de salud, sea una clínica de atención primaria, un hospital pequeño en la ciudad o en el campo o un hospital de alta especialidad, tenemos conciencia de la falibilidad humana, debemos asumir la importancia de reconocer los errores en la práctica diaria de la atención de los pacientes. No sólo basta con aceptar que no pueden evitarse o que son consecuencia inherente del sistema y por tanto no deben castigarse.

Una mejor comprensión de por qué suceden los errores ayudará a colocar barreras y defensas e interrumpir la cadena de eventos que finalmente resulta en una falla con el consecuente daño al paciente. A pesar de haberse reconocido los factores sistémicos, humanos y, particularmente, los psicológicos en la producción de errores, la teoría del error aún es incompleta. Sin embargo, es ya suficiente como para otorgarle un lugar trascendente en el compromiso de trabajo hacia la implantación de una cultura de seguridad que abarque toda la organización.

Aceptar la presencia de los errores humanos como una de las causas del daño a los pacientes, desde los errores triviales que no generan lesión alguna hasta aquellos que ocasionan un grave deterioro e incluso la muerte, es tener una actitud proactiva y tener en mente que los errores en la atención médica son eje fundamental de múltiples acciones organizacionales como la mejora continua, la seguridad del paciente, el plan estratégico, la certificación, la acreditación y, desde luego, la calidad de la atención.

Cada servicio clínico, cada grupo de personas dedicados a la atención del paciente con calidad, cada organización de salud que busque la mejora, necesariamente tendrá que revisar, aceptar y trabajar con una actitud centrada en el paciente, evitando y previniendo los errores.

El camino hacia una cultura justa y una cultura de seguridad es arduo, no llega intempestivamente, por casualidad ni mucho menos por decreto, sino que debe construirse con el esfuerzo tanto de las personas que tiene a su cargo la atención directa y estrecha con el paciente como de los líderes que dirigen la organización. No hay atajos. Es deseable un clima organizacional donde impere la confianza, el trabajo en equipo, la comunicación y el liderazgo eficiente.

GLOSARIO

Condiciones latentes: son factores y situaciones que se encuentran en el sistema y están dormidos durante muchos años hasta que son revelados por las regla-

mentaciones, auditorías internas o por los incidentes y accidentes que provocan. Son los inevitables patógenos residentes dentro del sistema, surgen de las decisiones tomadas por diseñadores, constructores y directivos de nivel superior, quienes toman decisiones y redactan políticas y procedimientos.

Conducta imprudente: es considerada como negligencia grave. Tiene un mayor grado de culpabilidad que la negligencia pues implica una indiferencia consciente del riesgo. Difiere de la conducta negligente en su intención pues la negligencia es la falta de reconocimiento de un riesgo que debería haber sido considerado, mientras que la imprudencia es una indiferencia consciente ante un riesgo significativo y visible, lo que permite tomar en consideración el posible uso del término conducta temeraria.

Conducta negligente: es una conducta subjetivamente más culpable que el error humano. Es un término legal contenido tanto en el sistema de responsabilidad civil como en el penal. Se denomina conducta negligente cuando una persona ha sido lesionada por el sistema de salud y debe pagarse por los daños resultantes. Es una falta de habilidad en cuanto al cuidado y al aprendizaje que se espera de un médico razonablemente prudente.

Cultura justa: es aquella que identifica y examina abiertamente sus propias debilidades para aprender y mejorar y está dispuesta a exponer tanto sus puntos débiles como sus áreas de excelencia. Es la necesidad de aprender de nuestros errores y de adoptar medidas disciplinarias cuando la situación así lo requiera.

Dolo: es la resolución libre y consciente de realizar voluntariamente una acción u omisión prevista y sancionada por la ley. Es toda maquinación o artificio llevado a cabo para engañar al paciente o afectar su salud. El autor material está consciente del daño que va a causar y sus consecuencias; sin embargo, no desiste de su actuación.

Evento adverso: es el daño resultado de la atención médica y no de las condiciones basales del paciente.

Error: es la falla para completar una acción tal como fue planeada (es decir, error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (es decir, error de planificación). Es el fracaso de una secuencia planeada de actividades físicas o mentales diseñadas para alcanzar un resultado pretendido y que no puede atribuirse a la casualidad. Es una equivocación, una conducta o juicio erróneos involuntarios, que generalmente se manifiesta al hacer incorrectamente las cosas (comisión) o no hacer lo que es correcto (omisión).

Error humano: es una etiqueta social que se caracteriza por el acuerdo generalizado de que el individuo debió de hacer aquello que otros hubieran hecho en la misma situación.

Fallas activas: son los actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema. Toman una variedad de formas: resbalones (torpezas y tropiezos), *lapsus*, errores y violaciones de los proce-

sos. Las fallas activas tienen una incidencia directa y de corta duración en la integridad de las defensas pero el resultado negativo es casi inmediato.

Impericia: es la falta de conocimiento o de la práctica que cabe exigir a uno en su profesión, arte u oficio. Es la torpeza, la inexperiencia. Tanto en la negligencia como en la impericia el sujeto activo no tiene la intención de cometer el daño, sino que se da por causa ajena a su voluntad.

Incidente: evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Lapsus: es una falta o equivocación cometida por descuido.

Negligencia: es la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas; es el abandono, la desidia, la falta de aplicación, la falta de atención, el olvido de las órdenes o precauciones. Es la falta de cumplimiento de un deber de cuidado, es decir, la persona que lo comete tiene conocimiento y destreza suficiente en la materia, sin embargo al presentarse el incidente no lo resuelve de manera satisfactoria.

Violaciones intencionales a las normas o reglamentos: es cuando un individuo decide conscientemente violar una regla mientras está realizando una tarea. Este concepto no está necesariamente relacionado con la asunción de riesgos, sino que simplemente muestra que un individuo sabe que está violando una regla, procedimiento o deber en el desempeño de una tarea.

REFERENCIAS

1. The practice of medicine. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL *et al.*: *Harrison's Principles of internal medicine*. 18ª ed. EUA, McGraw-Hill, 2012.
2. **De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA:** The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216-223.
3. **Reason J:** En: Wu WA (ed.): *The value of close calls in improving patient safety: learning how to avoid and mitigate patient harm*. EUA, The Joint Commission, 2011.
4. **Carthey J, Leval MR, Reason JT:** Institutional resilience in healthcare systems. *Qual Health Care* 2001;10:29-32 .
5. **Vincent C:** The nature and scale of error and harm. En: Vincent C: *Patient safety*. 2ª ed. Reino Unido, Wiley-Blackwell BMK Books, 2010.
6. <http://lema.rae.es/drae/>.
7. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.)**, The Institute of Medicine Committee on the Quality of Healthcare in America: *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academies Press, 2000.
8. **Hurwitz B, Sheikh A:** Health care mistakes, violations and patient safety. En: Hurwitz B, Skeikh A: *Health care errors and patient safety*. Reino Unido, Blackwell Publishing, BMJ Books, 2009.
9. **Perrow C:** *Normal accidents*. <http://www.ohio.edu/people/piccard/entropy/perrow.html>.
10. **Reason J:** Human factors: a personal perspectives. Human factors seminar. Helsinki, 13

- de febrero de 2006. <http://www.vtt.fi/liitetiedostot/muut/HFS06Reason.pdf>.
11. **Reason J:** Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320:768–770.
 12. Memory. En: Ciccarelli SK, White JN: *Psychology*. 3ª ed. EUA; Pearson Prentice Hall, 2012.
 13. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. México, CONAMED, 2011. <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/Documentos/pdf/CASP.pdf>.
 14. **Reason J:** Achieving a safe culture: theory and practice. *Work Stress* 1998;12(3):293–306.
 15. **Reason J:** Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the front-line. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II):ii28–ii33.
 16. **Reason JT:** Understanding adverse events: the human factor. En: Vincent C: *Clinical risk management. Enhancing patient safety*. 2ª ed. Londres, BMJ Books, 2001.
 17. **Max Neef MA:** Foundations of transdisciplinarity. *Ecological Economics* 2005;53(1): 5–16.
 18. **Marchitto M:** El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal* 2011;VII(2):56–64.
 19. **Williamson JA, Webb RK, Sellen A et al.:** Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intens Care* 1993;21:678–683.
 20. **Ruelas BE:** La seguridad de los pacientes. *Rev CONAMED* 2005;11(4):27–34.
 21. **Reason J:** Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care* 1995;4: 80–89.
 22. **Lifshitz A:** El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes. *Rev CONAMED* 2005;11(4):47–50.
 23. Creating a just culture—safety first. *New Mexico Business Journal*. <http://www.nmhanet.org/work-force/just-culture/Final%20Sep07%20Special%20Section.pdf>.
 24. **Marx D:** Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. Nueva York, Columbia University, 2001
 25. National patient safety agency. The Incident Decision Tree Information and advice on use. 2003.
 26. <http://www.cha.com/pdfs/Quality/rural%20unsafe.pdf>.
 27. **Frankel AS, Leonard MW, Denham CR:** Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: the tools to achieve high reliability. *Health Services Res* 2006;41(Suppl 1):1690–1709.
 28. **Shepard LH:** Creating a foundation for a just culture workplace. *Nursing* 2011;46–48.
 29. American Nurse Association. Just Culture Position Statement. <http://nursingworld.org/psjustculture>.
 30. **Solule BM:** Patient safety. En: Friedman C, Newsom W (eds.): *IFIC basic concepts of infection control*. 2ª ed. Reino Unido, International Federation of Infection Control, 2011.
 31. Just Culture. Your organization. <http://www.nmhanet.org/work-force/just-culture/Just%20Culture%20%20generic%20lecture.pdf>.
 32. **Ankowitz D:** Criminalization of healthcare negligence. En: Youngberg BJ: *Principles of risk management and patient safety*. EUA, Jones & Bartlett Learning, 2011.

Sección II

Estado actual

El Consejo de Salubridad General ante la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente

*Leobardo C. Ruiz Pérez, Juan García Moreno,
Rafael Santana Mondragón, Rosa María Galindo Suárez*

Una prioridad y meta del Gobierno de la República en 2013 es lograr un México incluyente, dado que una importante cantidad de mexicanos enfrentan factores adversos para su desarrollo.

De la población total, 46.2% vive en pobreza y 10.4% en pobreza extrema, teniendo escasas posibilidades de progreso, con limitado acceso a los servicios de salud y de una vivienda digna. Queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud como la mortalidad materna, así como atender la fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración, que implican una demanda más elevada de servicios especialmente asociada a una mayor cantidad de adultos mayores.

Asimismo, se tienen presentes tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud:

- a. Un modelo enfocado hacia lo curativo y no hacia la prevención.
- b. No haber permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- c. La rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalecen la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el sistema de salud pública.

Para abatir esta situación se requiere superar importantes retos, como garantizar el ejercicio de los derechos sociales, lo cual exige mejorar las condiciones de educación y salud, entre otras cosas. Es por esto que se ha puesto especial atención en proveer una red de protección social para garantizar el derecho a la protección

de la salud y evitar que problemas inesperados en ese renglón o movimientos de la economía sean una limitante que resulte determinante en su desarrollo.

En consecuencia, la salud juega un importante papel como elemento esencial para impulsar la productividad de la población.

En este contexto, el Consejo de Salubridad General (CSG), como autoridad sanitaria que depende directamente de la Presidencia de la República, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas, emite disposiciones con carácter general y obligatorio en el país a fin de coadyuvar al logro de las objetivos tanto del Plan Nacional de Desarrollo como del Programa Sectorial de Salud.

De alguna manera, la totalidad de sus funciones están relacionadas con el cuidado de la salud y la calidad de los servicios. Pero de manera específica el CSG está directamente relacionado con la calidad de la atención y seguridad del paciente. Una de sus funciones es determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica.

Dicho proceso lo lleva a cabo desde el 1 de abril de 1999 y en junio de 2008 generó y publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). De esta manera, el CSG, a través de la Dirección General Adjunta de Articulación, promueve, coadyuva y desarrolla la mejora de la cultura de la calidad, así como de la seguridad que se brinda a los pacientes mediante acciones de certificación de establecimientos de atención médica, impulsando a las instituciones participantes a mantenerse competitivas.

Para comprender el enfoque con el que el CSG cumple esta responsabilidad basta recordar que una parte importante de la estructura vocacional en las ciencias de la salud, particularmente en la medicina y en la enfermería, ha sido el compromiso con la calidad y la seguridad del paciente, lo cual ha estado plasmado desde que hicieron suya la frase lo primero es no hacer daño (atribuida a Hipócrates), que ha quedado como una responsabilidad esencial de su profesión.

Dos publicaciones representan un parteaguas en la concepción de la profesión médica y ciencias afines:

1. El Reporte Flexner sobre la educación médica en EUA y Canadá.
2. El libro *Errar es humano, construyendo un sistema de salud más seguro*.

Ambas publicaciones cimbraron conceptos sobre la educación médica acerca de la forma cotidiana de actuar en la atención al paciente y de cómo los profesionales de la salud deben aprender estos conceptos para que formen parte integral de dicho compromiso vocacional.

En el libro *Errar es humano* se menciona que hasta 3.7% de los ingresos hospitalarios presentaban eventos adversos, de los cuales 13.6% podrían llegar a ser casos en los que dicho evento condicionara la muerte del paciente.

Cuadro 5–1. Algunas características de la ciencia médica

Ni las enfermedades ni el medio son (ni serán) constantes
Los pacientes (y su familia) (y los superiores) son independientes, inteligentes, y pueden tomar (y toman) decisiones
La incertidumbre y los hechos paradójicos son una constante
Desconocemos una gran parte de los problemas biológicos
Lo que no se puede resolver, no se puede hacer a un lado
Cambios mínimos pueden producir grandes cambios
Existen condiciones (atractores) que forman patrones de conducta
Es más difícil cambiar conceptos aprendidos que aceptar innovaciones

A pesar de la amplia difusión de estos conceptos, reportes posteriores señalan que los eventos adversos siguen estando presentes y que por desgracia esta situación es un problema universal, como se aprecia en los estudios ENEAS e IBEAS, donde se describe que en los hospitales de Iberoamérica se presentan hasta 10.5% de los casos.

Llama la atención que sesenta años antes un cirujano escribiera: “El no prever las fallas evitables y los peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos es inhumano”.

Quienes forman parte de los equipos de salud están expuestos a cometer errores. Absolutamente nada puede prevenirse al cien por ciento, sobre todo cuando se habla de los fenómenos biológicos y, en particular, de la ciencia médica, cuya variedad de características la hacen una ciencia compleja (cuadro 5–1).

Acorde con lo citado en el reporte Flexner, se debe insistir en una educación transformadora que tenga tres cambios fundamentales:

- a. Para la toma de decisiones se debe ir de la memorización a la investigación, el análisis y la síntesis de la información.
- b. Buscar el trabajo en equipo, es decir, en lugar de adquirir diplomas se debe buscar la adquisición de las competencias fundamentales.
- c. Para encontrar prioridades se debe pasar de la adopción acrítica de modelos educacionales a la adaptación de recursos globales a los problemas locales.

Además, se deben plantear transformaciones:

- 1. Pasar de sistemas aislados de salud a la integración de todos ellos.
- 2. En lugar de funcionar con instituciones encerradas en el trabajo crear redes, alianzas y consorcios.
- 3. Pasar de instituciones con problemas y soluciones internos a instituciones que realicen la búsqueda de problemas y soluciones en base a métodos de enseñanza e innovaciones universales.

Con estos principios básicos, el CSG definió el modelo de calidad y seguridad en la atención al paciente, resaltando que dicho paciente forma parte de una familia que requiere estar informada cabalmente del problema de salud que le afecta (con frecuencia profundamente en su estructura o su función) y que también se encuentra insertado en una sociedad con valores culturales que requieren ser valorados y comprendidos cabalmente.

Tales conceptos superan a sentimientos como la soberbia, presente en aquellos que piensan que todo lo que saben y practican es perfecto y, por otra parte, la indolencia de aquellos que difícilmente aceptan hacer el esfuerzo por entender la necesidad de estar alertas y poner en marcha la detección de errores en la atención médica y así tomar medidas para que no se repitan.

El modelo de calidad y seguridad del paciente del CSG considera que la calidad requiere de la observación y de la búsqueda sistemática de la información que permita encontrar las mejores evidencias en cuanto a cuáles son los procedimientos efectivos para detectar los eventos adversos. También menciona que se requiere humildad para dar los pasos correctos para analizar y evitar esos eventos. La tarea del CSG es difundir esa información para que sea aceptada e integrada al conocimiento general, presentándola de forma accesible.

Es así como ha seleccionado y establecido estándares basados en políticas internacionales y los ha integrado a la experiencia nacional, a las normas, leyes y reglamentos y a las políticas de las instituciones de salud de México, para con ello priorizar acciones anticipándose al surgimiento de problemas.

Los estándares se presentan en tres secciones:

1. Metas internacionales de atención al paciente.
2. Centrados en el paciente.
3. Centrados en la gestión.

En total hay 356 estándares que contienen 1 355 elementos medibles que se encuentran accesibles en versión electrónica y se difunden en cursos a los cuales asiste el personal de los establecimientos de atención médica para luego ponerlos en práctica.

Inicialmente, el establecimiento prestador de atención médica se autoevalúa de manera voluntaria, proceso que implica el cumplimiento de lo estipulado en la Ley General de Salud, sus reglamentos, y las normas oficiales mexicanas. Los estándares se clasifican e identifican fácilmente como indispensables, necesarios y convenientes.

Para que el establecimiento pueda ser considerado inscrito y pueda pasar a la fase 11 de auditoría debe cumplir con la totalidad de los estándares indispensables y al menos 80 y 50% de los necesarios y convenientes, respectivamente. Durante esta fase los auditores certifican el cumplimiento de los parámetros pertinentes de forma que se propicie y genere un cambio cultural, el cual implica el

convencimiento de que los eventos adversos son multifactoriales pero, sin duda, deprecian la calidad de la atención a la salud y la seguridad de los pacientes.

El proceso termina una vez que los resultados son llevados al pleno de la comisión respectiva, la cual elabora el dictamen correspondiente, certificado o no certificado, con base en las reglas de decisión establecidas.

Es un hecho que si no existe plena convicción y no se acepta la necesidad de hacer conscientes los indicadores, de conocer a fondo su causalidad y sus consecuencias, estas últimas siempre existirán y no habrá una búsqueda de procesos de mejora como tampoco se lograrán, ni siquiera en los sitios de excelencia, las mejores prácticas clínicas.

El CSG también lleva a cabo la investigación y el desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad. Al respecto, en 2008 dichos indicadores fueron homologados con la *Joint Commission International*, gracias a lo cual se obtuvo la Cédula de Evaluación de Hospitales, que incluye los apartados siguientes:

- a. Requisitos de seguridad de los pacientes.
- b. Calidad de la atención médica.
- c. Seguridad hospitalaria.
- d. Normatividad vigente.
- e. Políticas nacionales prioritarias.

No obstante, durante 2012 realizó cambios en la cédula que consistieron en mejorar la sintaxis, reducir los elementos medibles que deben presentar evidencia documental para su cumplimiento, ampliar los ejemplos prácticos señalando explícitamente la normatividad vigente en los propósitos de los estándares más incumplidos e incorporar cinco estándares con orientación a la buena práctica para la seguridad del paciente. En estas actualizaciones intervinieron las instituciones del sector a través de talleres de expertos.

Con el objetivo de mantener y fortalecer las competencias de los auditores que participan en el proceso de certificación el CSG planea, programa y dirige diversas actividades de formación o capacitación de auditores, dentro de las cuales se encuentran los cursos sobre metodología de la evaluación, los de incumplimientos más frecuentes de los estándares de certificación y las sesiones de resolución de dudas, así como talleres de evaluación de riesgos para mejora de la calidad y seguridad del paciente o de herramientas de la calidad.

Como parte de su proceso de educación continua innova sus estrategias educativas mediante cursos piloto que luego refina para más tarde implantarlos con alcance regional. Las sedes habitualmente son hospitales de alta especialidad o institutos de salud con participación interinstitucional.

Otra acción más es la articulación que el CSG establece con instituciones u organizaciones públicas o privadas, asistenciales o académicas cuyo objetivo es

estar a la vanguardia en criterios e indicadores que mejoren el proceso de certificación.

Pero además de certificar establecimientos de atención médica, el CSG coadyuva en la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes mediante otras funciones, como la selección de nuevas tecnologías sanitarias que reúnan los mejores atributos de eficacia, seguridad y calidad. Para lograrlo, la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias elabora, actualiza y difunde el cuadro básico y el catálogo de insumos del sector salud (CBCISS) a través de un proceso sustentado en criterios de transparencia y eficiencia, incorporando la evidencia de los avances científicos y de la tecnología en medicina y fomentando no sólo la calidad, sino también el uso racional de los insumos utilizados en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Dicho proceso se caracteriza por la evaluación y análisis de cada una de las solicitudes de actualización al CBCISS que realizan diferentes instancias públicas o privadas, tareas llevadas a cabo con estricto apego al Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, específicamente al capítulo VI “del procedimiento para la actualización de insumos” por medio de los subprocesos de inclusión, modificación o exclusión.

Adicionalmente utiliza la Guía de Evaluación de Insumos para la Salud y la Guía para la Conducción de Estudios de Evaluación Económica (GCEEE) para la actualización del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, documentos que complementan al reglamento interior definiendo los procesos y criterios de preparación, presentación, análisis, evaluación, dictamen y difusión de las propuestas de actualización del CBCISS.

Conviene destacar que el análisis arriba citado, orientado a la actualización del CBCISS, se realiza mediante la revisión de la información entregada por los solicitantes a la comisión, la cual incluye aspectos clínicos, de farmacovigilancia y de tecnovigilancia, y aspectos económicos relacionados con el insumo. Asimismo, en la evaluación de dicha información se utilizan criterios fundamentados en fuentes de información de medicina basada en la evidencia, así como la discusión y el consenso de expertos en el área.

En relación al aspecto de seguridad es importante mencionar que cuando el registro sanitario tiene más de un año de expedido se considera indispensable evaluar la evidencia en seguridad del mismo, con la finalidad de garantizarla para el paciente. Todo lo anterior ha permitido contar con un sistema único de clasificación y codificación de insumos para la salud y también ha contribuido a homogeneizar las políticas de adquisición de las instituciones públicas federales del Sistema Nacional de Salud.

De esta manera las actividades realizadas por el CSG a través de la dirección general adjunta de priorización complementan, convergen y alinean los esfuerzos de las diferentes instituciones que participan en la actualización del CBCISS

con criterios estandarizados en función de las necesidades de salud de la población mexicana, evitando la duplicidad de actividades.

Una función más con la cual el CSG coadyuva de manera relevante en la calidad de la atención es la de “definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos” dada la trascendencia de que las familias (sin seguridad social) afectadas por este tipo de enfermedades puedan contar con los servicios de diagnóstico y tratamiento correspondientes en instituciones de elevado prestigio y personal altamente calificado, sin detrimento de su patrimonio.

Para atender a tan elevada responsabilidad el CSG integró la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que ocasionan Gastos Catastróficos, la cual, a través de comités específicos interinstitucionales que cuentan con médicos expertos, determina el listado de enfermedades e intervenciones que ocasionan gastos catastróficos de acuerdo con las categorías establecidas en la Ley General de Salud y elabora los protocolos técnicos de atención correspondientes. El proceso se realiza atendiendo a criterios y valores sustentados en la ética y el principio de equidad, así como a criterios científicos basados en la mejor evidencia clínica, epidemiológica y económica disponible. Los protocolos técnicos describen a detalle las intervenciones, medicamentos, equipamiento y otros insumos por etapa de atención, los cuales abarcan desde el diagnóstico hasta la rehabilitación de acuerdo a la historia natural de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Gobierno Federal: Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018. México.
2. **Martínez CF, Martínez BX:** *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*. 1ª ed. México, 1997:304.
3. **Martínez CF, Martínez BX:** *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. 1ª ed. México, SmithKline Beecham, 2009:387.
4. Consejo de Salubridad General: Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM). *DOF* 13 de junio de 2008.
5. **Martínez CF, Martínez BX, Rivero SO:** *El Consejo Salubridad 1935–2000*. 1ª ed. México, SmithKline Beecham, 2000:413.
6. **Flexner A:** *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
7. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.):** *Committee on quality of health care in America*. Institute of Medicine, 1999.
8. **Aranaz AJM et al.:** Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calidad Asistencial* 2011. [http://www.elsevier.es/sites/defaultfiles/elsevier/eop/S_1134-282X\(111000261\).pdf](http://www.elsevier.es/sites/defaultfiles/elsevier/eop/S_1134-282X(111000261).pdf).
9. **Thorek M:** *Surgical errors and safeguards*. 1943.
10. Manual de Organización y Funcionamiento de la Dirección General Adjunta de Articulación. México, Consejo de Salubridad General, 2013.

Proceso de certificación de establecimientos de atención médica

Alberto Lifshitz Guinzberg, Ángel Fernando Galván García

El proceso de certificación está a cargo del Consejo de Salubridad General (CSG), un órgano colegiado establecido constitucionalmente en 1871 que representa la máxima autoridad sanitaria después del presidente de la República, de quien depende.

El CSG cumple con funciones normativas, consultivas y ejecutivas y sus disposiciones, emitidas como acuerdos, son de carácter general y obligatorio en todo el país. Como parte de su operación y funcionamiento aprueba y publica la declaratoria en los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia o atenten contra la seguridad nacional, rinde opiniones y formula sugerencias tendientes al mejoramiento de la eficiencia y consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS), analiza disposiciones legales en materia de salud y formula propuestas de reforma. Asimismo, elabora, difunde y actualiza el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CBCISS), y el Catálogo de Medicamentos Genéricos, define tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos y certifica la calidad de los establecimientos de atención médica.

La certificación de calidad es llevada a cabo por el CSG desde el 1 de abril de 1999 y, desde entonces, con la experiencia adquirida, se ha ido modificando el marco legal y el método de evaluación. Actualmente, todas las acciones inmersas en el proceso de certificación son regidas por el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008.

El objetivo del SiNaCEAM es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno a través de la Certificación de Establecimientos de atención médica. Es así como la certificación se define como el proceso mediante el cual el CSG reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y cuidar de la seguridad a los pacientes.

Los establecimientos que participan en el proceso de certificación son establecimientos de cirugía ambulatoria, hospitales generales o de especialidad, clínicas de atención primaria y consulta de especialidades, unidades de hemodiálisis y unidades de rehabilitación, ya sean públicas o privadas.

El proceso para certificar establecimientos de atención médica está compuesto de tres fases, a través de las cuales el CSG evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Tales fases son la de inscripción y autoevaluación, la de auditoría y la de dictamen.

INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

Consiste en la inscripción al SiNaCEAM y la autoevaluación de estándares de estructura. Para poder inscribirse al SiNaCEAM el establecimiento debe cumplir con ciertos lineamientos:

- 1.** Tener por lo menos un año de funcionamiento.
- 2.** Contar con las licencias sanitarias, los avisos de funcionamiento y los avisos de responsables que correspondan a los servicios que brinden, de acuerdo con la normatividad vigente.
- 3.** No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- 4.** No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa.
- 5.** En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con certificación previa, deben aprobar en primer lugar la acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- 6.** Los hospitales de alta complejidad clasificados así por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación deberán contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de

acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro.

La Autoevaluación que realiza la misma unidad describe aquellos elementos que debe cumplir un establecimiento de atención médica en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las normas oficiales mexicanas y en los estándares de certificación. En este contexto, la autoevaluación especifica los requisitos de estructura y equipamiento, así como los planes, políticas, procedimientos y sistemas de información que son obligatorios para cursar el proceso de certificación/recertificación. La autoevaluación, en palabras más simples y llanas, incluye los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de calidad en un establecimiento de atención médica. Para que un establecimiento acceda a la fase de auditoría, deberá haber cumplido 100% de los estándares clasificados como indispensables, 80% o más de los necesarios y 50% o más de los convenientes.

AUDITORÍA

Se refiere a la evaluación del cumplimiento de las metas internacionales de seguridad para los pacientes, los estándares centrados en el paciente, estándares de gestión del establecimiento y la revisión de estructura indispensable. La auditoría se desarrolla con auditores institucionales, los cuales son seleccionados, capacitados, evaluados y retroalimentados directamente por el CSG. Al método de evaluación utilizado se le denomina rastreador y puede ser de tres tipos:

- a. Rastreador de paciente.
- b. Rastreador de sistemas.
- c. Rastreador de procesos específicos.

Para conocer más sobre este método y sobre las actividades que se desarrollan en una auditoría se puede consultar el Manual del Proceso de Certificación de Hospitales disponible en la página web del CSG.

DICTAMEN

Una vez que el Informe de Auditoría es entregado al CSG es revisado y validado para procesarlo en un reporte que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en sesión ordinaria, revisa y dictamina. De conformidad con el artículo 16 del reglamento interno del SiNaCEAM “el Certificado

que emita el Consejo tiene una vigencia máxima de tres años, de acuerdo al dictamen que emita la Comisión de Certificación, el cual se podrá confirmar o revocar dependiendo de los resultados de:

- Auditorías aleatorias que se realizarán a establecimientos que no tengan un motivo para recibir una Auditoría intencionada, de acuerdo a la capacidad del SiNaCEAM.
- Auditorías intencionadas con el propósito de confirmar o revocar el Certificado ante los resultados de:
 - a. Las controversias entre usuarios y proveedores de servicios de salud que resuelva la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
 - b. La evaluación del Programa Hospital Seguro.
 - c. Otras que la Comisión de Certificación juzgue convenientes.
 - d. La suspensión de la Acreditación o el dictamen negativo en el Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad para los prestadores del Sistema de Protección Social en Salud.
 - e. Las verificaciones sanitarias que practique la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios”.

En este proceso participaron más de 1 500 unidades médicas, públicas y privadas, y a lo largo de su historia se pueden identificar diversos avances:

- El proceso de certificación da reconocimiento a las unidades médicas ante la sociedad civil y sus pares. Asimismo, adoptó y adaptó un modelo de gestión de calidad y seguridad para los pacientes de nivel internacional, que fortalece la cohesión de su cultura organizacional y su propia sustentabilidad.
- Se han creado grupos de interés por la calidad y seguridad de los pacientes que aglutinan aseguradoras, dependencias y entidades de la administración pública, áreas de regulación como COFEPRIS y sus homólogos en las entidades federativas y grupos médicos organizados.
- Se estableció el referente de calidad para que en los procesos de licitación de servicios médicos hospitalarios se aseguren las mejores condiciones al Estado, lo anterior a través de la creación del Acuerdo que establece como obligatorio el requisito de certificación por el CSG a los servicios hospitalarios privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.
- A 12 años de haber iniciado la certificación de establecimientos de atención médica en México se ha impulsado una cultura de calidad y seguridad de los pacientes mediante la estandarización de procesos de atención y de gestión, su medición y evaluación, el reconocimiento de los eventos adversos como fuente de aprendizaje y, con ello, la prevención y reducción de riesgos.

Programa Nacional de Seguridad del Paciente, Secretaría de Salud

*Javier Santacruz Varela, Hilda Guadalupe Márquez Villarreal,
Magdalena Delgado Bernal*

INTRODUCCIÓN

Existen importantes razones para afirmar que la calidad de atención es un tema prioritario en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han publicado diversos documentos que muestran que aún persisten variaciones en la calidad asistencial, las que se reflejan en desigualdad de oportunidades para la atención e índices de letalidad y supervivencia.¹

Una de las formas en las que se manifiesta la falta de calidad es a través de las condiciones de inseguridad para los pacientes en algunos establecimientos de salud. Esto se traduce en eventos adversos. Desde la publicación de informes sobre las tasas de eventos adversos asociados a la atención sanitaria y sus posibles causas existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, lo que ha motivado la incorporación de estrategias de seguridad del paciente en los planes de salud gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de los mismos.

Cuando fue publicado el informe del Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés), denominado *Errar es humano* en 1999, el tema de la seguridad de los pacientes se hizo evidente para los diversos actores de los sistemas de salud: autoridades, usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de diferentes países.

Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diverso grado al paciente y su familia, incremento de costos del proceso de atención y prolongación de la estancia hospitalaria. Algunos estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, muestran que 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital y 23.9% ocasionan daño grave al paciente, incluyendo la defunción.² La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son pasos fundamentales en la gestión de la seguridad del paciente; asimismo, permiten implementar acciones para la mejora de la atención en salud.

Los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varios factores en distintos niveles dentro de la atención a la salud, como puede ser el grado de apoyo financiero gubernamental, el interés y decisión de la institución para mejorar su estructura y sus procesos de atención, o el nivel de la interacción entre los pacientes y profesionales. Por lo tanto, las soluciones no son fáciles y deben tener un enfoque sistémico y promover un entorno que minimice el riesgo de daño pese a la complejidad y a la insuficiente estandarización de la práctica médica y la atención sanitaria en general.³

ANTECEDENTES

En los procesos de atención usualmente hay una conjunción de circunstancias que confluyen para que ocurran los errores. Por su naturaleza, el hombre es un ser falible, comete y seguirá cometiendo errores, por lo que la implementación de sistemas de atención más seguros ayudará a disminuir la probabilidad de errores en la práctica médica y a evitar que estos lleguen a dañar al paciente. Se ha observado que a mayor sofisticación de técnicas quirúrgicas y tratamientos los riesgos para el paciente se incrementan.⁴ En algunas ocasiones el paciente puede sufrir lesiones o complicaciones en la evolución de su atención médica, pero dada la complejidad de dicha atención, aquéllas no necesariamente se deberán a un error de los profesionales de la salud, sino a una falla en los procesos del sistema de atención.

El problema de los eventos adversos en salud existe desde hace mucho tiempo. Sin embargo, es hasta el estudio realizado por el grupo de Harvard que se mostró su frecuencia en los hospitales y sus repercusiones para los pacientes, así como los daños que ocasionan en su salud.⁵

Dicho estudio, efectuado en hospitales para pacientes enfermos agudos del Estado de Nueva York,⁵ encontró que casi 4% de los pacientes sufrió algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, de los cuales 70% provocó daño temporal y 14% produjo la muerte del paciente. En la publicación *Errar es humano*, el IOM estimó que en EUA ocurren entre 44 000 y 98 000 muertes cada año en los hospi-

tales como resultado de los eventos adversos, cifra que supera la mortalidad ocurrida por los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA en el mismo país.

Otro informe relevante es el publicado por el Departamento de Salud del Reino Unido en 2000 bajo el título *An organization with memory (Una organización con memoria)*. En este informe se menciona que los eventos adversos se producen en casi 10% de las hospitalizaciones, es decir, un total de 850 000 eventos al año en el sistema de salud inglés.⁷

Estudios realizados en otros países, como Australia, han encontrado una tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados de hasta 16.6%. En un hospital universitario de Boston se identificaron eventos adversos específicos relacionados con los fármacos en 6.5% de los pacientes hospitalizados.⁸ La gran variabilidad de porcentajes o tasas encontradas en los diversos estudios se debe en parte a la heterogeneidad de criterios, conceptos, definiciones, objetivos, nomenclaturas y metodologías utilizadas, por lo que es muy difícil establecer comparaciones entre estudios o entre países. Sin embargo, para efectos prácticos, a nivel global se considera que es de alrededor de 10%.

De acuerdo a los reportes realizados en los sistemas de salud y organizaciones de varios países, se puede resumir que la gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que por la complejidad de los nosocomios su población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Pero lo antes descrito no excluye que se puedan producir eventos adversos en otros niveles de la atención para la salud, como puede ocurrir en la atención primaria y otros servicios como los de salud mental, de rehabilitación y de odontología, así como en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Entre los antecedentes de referencia obligada sobre los accidentes o lesiones que ocurren en las organizaciones se encuentra el estudio de Heinrich,⁹ quien es considerado pionero de la salud ocupacional y la seguridad. Sus resultados refieren una razón aproximada de un accidente grave por cada 30 leves y por cada 300 accidentes sin daño, a los que actualmente se les denomina *near misses*, cuasi falla o cuasi daño. Es decir, que la relación es de 1–30–300 (figura 7–1).

Posteriormente se sugirió una modificación en la relación antes descrita para quedar en 1–10–600 (figura 7–2). Estos trabajos han llevado a definir el modelo de iceberg, que establece la razón entre accidentes graves, accidentes leves e incidentes (o *near misses*).

Según Heinrich, los eventos adversos graves son la culminación de una serie de incidentes o eventos adversos de menor magnitud que pueden tener causas comunes, de lo que se deduce que el análisis de las causas que ocasionan los incidentes sin daño o *near miss*, así como de los eventos adversos leves, es también útil para identificar las causas y evitar eventos adversos graves (aquellos que producen lesiones irreversibles o la muerte).

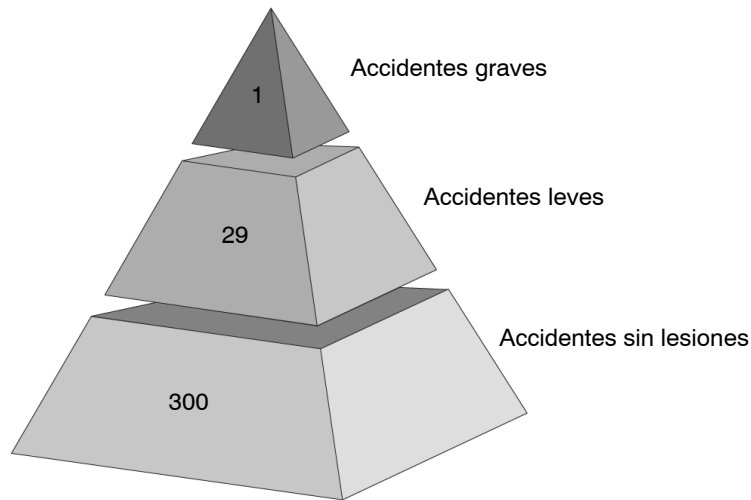


Figura 7-1. Pirámide de Heinrich.

En relación a los principales factores de riesgo que ocasionan un evento adverso asociado a la atención médica se ha mencionado que las condiciones propias de salud de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad de base y otras condiciones concomitantes (p. ej., comorbilidad), también influyen de manera importante en su ocurrencia. Muchos de estos pacientes, en particular aque-

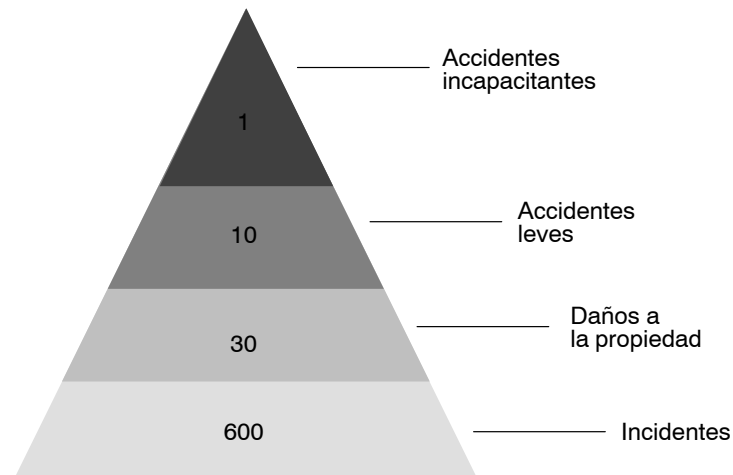


Figura 7-2. Estimación ajustada. Fuente: Heinrich: *Industrial accident prevention: a scientific approach*.

llos sometidos a intervenciones quirúrgicas y los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, son sometidos a varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos, por lo que aumenta el riesgo de sufrir daño.

Tomando en consideración los registros y publicaciones mencionadas anteriormente, en mayo 2002 la OMS, mediante una resolución aprobada durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, insta a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente, a consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.¹⁰ Dicha resolución considera además la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los estados miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, adoptar medidas preventivas y aplicar medidas de reducción de los riesgos.

Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó establecer una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente, el fomento de prácticas adecuadas en todos los estados miembros e impulsara el logro de mejoras a escala internacional.¹¹

Surgió así la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), misma que fue puesta en marcha en octubre de 2004. La AMSP tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo y es asimismo un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su creación pone de relieve la importancia de la seguridad del paciente a nivel mundial.¹¹

Cada vez que se realiza una investigación se confirma de nuevo que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos, de los cuales las infecciones nosocomiales ocupan un lugar destacado. Sobre la base de los mejores datos disponibles se calcula que en todo el mundo hay, en todo momento, 1.4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios. Aunque el contexto puede variar, ningún país, rico o pobre, puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.¹²

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y las acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el reconocimiento de los riesgos de eventos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad.¹³

Cada año el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en

todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas enfermas agravan aún más su enfermedad a causa de la infección nosocomial. Algunas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud, como puede observarse en los datos de infecciones contraídas durante la atención sanitaria.¹⁴

Alcance y costo

- En todo momento, es posible encontrar más de 1.4 millones de personas que han contraído infecciones en los hospitales del mundo.
- Entre 5% y 10% de los pacientes que ingresan a hospitales del mundo desarrollado contraen una o más infecciones durante su internamiento.
- En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria varía entre 2 y 20 veces más que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes con infección nosocomial puede superar 25%.
- En EUA, uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital. Esto equivale a dos millones de casos y aproximadamente 80 000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100 000 casos de infección relacionados con la atención sanitaria provocan cada año más de 5 000 muertes directamente relacionadas con tal infección.
- En México, se calcula que 450 000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100 000 habitantes por año. Es decir, sobre una base de 105 millones, 33 600 defunciones por año.
- Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de mil millones de libras por año. En EUA la cifra es de entre 4 500 millones y 5 700 millones de dólares. En México el costo anual se aproxima a los 1 500 millones de dólares.

Datos reportados por Khon en EUA en el año 2000⁶

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7% de los pacientes.
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6 y 13.6% de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44 000 y 98 000 pacientes.

- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte en EUA, por arriba de los accidentes en vehículo con 43 458, cáncer de mama con 42 297 o SIDA con 16 516.

En Latinoamérica el estudio denominado IBEAS, coordinado por la OMS y la OPS y realizado en el 2007 en hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, Perú y México, evidencia que la tasa promedio de los cinco países fue alrededor de 10%.² En esta investigación se identificó que definir la magnitud y las características del problema es el primer paso para encontrar soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Por otra parte, se ha identificado una prevalencia global de pacientes con algún evento adverso en un 10.5%. Entre los cinco eventos adversos más frecuentes se encuentran:

- Neumonías nosocomiales: 9.4%.
- Infecciones de herida quirúrgica: 8.2%.
- Úlceras por presión: 7.2%.
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento: 6.4%.
- Sepsis o bacteremia: 5%.

En México, a través del estudio IBEAS, se descubrió que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales es de 7.7% y los principales eventos adversos identificados fueron:

- Neumonías nosocomiales: 5.2%.
- Infecciones de herida quirúrgica: 5.6%.
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento: 5.6%.
- Sepsis o bacteremia: 6.9%.

CONCEPTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves, causando invalidez permanente o la muerte.⁴

Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos que generalmente involucran:

- Errores en la atención.

- Incidentes que casi causan daño (*near miss*).
- Eventos adversos leves.
- Eventos adversos graves.

Se entiende por evento adverso a “un daño inesperado del paciente relacionado con la atención sanitaria recibida y que no está relacionado con el curso natural de su enfermedad”. El daño ocasionado tiene, o puede tener, consecuencias muy graves para el paciente que pueden ocasionarle incapacidad o disfunción permanente e incluso la muerte.

Cuando un evento causa un daño grave o irreversible para el paciente se le denomina evento centinela, el cual es definido como “suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas”.¹⁶

Algunos de los eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que existen medidas de prevención no utilizadas¹⁷ y son el resultado de una cadena de sucesos que pueden dañar al paciente. Siendo importante destacar que aproximadamente 51% de estos eventos son evitables.⁶

Se reconoce que la descripción cuantitativa de los eventos adversos ha dado lugar a la preocupación de las organizaciones de salud, por lo cual se han implementado una serie de iniciativas que incluyen la investigación y gestión de incidentes en salud.¹⁸

La mejora de la calidad de la atención en salud tiene entre sus objetivos aumentar la seguridad del paciente. Actualmente se tiene mayor acceso a las evidencias de los reportes de eventos adversos así como del daño que estos causan a los pacientes, mediante las cuales se puede analizar su prevalencia e incidencia para promover mejoras.^{4,5,10}

Gran número de los eventos adversos se detectan en el ámbito hospitalario y han sido más estudiados, razón por la que probablemente se conoce un poco mejor su comportamiento. Las cifras de registros internacionales han reportado que la frecuencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados en Nueva York¹ oscila entre 4 y 17% en estudios retrospectivos y alcanza 31% en estudios prospectivos.¹⁹ Existen menos evidencias acerca de los eventos adversos en atención ambulatoria, pero la literatura al respecto refiere que su frecuencia es 5 a 10 veces menor que la que se encuentra en el ámbito hospitalario.

MARCO INSTITUCIONAL

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el gobierno federal decidió incorporar la seguridad del paciente en los diferentes documentos oficiales que involucran las políticas públi-

cas en salud. En el Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012, en su eje 3, inciso 3.1, objetivo cinco, a la letra señala: “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” y “lograr que los mexicanos cuenten con servicios eficientes de salud y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo”.

El Programa Nacional de Salud 2007–2012 refiere en el objetivo tres lo siguiente: “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”. A través de dicho objetivo el Gobierno propone mejorar las condiciones de salud de una población, para lo cual es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad, efectivos y seguros que respondan a las expectativas de los usuarios y tomen en consideración su diversidad cultural.

En México se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio incorrecto, prevención de caídas del paciente, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud, uso y apego a protocolos y guías de práctica clínica, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos, cambio de la cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.

Estas acciones de carácter institucional forman parte del Programa Sectorial de Salud 2007–2012 y responden a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS), que en el artículo 6 plantea, entre otros objetivos del SNS, el “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones previstas”.

Asimismo, en los artículos 50 y 51 de la LGS se describen los derechos de los usuarios de los servicios de salud como “prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

En la etapa de planeación para la elaboración del Programa Sectorial de Salud 2007–2012 se convocó al Foro Ciudadano de Calidad en Salud 2007, con el fin de escuchar la voz de la ciudadanía, de los profesionales y las organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad. En materia de Seguridad del Paciente se concluyó:

- Alinear intervenciones así como programas de las subsecretarías y con ello el ejercicio programático con el presupuestal.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.
- Integrar al sector privado en las políticas en salud.



Figura 7–3. Objetivos en el ámbito de la salud.

- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los comités de calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y el uso de información (figura 7–3).

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE²⁰

En octubre de 2004 la OMS lanzó la AMSP, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse. La adhesión de México a estas políticas globales de seguridad del paciente y el cumplimiento del marco normativo antes mencionado, sirvieron de antecedente a la Secretaría de Salud para desarrollar a través de su Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente.

Objetivo general

Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad del paciente en las unidades del sector salud.

Objetivos específicos

1. Promover proyectos de mejora, ajustados a la problemática de cada hospital, para contener los riesgos, desarrollando además indicadores de seguridad del paciente que permitan evaluar el avance y proponer ajustes.
2. Difundir el conocimiento generado a partir de las investigaciones en materia de seguridad del paciente en nuestro país, así como la información más actualizada relacionada con la prevención de los eventos adversos.
3. Puesta en marcha del programa a nivel sectorial. Evaluación y retroalimentación para la mejora continua.

Líneas estratégicas

Cabe señalar que, siendo la reducción de eventos adversos el principal objetivo del programa de seguridad del paciente y la cultura de seguridad el elemento o sustrato fundamental que lo puede hacer posible, estas dos líneas de trabajo son estratégicas para avanzar de manera sustancial en la seguridad de los pacientes en el SNS. A continuación se describen las líneas estratégicas de acción con sus objetivos, metas e indicadores, así como su avance (figura 7-4).

Campañas sectoriales

México participa de manera activa para atender los tres retos globales de la AMSP a través de las tres campañas sectoriales.

Cuadro 7-1. Líneas estratégicas

Campañas sectoriales:
• Está en tus manos
• Cirugía segura salva vidas
• Bacteremia cero
Prevención y reducción de la infección nosocomial (PREREIN)
Uso racional de medicamentos (URM)
Medicina basada en la evidencia:
• Difusión de guías de práctica clínica (MBE-GPC)
Plan de cuidados de enfermería (PLACE)
Calidad en la atención odontológica (CAO)
Calidad en la atención materna
Cuidados paliativos (PALIAR)
Currícula de calidad en la formación de los profesionales
Desarrollo de cultura de seguridad en los establecimientos de salud
Desarrollo de sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos en los establecimientos de salud

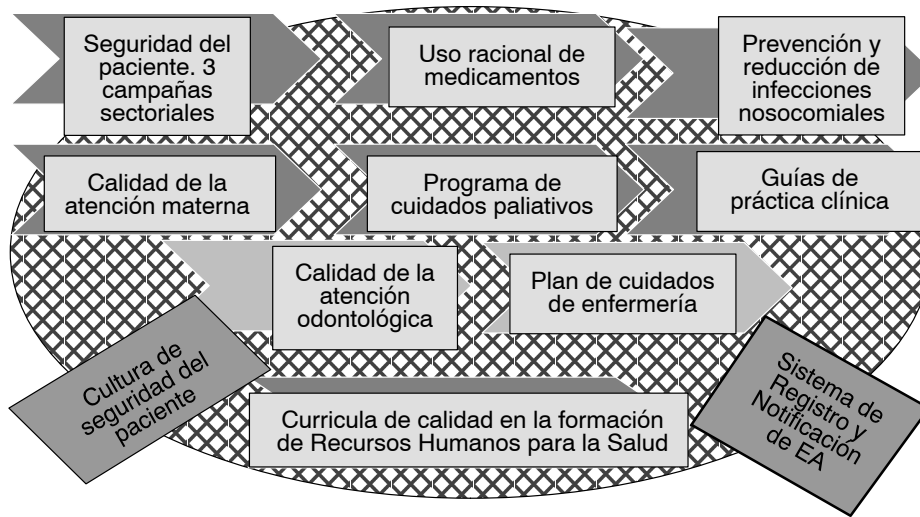


Figura 7-4. Modelo del Programa de seguridad del paciente.

Está en tus manos, Cirugía segura salva vidas y Bacteremia cero (figuras 7-5 a 7-10, cuadros 7-2 y 7-3).

Acciones propuestas

- Desarrollar capacitación en cascada del personal responsable de las acciones de seguridad del paciente en las entidades federativas.

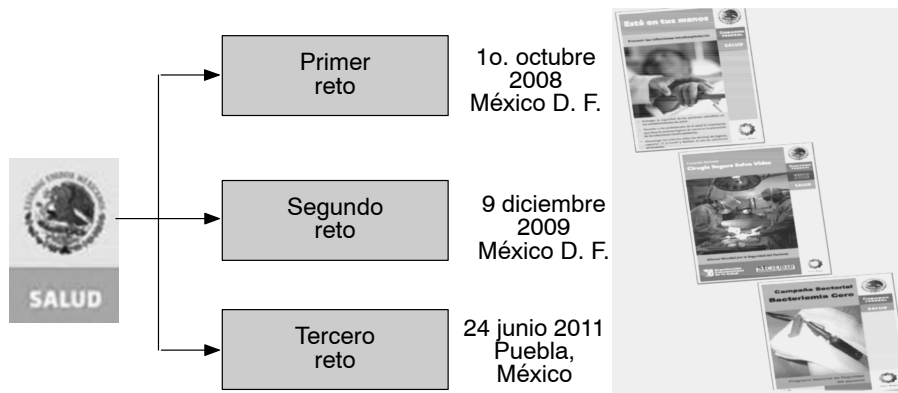


Figura 7-5. Los retos globales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

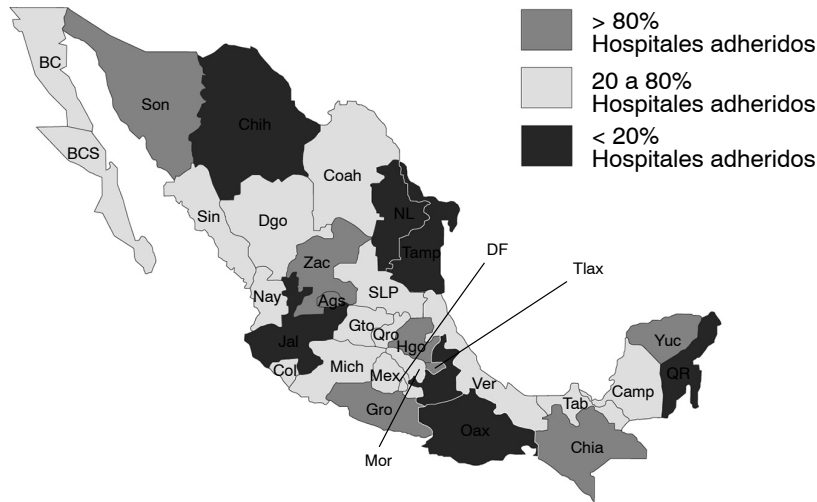


Figura 7-6. Avances de la campaña sectorial Está en tus manos.

- Realizar una reunión sectorial con los responsables del proyecto de seguridad del paciente con la finalidad de implementar las estrategias de seguridad del paciente en los hospitales bajo su responsabilidad.
- Evaluar el impacto de la capacitación y realizar el desarrollo de ajustes necesarios para el cumplimiento de la meta.

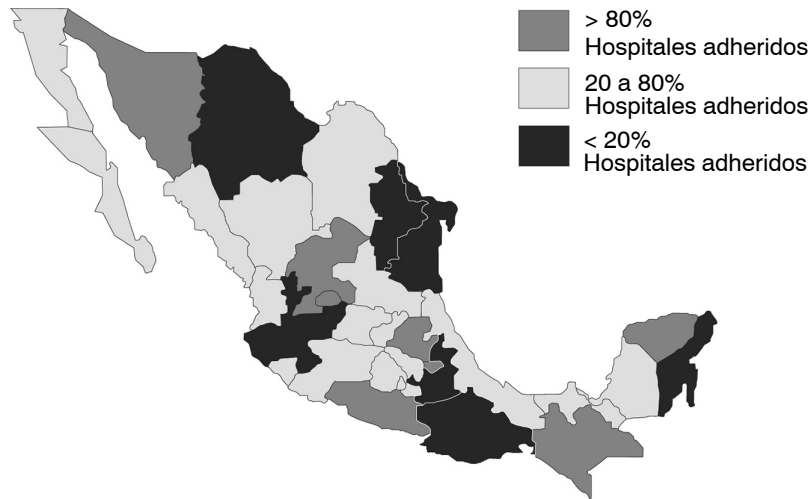


Figura 7-7. Avances de la campaña sectorial Cirugía segura salva vidas.

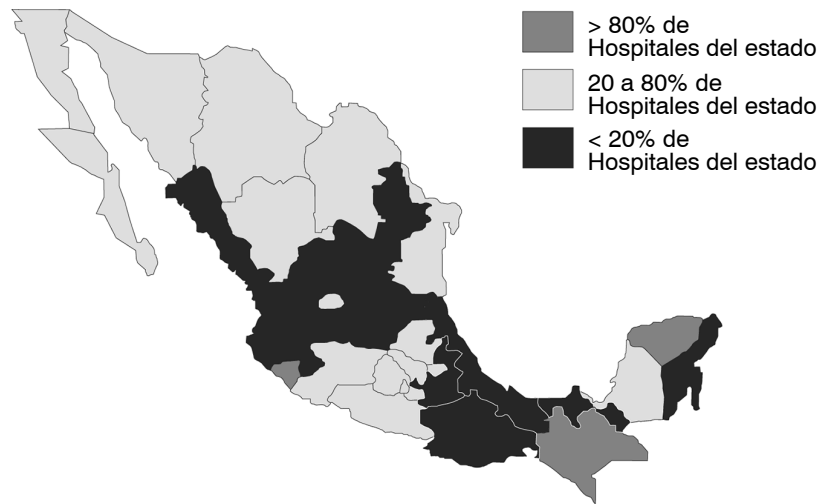


Figura 7–8. Hospitales de mediana y alta complejidad que implementan un protocolo de prevención de úlceras por decúbito.

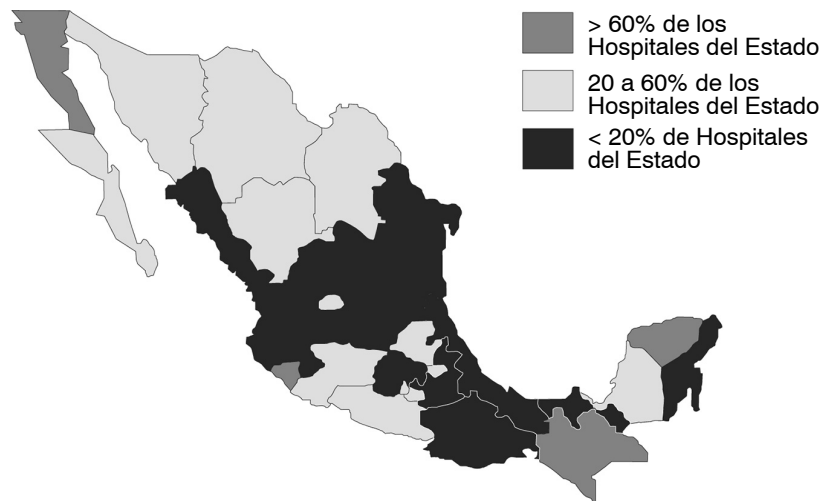


Figura 7–9. Hospitales de mediana y alta complejidad que implementan el protocolo de Prevención de caídas.

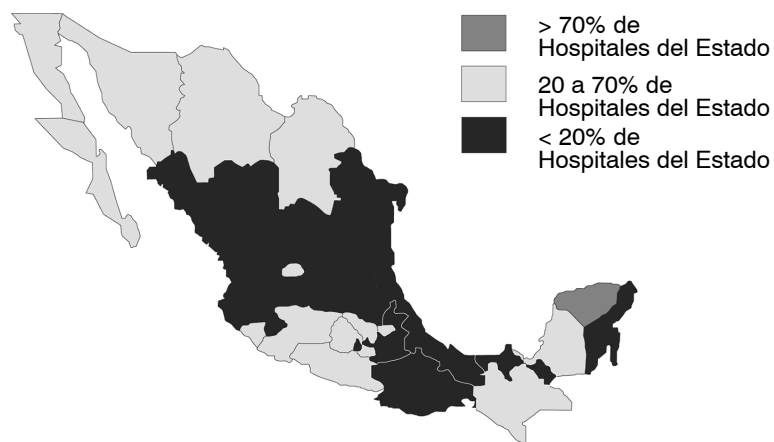


Figura 7–10. Hospitales de mediana y alta complejidad que implementan un Protocolo de identificación del paciente.

Cuadro 7–2. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de los hospitales de 60 y más camas del sector salud	Porcentaje de hospitales de 60 y más camas del sector salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos

Cuadro 7–3. Avances

Meta: implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de los hospitales de 60 y más camas del sector salud.

Variables: total de hospitales de 60 y más camas del sector salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos / total de hospitales de 60 y más camas del sector salud

Años	2006	2007	2008	2009	2010 ¹	2011 ²	2012 ³
Programado	–	16.70	25.40	34.00	42.70	57.79	85.00
Real	16.70	17.00	31.80	34.60	55.78	81.10	82.00
V1 Total de unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos	104	107	199	217	222	323	329
V2 Total de hospitales de 60 camas censables o más	628	628	628	628	398	398	398

¹ En 2010 cambió el denominador con base a la actualización de la base de datos por la Dirección General de Información en Salud.

² Información de cierre al 31 de diciembre de 2011.

³ Estimado al 30 de noviembre de 2012.

PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (PREREIN)

Objetivo

Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6.0 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel.

Objetivos específicos

- Que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.
- Asociar al mayor número de hospitales del país al Modelo de Gestión de Riesgos para la Prevención y Reducción de Infecciones Nosocomiales (PREREIN).
- Promover la interrelación de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y los Comités de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en los hospitales.
- Compartir y difundir las experiencias y avances en la reducción de infección nosocomial en los hospitales del SNS.

Acciones propuestas

- Elaboración de un modelo de gestión de riesgo en infecciones nosocomiales.
- Organización de reuniones de trabajo con los líderes de calidad y los enlaces institucionales para la integración o reactivación de los comités de infecciones nosocomiales en los hospitales.
- Promover que los gestores de calidad de hospitales den seguimiento a las infecciones nosocomiales que se presenten.
- Vincular los esfuerzos de PREREIN con las acciones contenidas en el Proyecto de Seguridad del Paciente.

Cuadro 7–4. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
60% de los hospitales de 60 camas y más aplican el modelo de gestión de riesgos relacionado con la PREREIN	Hospitales de la Secretaría de Salud de 60 camas o más que cuentan con un modelo de gestión de riesgos de infecciones nosocomiales

Cuadro 7–5. Avances

Meta: integrar a 60% de los hospitales del sector salud de 60 camas o más que cuentan en la aplicación de un modelo de gestión de riesgos de infecciones nosocomiales.

VARIABLES: hospitales del sector salud de 60 camas o más que aplican el modelo de gestión de riesgos para la prevención y reducción de la infección nosocomial / total de hospitales de la Secretaría de Salud de 60 camas o más

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado			25%	30.1%	40.2%	50.0%	60%
Real			44.9%	52.8%	37.7%	48.99%	62.8%
V1 Hospitales del sector salud de 60 camas o más que aplican el modelo de gestión para la prevención y reducción de la infección nosocomial			44	93	150	195	250
V2 Total de hospitales del sector salud de 60 camas o más			176	176	398	398	398

2007: se integró el Modelo de Gestión de Riesgos para la Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial a través de la coordinación de un grupo de trabajo integrado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección General de Epidemiología, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y “Nutrición Salvador Zubirán” y la Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales

- Incluir en el proyecto las evidencias sobre el uso racional de antibióticos y difundirlas a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) (cuadros 7–4 y 7–5).

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Objetivo

Proponer estrategias que favorezcan el uso racional y el costo–efectividad de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios.

Objetivos específicos

- Impulsar el desarrollo de la profesionalización de los servicios farmacéuticos en los hospitales. Potenciar el desarrollo de unidades de farmacia clínica en los hospitales reconociendo e incorporando al farmacéutico como parte del equipo de salud.

- Fomentar la creación del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) que coordine y supervise la política de medicamentos en los establecimientos de salud. Generalizar el Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria para garantizar la eficacia terapéutica y la reducción de costos.
- Promover estrategias para que los profesionales de la salud y los pacientes accedan a la información, de tal forma que reciban información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos.

Acciones propuestas

- Involucrar a las instituciones de educación superior y media superior en la formación de especialistas farmacéuticos que se incorporen a los servicios de salud para dar apoyo a la prescripción médica.
- Definir las funciones de los COFAT integrando directrices clínicas y fomentando la educación a los usuarios y pacientes. Garantizar una terapéutica racional a través de la correcta selección de los medicamentos que formarán parte del cuadro básico de cada hospital mediante un análisis y valoración de la información científica de los mismos, atendiendo criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo, así como de su utilización y de los resultados en el paciente.
- Emitir recomendaciones para la organización y gestión de la farmacia hospitalaria para el desarrollo de servicios farmacéuticos, implementando el Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria.
- Difundir las guías elaboradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) e impulsar el desarrollo de guías terapéuticas que permitan el uso racional de medicamentos.
- Identificar y promover los Centros de Información de Medicamentos o Centros de Información Toxicológica a través de las instituciones de salud y educativas para que el profesional de la salud reciba información objetiva, completa y actualizada sobre medicamentos y así fomentar su uso racional.
- Impulsar recomendaciones para que el paciente reciba información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos (cuadros 7-6 y 7-7, figura 7-11).

Cuadro 7-6. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
50% de las entidades federativas, GDF y CCINSHAE con al menos un hospital asociado al proyecto de Uso Racional de Medicamentos	Entidades federativas, GDF y CCINSHAE que asocian al menos un hospital al proyecto de Uso Racional de Medicamentos

Cuadro 7-7. Avances

Metas: 50% de las entidades federativas, GDF y CCINSHAE con al menos un hospital asociado al proyecto de Uso racional de medicamentos
 Variables: número de entidades federativas con al menos un hospital asociado a URM/total de entidades federativas

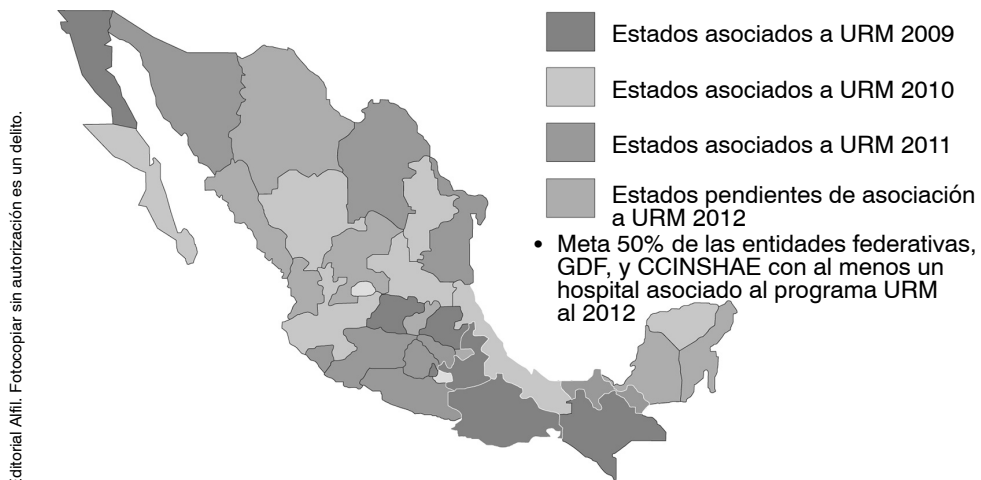
Años	2009	2010	2011	2012
Programado	25%	31.2%	50%	50%
Real	25%	50%	75%	
V1 Número de entidades federativas con al menos un hospital asociado a URM	8	16	24	–
V2 Total de entidades federativas	32	32	32	–

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Difusión de guías de práctica clínica (MBE-GPC)

Objetivo

Establecer los mecanismos de coordinación mediante el consenso sectorial, las acciones que permitan desarrollar actividades de difusión, modelos de capacitación y lineamientos para la implantación y el seguimiento para lograr el conoci-



© Editorial Añil. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 7-11. Estados asociados al programa Uso racional de medicamentos con al menos un hospital de mediana y alta complejidad.

miento y utilización de las Guías de Práctica Clínica desarrolladas e incluidas en el Catálogo Maestro.

Objetivos Específicos

- Distribuir las guías de práctica clínica elaboradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) en las unidades de atención a la salud, de acuerdo a su nivel resolutivo.
- Brindar capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del SNS.
- Promover el uso de protocolos de atención médica.

Acciones propuestas

- Integración de los grupos Cochrane en el país para homologar criterios en la selección de las mejores alternativas de decisión médica mediante un análisis comparativo de la mejor evidencia disponible.
- Definición y difusión de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible así como de un modelo de gestión clínica.
- Difusión de las guías de práctica clínica y en las unidades de atención a la salud de acuerdo a su nivel resolutivo.
- Desarrollar programas de capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica, en las unidades médicas del SNS (cuadros 7-8 y 7-9).

Plan de cuidados de enfermería (PLACE)

Objetivo general

Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería mediante la aplicación de procesos de atención en enfermería o planes de cuidados.

Objetivos específicos

- Identificar las mejores prácticas en la atención de pacientes para promover su generalización en el ámbito interinstitucional y nacional.

Cuadro 7-8. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
Capacitar a las 32 entidades para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica contenidas en el Catálogo Maestro	Grado de implantación de las guías de práctica clínica aprobadas por CENETEC

Cuadro 7–9. Avances

Metas: capacitar a las 32 entidades para la difusión e implantación de las Guías de Práctica Clínica contenidas en el Catálogo Maestro.

Variables: total de entidades federativas con acciones de difusión e implantación de las guías de práctica clínica contenidas en el Catálogo Maestro/total de entidades federativas

Años	2010	2011	2012
Programado	28%	50%	75%
Real	28%	78%	–
V1 Total de entidades federativas con acciones de difusión e implantación de las Guías de Práctica Clínica contenidas en el Catálogo Maestro	9	25	–
V2 Total de Entidades Federativas	32	32	–

- Compartir hallazgos de experiencias exitosas sobre la aplicación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del SNS, destinados a mejorar la calidad de la atención de enfermería.
- Promover la implementación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del SNS con la finalidad de estandarizar los cuidados de enfermería.
- Contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de enfermería y la seguridad de los pacientes a través de la estandarización de los planes de cuidados de enfermería.
- Constituir un instrumento técnico normativo que permita a los profesionales de enfermería documentar y comunicar la situación del paciente y la evaluación de los cuidados.
- Homogeneizar la práctica profesional de enfermería sin que esto impida brindar un cuidado individualizado que favorezca la continuidad en la atención de los pacientes y con la menor variabilidad en el plan terapéutico establecido por el equipo de salud, con lo cual se pretende disminuir la probabilidad de producir eventos adversos.

Acciones propuestas

- Difundir las guías de planes de cuidados de enfermería en las unidades de atención a la salud de acuerdo a su nivel resolutivo.
- Promover la participación de las áreas de enfermería en los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Promover la implementación en las unidades médicas del SNS de los indicadores de enfermería incluidos en el sistema INDICAS.

Cuadro 7–10. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
Guía para la elaboración de planes de cuidados de enfermería aprobada por la Comisión Permanente de Enfermería	Contar con una guía para la elaboración de planes de cuidados de enfermería

- Difundir la importancia de la estandarización de los cuidados de enfermería y calidad de los registros clínicos de enfermería de conformidad con la NOM–168–SSA1–1998, como parte sustantiva del expediente clínico.
- Promover la participación de las unidades de enfermería en los apoyos financieros a la capacitación en calidad y compromisos de calidad en acuerdos de gestión que anualmente convoca la DGCEs por medio de SICALIDAD (cuadros 7–10 y 7–11).

Calidad en la atención odontológica (CAO)

Objetivo general

Integrar y adecuar a la estomatología en la estrategia integral de calidad del SNS, para proporcionar seguridad al paciente, brindar atención de calidad y crear un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional.

Cuadro 7–11. Avances

Metas: guía para la elaboración de planes de cuidados de enfermería aprobada por la Comisión Permanente de Enfermería			
Variables: contar con una guía para la elaboración de planes de cuidados de enfermería			
Años	2009	2010	2011
Programado	32	6	18
Real	32	6	18
V1 Difusión y capacitación	Difusión en reunión nacional con la presencia de representantes de enfermería de los 32 Servicios Estatales de Salud	Capacitación a demanda a grupos de expertos para la validación de PLACE	Capacitación a demanda a grupos de expertos para la validación de PLACE
V2 Entidades federa- tivas	32	32	32

Objetivos específicos

- Promover la regulación y ordenamiento de la actividad de todo el personal asistencial, auxiliar y técnico que se relacione con el ejercicio de la odontología.
- Lograr elevar la calidad de vida y seguridad del paciente odontológico mediante acciones de mejora continua, la aplicación de la odontología basada en evidencia y la difusión de la normatividad entre los profesionales de la salud bucal.
- Integrar a las instituciones formadoras de recursos para la elaboración de propuestas que actualicen los programas de estudio vigentes, acorde a las necesidades de atención odontológica de la población.
- Homogeneizar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia, contribuyendo a minimizar los errores derivados de dicha práctica.

Acciones propuestas

- Involucrar a los grupos gremiales en un proceso único de certificación y en el Sistema Integral de Calidad en Salud.
- Promover y difundir las acciones implementadas para mejorar la calidad de los servicios odontológicos en el país.
- Propiciar la incorporación en la malla curricular de las instituciones educativas formadoras de los profesionales de la salud bucal la aplicación y conocimiento sobre modelos de gestión de calidad en la formación profesional.
- Participación en el diseño, así como la difusión de guías de práctica clínica odontológica basadas en la mejor evidencia disponible.
- Diseñar y promover la mejora en los centros de atención bucodental en el contexto de la atención odontológica pública y privada, para gestionar los riesgos, desarrollando además indicadores para la evaluación de calidad asistencial mínima requerida.
- Homologar los criterios que permitan elaborar el Expediente Clínico Unificado y de Calidad en Estomatología, con el que pueda contar el SNS (cuadros 7-12 y 7-13).

Calidad en la atención materna

La mortalidad materna relacionada con el embarazo es uno de los principales problemas en nuestro país relacionados con la deficiente calidad en la atención. La estrategia SICALIDAD dirige sus esfuerzos, en colaboración con el Centro Na-

Cuadro 7–12. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
La Asociación Dental Mexicana y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas se asocian al proyecto CAO	Asociación al proyecto CAO de SICALIDAD por parte de las principales asociaciones gremiales en estomatología del país
El 40% de los centros de atención bucodental de unidades médicas acreditadas de los Servicios Estatales de Salud asociados al proyecto CAO	Asociación de centros de atención bucodental de unidades médicas acreditadas de los Servicios Estatales de Salud al proyecto CAO

cional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a rescatar y difundir aquellas buenas prácticas y experiencias que mejoren la atención materna y neonatal y contribuyan a reducir la razón de mortalidad materna.

Objetivo general

Incorporar en la agenda de las instituciones del SNS programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica dirigidos a la prevención de muerte materna.

Objetivos específicos

- Institucionalizar el proyecto de calidad para la prevención de muerte materna mediante su inclusión en los niveles directivos y operativos del SNS.

Cuadro 7–13. Avances

Metas: asociar a la Asociación Dental Mexicana y al Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas al proyecto Calidad en la Atención Odontológica de SICALIDAD			
Años	2010	2011	2012
Programado	10%	50%	–
Real	10%	50%	–
V1 Avance en la asociación en el proyecto CAO de la Asociación Dental Mexicana y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas	–	–	–
V2 Asociación Dental Mexicana y Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas			–

Asociación Dental Mexicana (ADM): existe el convenio de colaboración que representa a sus colegios y academias. Según censo de la propia ADM, el número de cirujanos dentistas colegiados es de 5520 a 2012.

Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD): el convenio y la asociación están en proceso. Según censo del propio CNCD, el número de cirujanos dentistas colegiados es de 4 800 a 2012. El impacto esperado es mejorar el desempeño en temas relacionados con calidad y seguridad en la atención del paciente odontológico de los estomatólogos colegiados en ADM y CNCD (sector privado), mejorando la atención a las personas que reciban este servicio.

- Apoyar el proyecto de calidad en la atención materna mediante la difusión de guías de práctica clínica y el apoyo y reconocimiento a buenas prácticas del personal involucrado en la atención obstétrica.
- Instrumentar y supervisar el proyecto, identificando oportunidades de mejora en materia de calidad y la adherencia a las recomendaciones en atención obstétrica, especialmente en la enfermería obstétrica.

Acciones propuestas

- Participación de los responsables estatales de la calidad en los comités estatales de mortalidad materna y perinatal y en los grupos de atención inmediata a la defunción materna (AIDEM), informando en los comités estatales de calidad.
- Inclusión de indicadores de calidad para la atención obstétrica en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Incentivar experiencias exitosas de atención a la embarazada mediante el premio a la innovación de la calidad, los compromisos de la calidad en acuerdos de gestión y el Programa de capacitación en calidad.
- Incluir criterios relacionados con la prevención de la muerte materna en la cédula del nuevo Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad y en el Programa de Supervisión en Acreditación.
- Incorporar a los planes de mejora en los comités de calidad y seguridad del paciente (COCASEP) propuestas destinadas a la mejora del trato, resolución y emergencia obstétrica (cuadros 7-14 y 7-15).

Cuidados paliativos (PALIAR)

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación terminal.

Cuadro 7-14. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
100% de los responsables estatales de calidad en los comités de mortalidad materna y perinatal	Participación de los responsables estatales de calidad en los comités de mortalidad materna y perinatal, donde se analizan las deficiencias en la calidad que provocan la muerte materna y se desarrollan acciones de mejora 100% de los responsables estatales de calidad participan en los comités de difusión del PALIAR en las entidades federativas, GDF y la CCINSHAE

Cuadro 7–15. Avances

Metas: lograr la participación del 100% de los responsables estatales de calidad en los comités de mortalidad materna y perinatal

VARIABLES: responsables estatales de calidad que participan en los comités de mortalidad materna y perinatal/total de responsables estatales de calidad

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	80%	90%	100%	100%	100%	100%
Real	100%	100%	100%	100%	100%	100%
V1 Responsables estatales de calidad (REC) que participan en los comités de mortalidad materna y perinatal	32	32	32	32	32	
V2 Total de responsables estatales de calidad	32	32	32	32	32	

Objetivos específicos

- Impulsar la existencia de un programa de cuidados paliativos de carácter integral e interdisciplinar en los hospitales de mediana y alta complejidad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal y de sus familias mediante la homogeneización de protocolos de atención al dolor, apoyo tanatológico y atención domiciliaria.
- Compartir y difundir buenas prácticas, regular el desarrollo de los cuidados paliativos y apoyar la capacitación y profesionalización del equipo de salud.

Acciones propuestas

- Desarrollar un plan nacional de cuidados paliativos (PALIAR) que implique que los hospitales cuenten con un programa de cuidados paliativos para pacientes en situación terminal.
- Apoyar la publicación de una norma oficial mexicana de criterios para cuidados paliativos que regule la atención a pacientes en situación terminal.
- Establecer un grupo técnico para la formulación de criterios, recomendaciones de buena práctica y construcción de indicadores para cuidados paliativos.

Cuadro 7–16. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
Difusión del Programa de cuidados paliativos en 31 estados, Distrito Federal y CCINSHAE	Difusión del Programa de cuidados paliativos (PALIAR) en las entidades federativas, GDF y la CCINSHAE
40% de entidades federativas, GDF y CCINSHAE con al menos un hospital asociado al proyecto	Asociación al proyecto PALIAR

Cuadro 7–17. Avances

Metas: difusión del programa PALIAR en 31 Estados, DF y CCINSHAE
 Variables: total de Estados que han difundido el programa de cuidados paliativos/total de estados

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	10	15	32	32	32	32
Real	5	32	32	32	32	32
V1 Total de estados que han difundido el programa de cuidados paliativos	5	32	32	32	32	32
V2 Total de estados	32	32	32	32	32	32

- Evaluar los resultados de implantación del modelo y generar espacios para compartir experiencias destacadas (cuadros 7–16 a 7–18).
- Desarrollar acciones de capacitación vinculadas a SICALIDAD para la operación de programas de cuidados paliativos para pacientes terminales y de alternativas a la hospitalización.

Currícula de calidad en la formación de los profesionales

Objetivo general

Incorporar a los programas docentes de pregrado y posgrado de enfermería, trabajo social y medicina una materia dedicada a la calidad en los servicios de salud.

Cuadro 7–18. Avances

Metas: 40% de entidades federativas, GDF y CCINSHAE con al menos un hospital asociado al proyecto
 Variables: total de entidades federativas asociadas al proyecto con al menos un hospital/total de entidades federativas

Años	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	5	10	10	15	15
Real	0	0	12 entidades federativas	15 entidades federativas	–
V1 Total de entidades federativas asociadas al proyecto con al menos un hospital	0	0	12	15	–
V2 Total de entidades federativas	32	32	32	32	–

Cuadro 7–19. Meta e indicador de acciones propuestas

Meta	Indicador
Acuerdo de colaboración con las principales asociaciones académicas de medicina y enfermería que recomienden a sus asociados la incorporación de materias de calidad en sus programas docentes	Acuerdos que se establecen con instituciones educativas de pregrado y posgrado de medicina y enfermería para incluir una materia de calidad en sus programas docentes

Objetivos específicos

- Elaborar una propuesta del programa docente de calidad en la atención a la salud.
- Desarrollar la experiencia semilla en instituciones académicas para la validación del programa académico de calidad en la atención a la salud.
- Lograr la implantación del módulo o materia de calidad y seguridad del paciente en la atención a la salud en el máximo de unidades docentes de medicina, enfermería, trabajo social, odontología, psicología y otras profesiones de la salud.

Acciones propuestas

- Creación de un grupo de consenso sobre las características de los programas docentes en materia de calidad en la atención a la salud.

Cuadro 7–20. Avances

Metas: acuerdo de colaboración con las principales asociaciones académicas de medicina y enfermería que recomienden a sus asociados la incorporación de materias de calidad en sus programas docentes					
Variables: principales asociaciones de enfermería y medicina que han firmado el acuerdo de colaboración/total de asociaciones principales de enfermería y medicina					
Años	2008	2009	2010	2011	2012
Programado	1	1	2	2	–
Real	1	1	1	1	–
Porcentaje de avance	100%	100%	50%	50%	–
V1 Principales asociaciones de enfermería y medicina que han firmado el acuerdo de colaboración	1	1	1	1	–
V2 Total de asociaciones principales de enfermería y medicina	2	2	2	2	–
Porcentaje de avance	0%	0%	–50%	–50%	–

En 2008 se logró la firma del Convenio de Colaboración entre la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería A.C., para incorporar contenidos de calidad y seguridad del paciente en sus programas académicos. En 2009 se realizó la difusión del programa en todas las entidades federativas.

Cuadro 7–21. Incorporación de contenidos en programas académicos

Tipo	En proceso de inclusión	Inclusión de asignatura de seguridad del paciente
Medicina	6	7
Enfermería	6	6
Odontología	8	4
Nutrición	3	2
Otras	4	3

- Establecer acuerdos con las autoridades de instituciones educativas de pregrado y posgrado, especialmente de medicina y enfermería, para incluir una materia de calidad en sus programas de estudios como parte de la currícula de sus profesionistas.
- Homogeneizar al profesorado responsable de la currícula de calidad mediante la capacitación y el adiestramiento oportunos.
- Actualizar convenientemente los programas docentes ya existentes en el seno de la comunidad académica que tangencial o principalmente aborden el tema de la calidad en la atención a la salud.
- Difundir experiencias de programas docentes, contenidos y referentes bibliográficos idóneos y de casos documentados que refuercen y consoliden la preparación en calidad en la atención a la salud (cuadros 7–19 a 7–21, figura 7–12).

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.



Figura 7–12. Currículum de calidad y seguridad del paciente. Fuente: Secretaría de Salud, DGCEs, 2012.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud: Programa de acción específico 2007–2012. Sistema Integral de Calidad en Salud.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social/Organización Mundial de la Salud: Estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España, Plan de Calidad para el SNS, 2009. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
3. World Health Organization: The Joint Commission. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo de 2007.
4. **Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR et al.:** The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study II. *N Engl J Med* 1991. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>.
5. **Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR et al.:** Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study I. *N Engl J Med* 1991. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>.
6. **Cohen MR:** Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors. *Br Med J* 2000;320(7237). <http://www.bmj.com/content/320/7237/728>.
7. Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. An organization with a memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. 2000. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf.
8. **Beckmann U, Baldwin I, Hart GK, Runcimans W:** The Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Anesthesiology Intensive Care* 1996. http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/5917/1/hdl_5917.pdf.
9. **Heinrich HW:** *Industrial accident prevention: a scientific approach*. Nueva York, McGraw–Hill, 1941. <http://www.library.wisc.edu/selectedtoocs/ca4563.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud: 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Tercer informe de la Comisión A. 2002 (Serie A55/52). http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf.
11. Organización Mundial de la Salud: 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional. 2006 (Serie A59/22). http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
12. **Ceriani CJM:** La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. *Arch Argent Pediat* 2009;107(5):385–386. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001.
13. **Suñol R, Bañeres J:** Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina* 2003;14(4):265–269. <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.
14. Organización Mundial de la Salud: Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura. 2012.
15. **Runciamani W, Hibbert P, Thomson R, van Der Schaaf T, Sherman H et al.:** Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *INTQHC* 1993. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.short>.
16. World Health Organization: Marco conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1. 2009. http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
17. Ministerio de Salud: Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos

- adversos y eventos centinela. Chile. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_Norma.pdf.
18. **González F, Martín MMV, Fernández DMJ, Rial A, Lago DFI et al.:** Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC Family Practice* 2011;10. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-50.pdf>.
 19. **Mahajan RP:** Critical incident reporting and learning. *Br J Anaesth* 2010;105(1):69-75. <http://bjaoxfordjournals.org/content/105/1/69.full.pdf+html>.
 20. SSA/DGCES: Programa de Acción SICALIDAD 2007-2012.

Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, IMSS

*Javier Dávila Torres, Lilia Cote Estrada,
Sara Gutiérrez Dorantes, Ricardo García Cruz*

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud enfrentan retos de gran magnitud y en el futuro cercano éstos serán aún de mayor dimensión. Son innegables los avances en materia de atención médica, que en las últimas décadas han sido significativos, como el incremento en la esperanza de vida o el gran desarrollo tecnológico que ha permitido mayor precisión en la integración diagnóstica y efectividad en la terapéutica. Sin embargo, los desafíos a los cuales se tendrá que dar respuesta son igualmente importantes: aumento considerable de la patología crónico-degenerativa y de la población geriátrica y enfermedades emergentes y catastróficas, entre otros, condición que no sólo afecta a la salud de la población y hace más complicada su atención, sino pone en riesgo el estado financiero de todos los sistemas de salud.

La atención médica se ha convertido en una actividad compleja, influenciada por un sinnúmero de factores que inciden en la terapéutica y los posibles resultados: transición epidemiológica y demográfica, características individuales del paciente, presencia de comorbilidades, variabilidad terapéutica del profesional de salud y el desarrollo de nuevas tecnologías, que en conjunto generan vulnerabilidad y posibles riesgos dentro de este proceso. Tampoco puede soslayarse la necesidad de fortalecer la diligencia y cuidado que se debe otorgar a cada paciente, el desarrollo de nuevas competencias por parte del profesional de la salud, para reducir acciones inseguras, así como la participación del paciente, familia y comunidad, hasta ahora subestimados pero altamente determinantes.

La esencia de la actividad asistencial consiste en promover y propiciar la pre-

vención, tratar de mantener las mejores condiciones de salud de la población o, en su caso, alcanzar la curación y paliar dolencias. Al mismo tiempo, es importante satisfacer las expectativas de los usuarios. De esta manera, la organización aspira a otorgar la atención con la mejor calidad agregando uno de sus principales atributos —la seguridad—, a fin de reducir la posibilidad de errores que ocasionen daño al paciente.

Hablar de calidad de la atención médica no es un tema reciente, han sido múltiples las propuestas y esfuerzos con este propósito y, aunque es más reciente el tema de seguridad, a la fecha no se concibe una adecuada atención médica sin que exista una relación estrecha entre este binomio. A partir del reporte del Instituto de Medicina (IOM) de EUA, llamado *To err is human: building a safer health system*, se hicieron evidentes los errores en la práctica médica y sus graves consecuencias, motivando con ello un movimiento mundial a favor de la seguridad del paciente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP).¹

Por lo anterior, la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el ánimo de dar respuesta a esta preocupación global, consciente y conocedora de sus propias áreas de oportunidad, ha desarrollado el Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Sabemos que es prácticamente imposible mejorar todo o hacerlo de manera inmediata, por ello se deben identificar con claridad las debilidades y analizarlas en forma detallada para establecer prioridades inequívocas que permitan mejorar con eficiencia, en el menor plazo posible, sin descuidar la planeación del mediano y largo plazos. Éstas son las premisas del programa, construido con estrategias concretas y factibles a fin de obtener resultados que produzcan impacto real para conducir a la mejora en la atención médica al evitar los errores, reducir la insatisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales y optimizar los recursos, por cierto, cada vez más limitados.

ANTECEDENTES

Antes de iniciar la descripción del programa revisaremos de forma sucinta los antecedentes, así como la experiencia contemporánea tanto internacional como nacional y las acciones previas al interior de la organización para contar con mayores elementos en su construcción. Aunque la calidad y la seguridad están íntimamente ligadas sus referentes tienen orígenes diferentes, por ello se revisan de forma separada para finalmente comentar los mecanismos de aseguramiento.

Calidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, pre-

ventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, destinando los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna, tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.²

El IOM propone la siguiente definición: “la calidad de atención es el grado en el que los servicios sanitarios aumentan, para los individuos y las poblaciones, la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.³

La propuesta es asegurar que cada paciente reciba la atención adecuada para mantener la salud, prevenir la enfermedad o sus complicaciones y, en su caso, establecer diagnóstico u ofrecer la terapia idónea tomando en consideración todos los factores propios del paciente o del profesional de la salud para lograr el mejor resultado con el menor riesgo posible y la máxima satisfacción, con el uso responsable y adecuado de los recursos.

El tema de la calidad ha estado presente desde tiempo atrás. Existen antecedentes muy antiguos. Sólo por mencionar algunos, el Código de Hammurabi, de 1800 AC, al finalizar la Edad Media e inicio del Renacimiento integraba leyes que protegían al enfermo; en España, el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, tenía el propósito de regular el ejercicio de la profesión médica además de otorgar calidad en la atención sanitaria. Posteriormente esta institución llegó a las colonias americanas, entre ellas, la Nueva España.

En 1918 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) contaba con un programa de estándares voluntarios diseñados por médicos para evaluar la calidad de la atención. En 1933 Lee y Jones promovieron la buena atención médica en los siguientes términos: “la práctica racional de la medicina sustentada en las ciencias médicas, haciendo énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la medicina y el público, tratar al individuo como un todo, enfatizando que se trata de una persona enferma y no a la condición patológica *per se*, manteniendo una relación cercana y continua entre el médico y el paciente”.^{4,5}

A pesar de haber descrito estas premisas a principios del siglo pasado sus conceptos son totalmente vigentes, además de ser altamente deseables en la práctica médica.

En México los primeros esfuerzos identificados tuvieron lugar en 1956 en el Hospital “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se inició la revisión de expedientes clínicos y para el año siguiente se formó la Comisión de Supervisión Médica. En 1959 fueron sentadas las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión sistemática del expediente clínico y en 1962 fue publicado un fascículo denominado Auditoría Médica por la Subdirección General Médica del IMSS, reeditado en 1964, con políticas que incluían los parámetros para evaluar la calidad de la atención médica. Esta meto-

dología fue adoptada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En 1972 la auditoría médica transitó a evaluación médica, por lo que la Subdirección General Médica del IMSS publicó un fascículo de instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico.

A partir de 1984 un grupo de médicos, entre los cuales se incluían los doctores González Montesinos, Lee Ramos, Santisteban, Pérez Álvarez, Remolina Barenque, de la Fuente, Maqueo y Hernández Brito, inició un número importante de publicaciones relacionadas con la evaluación médica, considerando temas como la Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias, la Evaluación de envío de pacientes entre unidades de la región sur y del valle de México y la Evaluación de actividades de enfermería en los hospitales del IMSS, entre otros, todos ellos con la finalidad de evaluar la calidad de la atención médica.

En 1987 la Subdirección General Médica del IMSS emitió el documento Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS, incluyendo un instructivo y una cédula de registro, documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, el cual generó ese mismo año la publicación de las Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud.⁶⁻⁸

Estas bases pretendieron elaborar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de los servicios que otorgaban las instituciones de salud, así como integrar un sistema de evaluación para conocer, en su momento, los problemas que afectaban en forma negativa los servicios y las situaciones que promovían su mejora.

Además de evaluar el expediente clínico se realizaba un análisis relacionado con la infraestructura, el equipo, los recursos humanos y los insumos. Introdujeron figuras importantes para la evaluación y para la promoción de la mejora, tales como los comités técnicos de evaluación del expediente clínico, de detección, prevención y control de las infecciones hospitalarias, de tejidos, de investigación, de morbilidad, de suministro y abastecimiento, de conservación y mantenimiento, de formación y desarrollo personal y el de salud, cuya actuación significó progreso en la evaluación de los distintos procesos.⁹

A nivel internacional, a partir de 1980 adquiere relevancia en EUA la figura del Dr. Avedis Donabedian con sus trabajos sobre calidad de la atención médica basados en la teoría de sistemas. Así, su definición de calidad de la atención quedó como un referente obligado con el que se persigue proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes.

Donabedian identificó la calidad asistencial con tres componentes dignos de tomarse en cuenta:

- a. El técnico, enfocado en la aplicación de la ciencia y de la tecnología al manejo del problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- b. El interpersonal, basado en el postulado de la relación entre las personas, el cual debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- c. El constituido, los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más cómoda.^{10,11}

Resulta imprescindible recordar uno de los aspectos conceptuales más importantes de la filosofía de Avedis Donabedian, el cual constituye un hito en la evaluación de la calidad asistencial: estructura, proceso y resultado.¹²

En 1989 la *International Organization for Standardization (ISO)* señaló que la calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado, aunque estos preceptos estuvieron inspirados en diferentes industrias, no en la salud.¹¹

A partir de 1990 se publicaron en México trabajos del Dr. Enrique Ruelas Barajas, todos ellos relacionados con la calidad de la atención médica, su implementación y su aseguramiento. Por ejemplo, Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía, La unidad de garantía de calidad como estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica, Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología y Calidad, productividad y costos. Muchas de estas publicaciones han generado y conformado parte importante de la escuela contemporánea de la calidad en México.¹³⁻¹⁷

Es un hecho que han sido múltiples los esfuerzos dirigidos a establecer aspectos conceptuales para el mejor entendimiento de la calidad, así como las estrategias para definir su implementación. Sin embargo, está claro que aún falta mucho trabajo por realizar para hacer de la calidad una condición permanente en el otorgamiento de atención médica.

Seguridad

Siempre ha existido en el ejercicio médico la premisa hipocrática *primum non nocere* (primero no dañar) y, aunque parezca paradójico, cuando un paciente in-

gresa a un hospital con el propósito de obtener curación del mal que le aqueja, puede en cambio presentar eventos adversos y sufrir desde lesiones leves hasta la muerte.

La seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación imperativa y constituye actualmente un pilar fundamental en las estrategias de salud, así como un tema prioritario en las agendas de los sistemas de salud. En este sentido, es importante identificar los riesgos para eliminarlos y reducir al máximo los eventos adversos. Esto es posible en tanto se desarrollen los mecanismos para su detección y el análisis detallado de las condicionantes hasta precisar los factores que los originan y detonan para así evitar su recurrencia.

En el desarrollo del texto se han mencionado los antecedentes más importantes pero no podemos dejar de mencionar el reporte del IOM que representó el comienzo de una nueva era en la atención médica. Su objetivo era desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad en el sistema de salud a lo largo de la siguiente década. Producto de una fase inicial, dentro de este amplio proyecto, fue el informe *To err is human: building a safer health system*, el cual analiza los errores médicos y generó un gran impacto tanto para la comunidad médica como para la sociedad en general con datos significativos relacionados con la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos, los cuales oscilaban entre 44 000 y 98 000 por año, por arriba de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA, siendo que un gran número de ellos eran prevenibles.^{17,18}

En octubre de 2004 la OMS crea la AMSP después de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, órgano de toma de decisiones de la OMS, con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. En muchos países, de manera prioritaria se han implementado programas que promueven la seguridad del paciente.¹⁹ En las últimas décadas la seguridad del paciente se ha convertido en la mayor área de investigación, discusión pública y política de salud enfatizando el análisis pormenorizado de los errores médicos, su contexto, causas, consecuencias y costo.²⁰

MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO

Acreditación y certificación

Como se ha comentado anteriormente, resulta difícil separar la calidad, la seguridad y los mecanismos de aseguramiento, integrados por acciones, herramientas o procesos de evaluación que garantizan la calidad, sobre todo en sus inicios donde se empata el estudio de la calidad con un mecanismo de auditoría médica a

través de la revisión de los expedientes clínicos, como se dio en las instituciones mexicanas a mediados del siglo pasado.

El término utilizado internacionalmente para evaluar el cumplimiento de criterios o estándares a través de auditores externos es el de acreditación. Sin embargo, a partir de la reforma de salud en 2003, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en México se refiere exclusivamente al cumplimiento de un paquete básico de criterios dirigido a garantizar los servicios que integran el catálogo universal de servicios de salud y el fondo de protección contra gastos catastróficos, mientras que la certificación corresponde al término inicialmente señalado, el cual se describirá más adelante.^{21,22}

Para ser proveedor de servicios médicos del SPSS es obligatorio estar acreditado con el propósito de asegurar mínimos indispensables en la prestación de servicios con capacidad, seguridad y calidad para otorgar atención a padecimientos incluidos en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contiene 249 intervenciones dentro de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que el gobierno federal en conjunto con los gobiernos estatales ponen a disposición de la población que hasta entonces no contaba con seguridad social mediante una política nacional de protección social en salud.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, en México la acreditación es obligatoria, en tanto que la certificación es voluntaria.²³

La historia de la acreditación inició en el siglo pasado. Florence Nightingale se considera precursora de la evaluación de la calidad debido a su interés para reducir las muertes derivadas de infecciones adquiridas dentro de los hospitales, midiendo las infecciones en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (1853 a 1856). “Las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”. Fue innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de los resultados. Mostró cómo la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, lo cual implica mejorar en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una fórmula modelo de estadística hospitalaria para que los hospitales recolecten y generen datos y cifras consistentes. Por otro lado, no se puede ignorar la figura de Ignaz Semmelweis, quien identificó que la elevada mortalidad materna en el hospital vienés donde trabajaba era debida a la fiebre puerperal ocasionada por la falta de lavado del instrumental y de las manos de los médicos.²³⁻²⁵

En 1951, como parte de un acuerdo entre el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria y con el propósito de auto–regularse.^{23,26}

Algunos consideran que son dos las raíces de la acreditación, el Informe Flexner, dirigido a la educación, y la aportación de Ernest Amory Codman, quien se

planteó como objetivo dar seguimiento a la evolución de los pacientes a través de su recuperación de una manera sistemática y analizar los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos. Entre 1917 y 1918 logró que algunos hospitales apoyaran su iniciativa para establecer el primer tipo de evaluación mediante estándares, estableciendo el sistema hospitalario estandarizado de resultados finales. Con la “teoría de los resultados finales cada hospital debiera dar seguimiento a cada paciente durante el tiempo suficiente como para establecer si el tratamiento fue exitoso y entonces preguntarse, si no lo fue, ¿por qué?, con la visión de prevenir errores similares en el futuro”.²⁷

La construcción del primer estándar hospitalario del Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) en 1917 incluía los siguientes puntos:

- Cada hospital debe contar con su propio equipo médico.
- Los miembros del equipo deben seleccionarse entre los graduados de una escuela de medicina, evaluando sus competencias y carácter.
- Se deben realizar reuniones regulares para la revisión de los casos.
- Se deben llevar registros médicos en todos los casos.
- Cada hospital debe disponer de un laboratorio de análisis clínicos con una sección radiológica.

La primera evaluación llevada a cabo por el ACS en 1918 fue liderada por Codman y arrojó como resultado que sólo 89 de los 692 hospitales norteamericanos visitados lograron cumplir con los cinco criterios. Codman dejó su legado al señalar: “de modo que soy llamado excéntrico porque digo públicamente que los hospitales, si requieren estar seguros de que mejoran, deben:

1. Establecer cuáles son sus resultados.
2. Analizarlos, de manera de hallar sus puntos débiles y sus fortalezas.
3. Comparar sus resultados con los de otros hospitales.
4. Ver con buenos ojos la publicación, no sólo de sus éxitos, sino también de sus errores”.²⁸

El modelo desarrollado en el ACS se exportó en 1926 a Australia y luego en 1953 a Canadá. Posteriormente llegó a Europa, donde se fueron desarrollando los propios programas de evaluación externa, aunque debe decirse que el enfoque anglosajón ha sido replicado y adaptado en todo el mundo.

Algunos países han implantado la acreditación como primer paso para medir, comparar y mejorar los servicios. Otros han utilizado principalmente los estándares con reconocimiento internacional, como las normas ISO 9000, o han adoptado el enfoque del modelo de excelencia.

Entre 1996 y 1999 se llevó a cabo el Proyecto Expert2 para analizar cuatro modelos de evaluación a través de la revisión por pares. Este estudio fue realizado

para valorar el uso y desarrollo de la revisión externa en los países de la Unión Europea. En él se identificaron los cuatro modelos principales de revisión externa enfocados a la medición de la calidad de la gestión y operación de los servicios de salud: acreditación, ISO, *European Foundation for Quality Management* (EFQM) y *Visitatie*.

ISO 9000

La serie ISO 9000 es una familia de estándares desarrollados por la Organización Internacional de Normalización. Los primeros modelos de la gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido. Debido a que originalmente se diseñaron para la industria, las normas ISO en salud no tienen aceptación general; sin embargo, ya se han desarrollado trabajos para su adecuación en los procesos de atención médica.

Visitatie

El sistema de visitas se originó y desarrolló en Holanda y actualmente está arraigado en la profesión médica. Se basa en estándares explícitos de calidad clínica. En algunos aspectos es similar al de acreditación y su propósito es mejorar mediante la evaluación de la calidad tanto del desempeño individual del médico como de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto.

European Foundation for Quality Management

A finales de la década de 1980 la Comunidad Europea creó un modelo con enfoque de búsqueda de la excelencia, constituye un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización.

Acreditación

En cuestión de acreditación el modelo referente lo representa *The Joint Commission International* (JCI). El común denominador de los cuatro modelos es que todos usan criterios o estándares valorados por auditores externos, pero en este caso en particular se acredita la organización al valorar todos los sistemas de la organización y la habilidad para evaluar y monitorear a su personal a través de mecanismos internos.

Como ya se comentó la acreditación se originó en EUA a través de un modelo de evaluación externa cuyo propósito fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. A menudo se realiza como un proceso voluntario que puede

ser requisito de algunos sistemas de aseguramiento. En los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y al pago del servicio. Es un enfoque muy popular y hoy se identifican 36 países con modelos similares de acreditación.

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició el proyecto de promover la acreditación de hospitales en América Latina. Como respuesta a ello la Secretaría de Salud de México inició acciones para impulsar la calidad de la atención hospitalaria y, como resultado de ese proceso, en 1994 se constituyó la Comisión Mexicana para la Certificación de Servicios de Salud, en la cual participaban representantes de los sectores público, social y privado.^{23,29}

El cuadro 8–1 denota la evolución cronológica de los eventos que conformaron el proceso de certificación de México.

A partir de enero de 2009 entraron en vigor en México los nuevos estándares para la certificación homologados a los de la JCI y la metodología en su implementación. Si dimensionamos este hecho, en caso de obtener un hospital el reconocimiento del cumplimiento cabal de los estándares tiene reconocimiento internacional, comparable con los mejores hospitales del mundo.^{30–32}

Programas sectoriales de calidad y seguridad del paciente

En 1997 la Secretaría de Salud inició el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, que al final del año 2000 fue implantado en 28 estados de la República. Este programa incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo nivel de atención médica en la historia de esta institución, así como la capacitación de personal directivo y operativo. También impulsó la certificación de los hospitales amigos de la madre y el niño y la certificación de jurisdicciones sanitarias.³³

Hubo administraciones en el país que planearon y desarrollaron programas para elevar la calidad de atención médica (figura 8–1).

Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud

El Programa Nacional de Salud 2001–2006 identificó a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos prioritarios del sistema de salud mexicano.

En su momento se consideró que a pesar del trabajo realizado tanto por las instituciones públicas como privadas no había existido una estrategia que le diera coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que se alcanzara el objetivo. Así, este programa daría una respuesta a la ciudadanía tanto en la dimensión téc-

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 8-1. Evolución cronológica del proceso de certificación

Año	Programa Sectorial	Coordinación	Documento	Objetivo
1983 a 1985	Grupo básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial	Dirección General de Planeación de la SSA	Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud	Desarrollar y uniformar procesos de evaluación de la calidad
1989 a 1994	Grupo básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial	Dirección General de Planeación y Evaluación de la SSA	Cuadro Básico de indicadores para la evaluación de los servicios de salud	Evaluar la calidad de la atención médica
1999	Comisión Nacional de Certificación de Hospitales	Consejo de Salubridad General (CSG)	DOF. Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Criterios para la certificación de hospitales	Bases conceptuales y procedimientos para la certificación de hospitales, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras
2001	Comisión Nacional de Certificación de Hospitales	Consejo de Salubridad General	Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002. Reglamento interior de la Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud	Se redefinieron los criterios de evaluación y el CSG se hizo cargo del proceso de certificación, integrado además de los hospitales, unidades de atención ambulatoria, medicina física y rehabilitación y hemodiálisis
2008	Sistema Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)	Consejo de Salubridad General	Homologar los estándares del CSG con los de la <i>Joint Commission International (JCI) 2009</i>	Fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones
2011	SiNaCEAM	Consejo de Salubridad General	Estándares homologados JCI	Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes
2012	SiNaCEAM	Consejo de Salubridad General	Actualización de los estándares homologados JCI	Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes

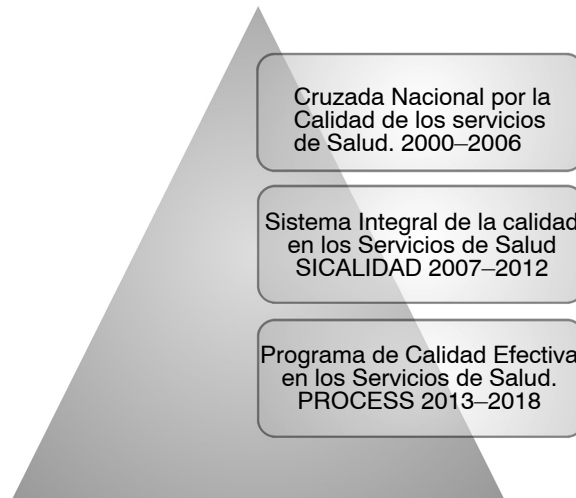


Figura 8–1. Programas de calidad en la atención médica.

nica como interpersonal. En ese sentido, se consideró necesario establecer una estrategia nacional que rescatara en forma sistematizada el valor de la calidad y lo arraigara en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de servicio para alcanzar la mejora no sólo en las condiciones de salud sino, también, en el trato adecuado para obtener la satisfacción del usuario.³⁴

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tuvo como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos con el propósito de mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud (figura 8–2).^{35,36}

Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) 2007–2012

El objetivo de este programa fue “implantar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. Incluyó las siguientes premisas:

- Compromiso ético basado en mejorar el cuidado y la calidad de vida de los pacientes.

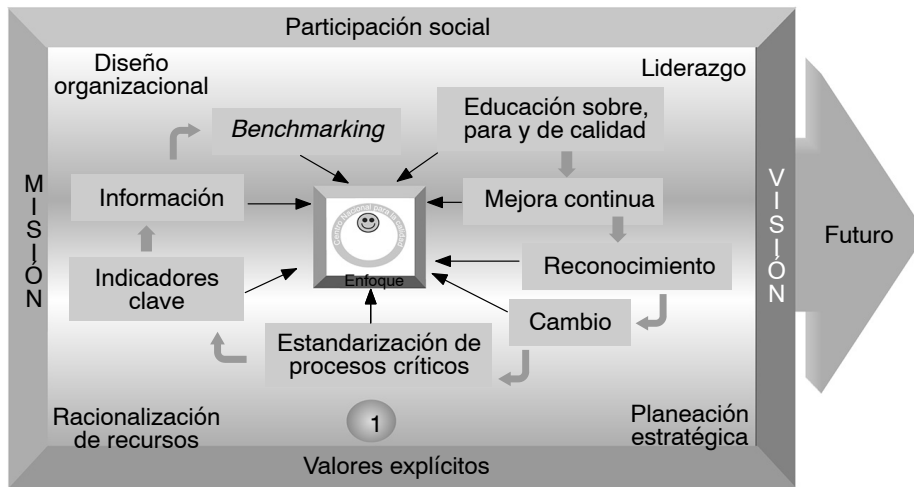


Figura 8–2. Un sistema de salud de alta calidad.

- Práctica profesional de excelencia que incorpora la medicina basada en la evidencia y la mejora continua en los procesos de atención.
- Propuesta por la eficiencia y el uso óptimo de los recursos. La no calidad es más costosa.
- Conjunto de herramientas que se basan en la evidencia científica, la codificación del conocimiento, la detección de problemas de calidad y su difusión.
- Estrategia al servicio del usuario para que reciban servicios adecuados a sus necesidades y expectativas, generando espacios de voz.
- Participación del usuario o de la sociedad civil en un proceso de legitimación y construcción de capital social (cuadro 8–2).

Programa Efectivo de Calidad en los Servicios de Salud (PROCESS) 2013–2018

En la presente administración (2013 a 2018) se ha considerado como prioridad la calidad: “Uno de los compromisos del Gobierno Federal para cumplir con el Pacto por México se refiere a la homologación de la calidad de atención en los sistemas públicos de salud como elemento esencial para lograr el acceso universal efectivo a los servicios de salud”.

Programa y propuesta sectorial para la presente administración, centrada en el paciente, con un esquema de garantía y aseguramiento así como incentivos de mejora. Está en construcción; sin embargo, está dirigido a resolver el problema de la heterogeneidad de la calidad entre los diferentes niveles de atención y de las instituciones públicas y privadas. SICALIDAD transitará a PROCESS.

Cuadro 8–2. Proyectos que integran el Sistema Integral de Calidad en Salud³⁷

1.	Calidad percibida	2.6.	Uso racional de medicamentos (URM)	3.6.	Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en hospitales y atención primaria
1.1.	Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano	2.7.	Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución (SUMAR)	3.7.	Componente de calidad en Convenios de Gestión del SPSS
1.2.	Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud	2.8.	Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínica (MBE–GPC)	3.8.	Modelo de gestión para la calidad total
2.	Calidad técnica y seguridad del paciente	2.9.	Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)	3.9.	Currícula de calidad en la formación de los profesionales
2.1.	Seguridad del paciente	2.10	Calidad en la Atención Odontológica (CAO)	4.	Proyectos de apoyo y reconocimiento
2.2.	Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PRE-REIN)	2.11	Programa de Atención Domiciliaria (PAD)	4.1	Capacitación en calidad
2.3.	Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC)	3.	Calidad en la gestión de los servicios de salud. Institucionalización de la calidad	4.2.	Compromisos de calidad en acuerdos de gestión
2.4.	Calidad en la atención materna	3.1	Acreditación y garantía de calidad.	4.3.	Premio Nacional de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad en Salud
2.5.	Cuidados paliativos (PALIAR)	3.2	INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud	4.4.	Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud
		3.3	Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS)	4.5.	Reuniones nacionales de SICALIDAD
		3.4	Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS)	4.6.	Red SICALIDAD: boletín
		3.5	Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales	4.7.	Instrucciones de SICALIDAD

SICALIDAD: Sistema Integral de Calidad en Salud.

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE, IMSS

Antes de realizar una descripción general del programa se presentarán otros antecedentes importantes dentro de la institución.

En 1996 la Comisión Ejecutiva del IMSS, mediante el acuerdo 21.9, estableció las acciones dirigidas a la mejora de la calidad, estableciendo que “se autoriza que una vez que la mayor parte de las unidades cuente con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, cuyos objetivos sean la satisfacción del usuario y cumplimiento de los indicadores institucionales, sean creados los Consejos Delegacionales de Calidad” para crear los Consejo Regionales de Calidad y el Consejo Institucional de Calidad.

En 1999, queda constituido el Plan Integral de Calidad 1998–2000, cuyos objetivos fueron:

- Mejorar la calidad de los servicios en función de la satisfacción de los usuarios y los trabajadores.
- Asegurar la adecuación de los procesos y su correcta interrelación.
- Incorporar el desarrollo de la cultura de calidad en el quehacer de la institución.
- Fortalecer la aplicación de criterios homogéneos en la administración y aseguramiento de la calidad para la mejora continua.

Otra figura para incentivar la mejora de la calidad lo constituyó el Premio IMSS de Calidad (1999 a 2007), el cual promueve un modelo de gestión directiva además de un reconocimiento al esfuerzo y mejora continua para otorgar a las unidades del instituto que procuren consolidar una cultura de calidad, para que esto se refleje en altos niveles de satisfacción de sus usuarios y clientes, así como en resultados positivos e imagen de servicio a su comunidad de acuerdo con la misión institucional. A la fecha se continúa otorgando este premio bajo un proceso de selección y evaluación de todas las unidades. Sin embargo, a partir de 2012, mediante acuerdo interinstitucional con el CSG, cualquier premio de calidad deberá contar como requisito indispensable la certificación de la unidad médica.³⁹

Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (PICS)

Primera fase (2010 a 2012)

A partir de mayo de 2010 la Unidad de Atención Médica de la Dirección de Prestaciones Médicas inició un trabajo intenso para implementar el modelo de calidad

y seguridad del paciente en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención del Instituto. De forma prioritaria lo integraban las unidades médicas sedes de residencias médicas. El criterio de inclusión para las unidades de medicina familiar fue que en su infraestructura contaran con 10 consultorios o más. El programa estuvo enfocado en el cumplimiento de los estándares homologados a nivel internacional del CSG, para obtener así su certificación.

De manera inicial se desarrolló el plan estratégico con un diagnóstico para conocer el número de unidades certificadas por el CSG. Cabe señalar que todas ellas habían obtenido la certificación con el modelo anterior, pero no con los estándares homologados a los de la JCI. También se realizó una revisión del estado de las unidades médicas de otras instituciones públicas y privadas así como un análisis comparativo. Después de integrar el diagnóstico, se establecieron los objetivos estratégicos (figura 8–3).

Difusión

El punto de partida fue la difusión del nuevo esquema de certificación con los estándares homologados internacionalmente del CSG (Metas internacionales de seguridad del paciente, estándares centrados en el paciente y en la gestión), con alto grado de dificultad, desde la comprensión de los mismos, su metodología y su implementación. Es importante señalar que la premisa central fue mejorar la calidad y seguridad del paciente, transitar hacia una cultura que permitiera este propósito y la cual daría como consecuencia la certificación.

Para transmitir los conceptos, la filosofía y objetivos del programa a todas las delegaciones y unidades médicas de alta especialidad se realizaron sesiones de difusión a través de medios virtuales y presenciales: videoconferencias, página web, reuniones nacionales y locales, tanto para el área médica como para otras (abasto, conservación, administrativas, etc.). También fueron diseñados diversos materiales de apoyo con este propósito: trípticos, carteles y video de las Metas internacionales de seguridad del paciente, entre otros.

Capacitación

Para realizar una capacitación efectiva que involucrara a un gran número de personal se decidió la participación inicial, a través de un sistema piramidal, de una triada conformada por personal médico, de enfermería y administrativo de cada delegación y Unidad Médica de Alta Especialidad (UMA) a fin de que se reprodujeran los cursos con la metodología y ésta permeara a un gran número del personal de las unidades médicas. Otra meta de este objetivo estratégico fue formar auditores internos quienes no sólo guiarían la implementación sino también realizarían auditorías internas para así contar con un monitoreo de los avances.

Se realizaron 12 cursos en los que se formaron 400 auditores internos de personal operativo. También se capacitó a los 25 jefes de cada división de calidad de

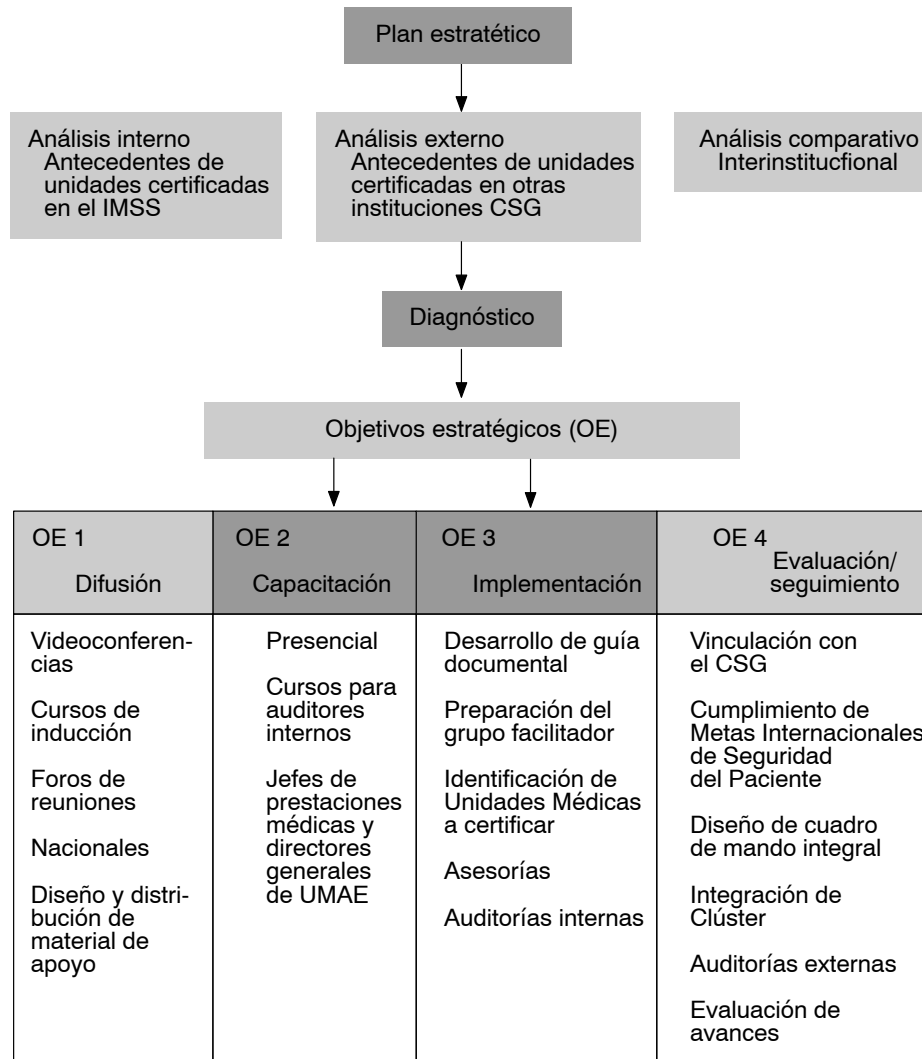


Figura 8-3. Objetivos estratégicos.

las UMAE y sus 25 directores generales, así como a los 35 Jefes de prestaciones médicas.

Implementación

Con el propósito de orientar y jerarquizar las acciones a seguir fue difundido el decálogo de la implementación:

1. Difundir.
2. Integrar el grupo guía.
3. Capacitar.
4. Realizar el diagnóstico de estructura.
5. Elaborar su autodiagnóstico.
6. Priorizar los estándares para su implementación (Metas internacionales de seguridad del paciente [MISP], Calidad y Seguridad, Gobierno, Liderazgo y Dirección [QPS, GLD]).
7. Elaborar el programa de trabajo.
8. Elaborar y adecuar la guía documental.
9. Vincular las acciones de preparación con la Unidad de Organización y Calidad.
10. Trabajar en el campo (área operativa).
11. Evaluar avances para retroalimentar.

Estas recomendaciones permitirían establecer una metodología para el despliegue de actividades a realizar, las cuales facilitarían la implementación y cumplimiento de estándares.

Evaluación y seguimiento

Se construyó la página web de la unidad de atención médica para mantener comunicación con todas las unidades, proporcionar herramientas de apoyo y dar seguimiento a los avances de las unidades a través de un tablero de control. Se realizaron visitas de monitoreo y asesoramiento a todas las UMAE del área metropolitana y por clúster en diferentes regiones donde se concentraron varios hospitales de una sola entidad como Nuevo León y Jalisco, o de diferentes delegaciones como Mérida (Tabasco, Campeche y Quintana Roo). También se realizó en Baja California Norte y Sur. Así mismo, de manera práctica se brindó capacitación acerca de la integración de la guía documental, del rastreador de pacientes y de sistemas y de la forma de realizar las auditorías internas.

Sistema de Registro de Eventos Adversos

Uno de los pilares de la seguridad del paciente lo constituye el registro de los eventos adversos. En el IMSS se tenía ya un antecedente pues en 2005 fue diseñado e implementado el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela y Riesgos (VENCER) con el propósito de sistematizar el manejo de los eventos centinela a través del mecanismo de identificación, notificación y análisis de causa-raíz. Con este esquema se establecieron los lineamientos para la implementación de planes de mejora con el objetivo de evitar la recurrencia de eventos adversos para beneficio de los derechohabientes, familiares y prestadores de servicio en todas

las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel y las UMAE de todo el país. Fue difícil regularizar el registro en todas las unidades médicas y conforme pasaron los años se redujo de manera considerable. Por esta situación, contando con un diagnóstico de los obstáculos y fortalezas del sistema, gracias a la opinión de todos los hospitales de segundo y tercer nivel, y ante la inminente necesidad de trabajar en esta área, el sistema fue rediseñado en su proceso y formato de registro dando origen al Sistema VENCER II.

El objetivo de VENCER II fue implementar un sistema de notificación, vigilancia y prevención de eventos adversos para garantizar con ello la seguridad del paciente en las unidades médicas hospitalarias del IMSS.

Para ello, se definió, difundió y estandarizó la taxonomía de incidentes sólo en tres categorías para integrar un lenguaje único que facilitara su comprensión y evitara confusiones en su registro (definiciones conceptuales):

- 1. Evento centinela.** Suceso imprevisto resultado de la atención médica que produce:
 - Muerte del paciente.
 - Pérdida de un órgano o función permanente.
 - Cirugía incorrecta (paciente, procedimiento o sitio).
- 2. Evento adverso.** Daño generado por la atención médica y no por las condiciones basales del paciente.
- 3. Cuasifalla.** Error médico que no produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo.

Obtener información de los eventos ocurridos en las unidades médicas hospitalarias de la institución permitiría aprender de esta información para identificar áreas de oportunidad y poder desarrollar soluciones dirigidas a prevenir su ocurrencia. A fin de completar este proceso se promovió el desarrollo del Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (CICASEP), responsable de analizar las causas e implementar acciones tanto preventivas como correctivas relacionadas con los eventos. También fue difundido el manual de integración y funcionamiento del CICASEP con el ánimo de estandarizar las acciones propias de este comité. Si bien es cierto que es de gran utilidad conocer esta información a nivel central, donde se concentran los datos de todas las unidades médicas, es de mayor beneficio conocerla en las unidades médicas.

Los objetivos específicos de VENCER II han sido:

- Concientizar y sensibilizar al personal de salud para promover una cultura de seguridad y calidad de la atención médica.
- Promover la identificación de eventos centinela (EC), eventos adversos (EA) y cuasifallas (C) para su notificación a través del formato y sitio electrónico del Sistema VENCER II.

- Analizar los mecanismos de producción de EC, EA y C durante el proceso de atención médica para retroalimentar al personal involucrado y establecer las acciones de mejora que favorezcan su prevención.
- Proponer, priorizar y proporcionar información útil para la mejora de la seguridad del paciente.
- Diseñar e implementar estrategias de mejora identificando los riesgos y, posterior al análisis de los errores, modificar conductas a fin de reducir el número de eventos adversos.
- Orientar y garantizar acciones en favor de la responsabilidad social del personal de salud.

El reporte es confidencial, independiente, voluntario y no punitivo y se presenta en un formato impreso para el registro individual de cada caso por parte del personal de salud, para luego recopilar la información en línea, de forma mensual, de todas las unidades médicas hospitalarias del régimen ordinario de la institución.

Para la Dirección de Prestaciones Médicas la información obtenida ha permitido coadyuvar en la mejora de la seguridad de los derechohabientes a partir del aprendizaje y el conocimiento de los eventos adversos que ocurren con mayor frecuencia en las unidades médicas hospitalarias de la institución, examinando sus causas, el proceso terapéutico en que se producen, los servicios más afectados y todas las variables descriptivas de los problemas de seguridad identificados y extraídos de los sistemas en forma transversal. Sin embargo, es de mayor utilidad para las unidades médicas que no sólo se fortalezca la cultura del registro, sino que se realice el análisis puntual de los eventos para favorecer su prevención.⁴⁰

El registro en el Sistema VENCER II se ha ido fortaleciendo desde su implementación. Se realizan cortes mensuales con retroinformación de los resultados a través de la página web. Durante el 2012 se reportaron más de 35 000 eventos, de los cuales los más importantes fueron infecciones nosocomiales, complicaciones relacionadas con procedimientos invasivos o quirúrgicos, medicamentos, caídas y úlceras por presión. Estos problemas son comunes en todos los sistemas de salud y generan grandes pérdidas en materia de salud y, por supuesto, los aspectos financieros se ven severamente afectados.⁴⁰

Como ya se comentó, esta primera fase del programa estuvo enfocada en el cumplimiento de los estándares para alcanzar la certificación por el CSG. Los logros en materia de certificación fueron 90 unidades que concluyeron el proceso de forma positiva y 37 que iniciaron el proceso de certificación, inscritas ante el CSG, pendientes de realizar auditorías (cuadro 8-3).⁵⁵

Segunda fase (2013 a 2018)

La segunda fase está enmarcada en un mayor conocimiento y experiencia del com-

**Cuadro 8–3. Primera sesión ordinaria,
Consejo de Salubridad General, 15 de abril de 2013**

Tipos de unidad	Número	Observaciones	Vigencia
UMF	92	2010 = 16 2011 = 17 2012 = 52 2013 = 7	2013 2014 2015 2016
En proceso		27	
En proceso		HGZ 6 Nuevo León	
UMAA	1	UMAA 36, Mesa de Otay, Tijuana, B. C.	2015
UMAE	1	UMAE H. Especialidades CMO	20 abril 2013
En proceso		UMAE H. Oncología UMAE H. Cardiología 34 Nuevo León	
Complementaria	1	UMFR Norte	13 dic 2014
Total	95	En proceso 30 unidades	

portamiento de la organización ante la implementación de una cultura de calidad y seguridad del paciente. Es ineludible considerar la dificultad que implica el eliminar costumbres muy arraigadas, los esquemas de trabajo que se han conformado por décadas y la resistencia al cambio. Pero debe mencionarse que ha quedado al descubierto el potencial de gran parte del personal que sí está dispuesto a renovarse. La mejor manera de completar esta transformación es favorecer y facilitar este cambio para así poder realizar acciones dirigidas a lograr una atención médica con mayor eficiencia y efectividad.

Si bien es cierto que el cumplimiento de los estándares de certificación garantiza la seguridad del paciente, también lo es que el proceso es difícil, largo y algunos sus puntos escapan de las posibilidades de nuestra realidad nacional. A pesar de ello, lejos de evadirlos, se considera que para alcanzarlos se debe iniciar por la estructura básica (procesos) para poder después mejorar los sistemas. Al lograr este propósito se dará como consecuencia lógica el cumplimiento de estándares y, por supuesto, una mejora en la calidad y seguridad. En esta segunda fase, la institución enfocará sus esfuerzos a los problemas prioritarios de salud, con lo que se considera que se obtendrán resultados de mayor impacto.

Se describirá el marco conceptual para posteriormente delinear las estrategias a seguir en esta segunda etapa. Para lograr los objetivos se debe:

- a. Fortalecer la cultura de calidad y seguridad que inició en la primera fase.
- b. Establecer un modelo lógico que permita en forma ordenada y secuencial el logro de objetivos y metas.

- c. Lograr que los profesionales de la salud desarrollen competencias especiales, así como todos los trabajadores que participan directa o indirectamente en la atención médica, para posteriormente aterrizar en las acciones particulares.
- d. Dar seguimiento y evaluación a través de indicadores específicos.

Cultura de calidad y seguridad

Crear y consolidar esta nueva cultura es indispensable. Los líderes y miembros de la institución deben aceptar que en un hospital se puede producir daño y deben tener conciencia clara y proactiva para que cada acción sea realizada con cuidado y diligencia con el propósito de evitar riesgos. Deben considerar que las complicaciones o fallecimientos por infecciones nosocomiales, por procedimientos quirúrgicos e invasivos, por caídas o úlceras por presión no sólo forman parte de una estadística o una condición *sine qua non* en las unidades de atención médica, sino que por el contrario se pueden prevenir. Además de promover las condiciones óptimas para conducir la transición de una cultura de usos y costumbres a una de seguridad para así tomar todas las precauciones e implementar las medidas de barrera para hacer altamente prevenibles los eventos adversos, se consolidará una verdadera cultura de la seguridad del paciente logrando evitar problemas de salud en los pacientes, sociales en la comunidad y financieros en los sistemas de salud.

Esta cultura es tan importante que las organizaciones internacionales la consideran como la piedra angular de las buenas prácticas y la establecen como una recomendación capital. Las buenas prácticas se caracterizan por tener fuerte evidencia de su efectividad en la reducción de eventos adversos. Son generales, es decir, se pueden utilizar en cualquier tipo de unidad y con cualquier tipo de pacientes además de lograr un beneficio significativo en la seguridad del paciente.

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de un liderazgo transformador enfocado en integrar valores individuales y grupales, actitudes, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso y el estilo proficiente del manejo en salud y seguridad.⁴¹⁻⁴⁴

Las acciones generadas deberán ser parte de hábitos conscientes de todos los miembros de la organización dirigidos a reducir riesgos y con ello los eventos adversos y no producto de la casualidad o de mejoras aisladas.

Hay cuatro cosas que afectan el arraigo de la cultura de seguridad del paciente:

- a. Falta de un liderazgo efectivo.
- b. Los profesionales de la salud y directivos frecuentemente están más interesados en la responsabilidad individual en lugar de desarrollar sistemas.
- c. Los clínicos frecuentemente detectan errores durante la práctica clínica y lideran la impresión de que estos problemas son inevitables.

- d. La atención médica es típicamente organizada de manera jerárquica, por lo tanto reporta problemas y éstos sólo son vistos como ataque personal en lugar de identificar las áreas de oportunidad para mejorar.

El primer paso para desarrollar una cultura de la seguridad es medir y definir el nivel de arraigo de la cultura de seguridad en la organización de salud.⁴⁵

Como ya se ha comentado, el propósito del programa es mejorar la satisfacción, reducir significativamente los eventos adversos e incrementar el uso adecuado de los recursos para otorgar una atención médica segura, evitando daño al paciente; efectiva al proveer servicios basados en el conocimiento científico y al producir claramente un beneficio; centrada en el paciente, con respeto a sus necesidades y valores; oportuna, en el momento adecuado; eficiente, evitando gastos innecesarios; y equitativa para que la calidad sea la misma más allá del tipo de paciente.

Modelo lógico

En este caso el modelo lógico está construido por diferentes etapas con elementos de entrada y salida. En la primera posición se encuentran las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, sin olvidar las de la propia organización, lo que incluye a todo el personal que participa en la atención médica. El resultado del proceso deberá dejar satisfechas las necesidades de todos los actores, evitar al máximo los eventos adversos y al mismo tiempo optimizar los recursos para contener los costos.⁴⁶

Para alcanzar este propósito resulta indispensable, en primer lugar, vincular todos los programas institucionales. Si no se visualiza a la calidad y seguridad como la plataforma de todos ellos, si se sigue intentado mejoras de manera fragmentada, por buenos que sean los resultados no serán suficientes. Los problemas son innumerables, por ello es imprescindible identificar las mayores áreas de oportunidad para centrar las acciones en aquellos que producirán mayor impacto.

En segundo lugar, es necesario realizar una revisión exhaustiva de los procesos médicos, administrativos y financieros, pues todos repercuten en la atención médica. Para ello, la auditoría de procesos nos permitirá identificar con precisión las fallas o vacíos y así implementar acciones específicas de manera dirigida.

En tercer lugar, una vez definido el diseño final deberán estandarizarse los procesos para una mejora continua. En el ámbito clínico la herramienta fundamental son las guías de práctica clínica, que en este modelo se orientan a las patologías más frecuentes y de mayor impacto.

Una premisa del modelo es el enfoque sistémico y sistemático, en donde todos los integrantes de la organización participen, interactúen y potencialicen sus actividades para lograr los mejores resultados, y todos los procesos de atención médi-

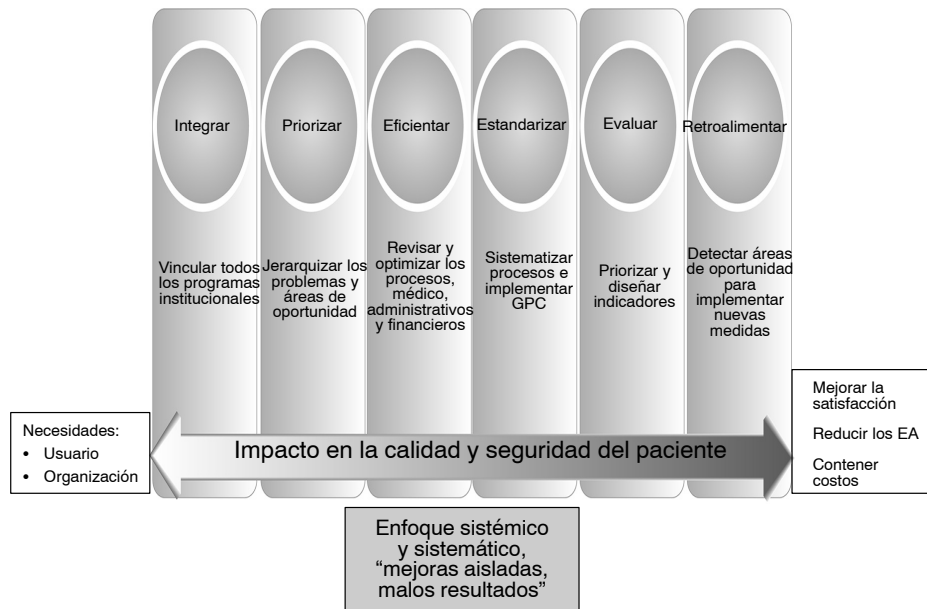


Figura 8-4. Enfoque sistémico y sistemático.

ca estén relacionados y firmemente adheridos (no segmentados) para después realizar de manera uniforme las acciones y mejorar y mantener el nivel de calidad (figura 8-4).

Competencias profesionales

Las competencias profesionales tradicionalmente tienen dos componentes esenciales, el conocimiento y la habilidad. Ahora resulta indispensable desarrollar competencias especiales para mejorar la seguridad del paciente, como el liderazgo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo que favorezcan la identificación y el manejo de riesgos para prevenir los eventos adversos y el daño consecuente. Estas características parecieran meramente teóricas; sin embargo, en la práctica no se puede conducir un proceso de cambio efectivo sin ellas.

La evidencia basada en competencias es indispensable en la práctica actual, ya que implica la base con elementos críticos para entender las actividades preventivas.^{47,48}

Seguimiento y evaluación a través de indicadores

La medición debe servir más para aprender que para juzgar y brindará la pauta de los avances obtenidos. En el sistema institucional de indicadores se categori-

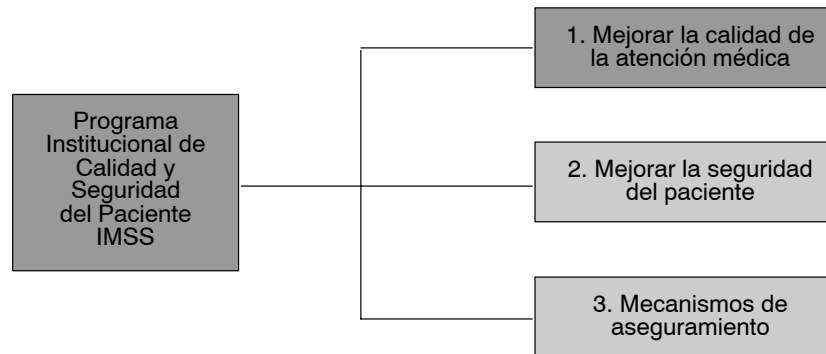


Figura 8-5. Líneas estratégicas.

zarán y ponderarán de acuerdo con la priorización y trascendencia, y la retroalimentación correspondiente para incorporar las mejoras detectadas.

En el terreno de la operación el Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente está integrado por tres líneas estratégicas (figura 8-5).

Mejorar la calidad de la atención médica

En materia de satisfacción se cuenta con algunas mediciones que muestran tan sólo un panorama institucional. La Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohábientes (ENSAT) realizada en 2009 por el IMSS indica que 77% de sus derechohábientes se manifiestan satisfechos o muy satisfechos con los servicios que reciben y 85% recomendaría su unidad de atención.⁴⁹

La ENSAT del mes de julio de 2010 estuvo integrada por 18 717 entrevistas, de las cuales 11 938 fueron de primer nivel, 4 141 de segundo nivel y 2 638 de tercer nivel. Los principales resultados obtenidos nos indican que 82% de los derechohábientes que usan los servicios médicos del IMSS declararon estar muy satisfechos o algo satisfechos con la atención recibida, porcentaje superior al registrado en la medición previa (diciembre de 2009).⁵⁰

Por otro lado, 87% de los derechohábientes recomendarían las unidades médicas (porcentaje superior al reportado en la encuesta anterior 85%) mientras que 12% no la recomendarían debido al mal trato, la espera prolongada y la falta de medicamentos, entre otras causas. Asimismo, a 80% de la población el IMSS le inspira mucha o algo de confianza, cifra superior al 77% reportado en el levantamiento anterior.⁵¹ Las cifras revelan una mejoría, pero aún queda trabajo intenso por realizar, para lo cual se diseñan acciones directas tanto en su implementación como en su medición.

Esta línea estratégica se focaliza en tres objetivos, los cuales se trabajarán de manera transversal durante toda la administración.

- Atención oportuna.
- Trato digno y amable.
- Orden y limpieza en las instalaciones.

Mejorar la seguridad del paciente

El tema de la seguridad, segunda línea estratégica, amerita una reflexión particular. Miles de personas son dañadas o mueren por errores médicos (eventos adversos) cada año, a pesar de haber sido tratados por profesionales que trabajan duro, inteligentes y bien intencionados. Sin embargo, en la actualidad los procesos de atención médica son altamente complejos y producen gran riesgo. Esto requiere del desarrollo de competencias no únicamente en el aspecto técnico científico, sino aquellas que refuercen el trabajo de toda la organización para implementar medidas de seguridad que promuevan la identificación de riesgos y eviten los eventos adversos. Esta situación pareciera simple y fácil de comprender, pero lo cierto es que en la práctica cotidiana esto es difícil o complejo de asimilar y se pasa por alto ya que constituye un nuevo paradigma en la atención médica.

Los líderes de la seguridad del paciente han descrito como una necesidad inminente que las organizaciones de salud realicen una estrategia mayor a favor de la prevención, mientras reconocen la importancia de transformar la cultura tradicional.

Con este fin, los programas de seguridad desarrollados incluyen como puntos principales reducir los eventos adversos y actuar como un catalizador en el desarrollo de la cultura de la calidad.^{51,52}

Esta línea estratégica está dirigida a lograr los siguientes objetivos:

- Fortalecer y consolidar el Sistema de Registro de Eventos Centinela, eventos adversos y cuasifallas (VENCER II).
- Estandarizar e implementar buenas prácticas para controlar de manera eficiente los problemas de salud de mayor impacto.

En el IMSS, a más de dos años de haber implementado el Sistema VENCER II, los resultados han sido muy prometedores. En todos los hospitales se ha arraigado ya la cultura del registro, pero se debe fortalecer el análisis de la causa para implementar de manera proactiva las acciones preventivas. También se han detectado áreas de oportunidad por lo que está en proceso la adecuación.

En relación a las buenas prácticas, para el primer nivel de atención se pondrá especial interés en el Síndrome Metabólico, que incluye las principales patologías crónico-degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. El enfoque será eminentemente preventivista. Se trabajará de manera paralela en el control adecuado de los pacientes ya enfermos y en las acciones de detección de la población con riesgos, para lo cual se implementarán campañas masivas e in-

tensivas para los derechohabientes enfocadas en la educación y cambio de hábitos dirigidos a reducir o retrasar las posibilidades de adquirir estas patologías. El autocuidado del paciente en su casa es una de las principales estrategias y deberán complementarse con acciones de telemedicina por medio de dispositivos con los que ya cuenta la mayoría de la población. Para ello, se deberá adecuar y fortalecer el programa de DiabetIMSS.

También se trabajará sobre la detección y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino y mamario.

Para el ámbito hospitalario se ha considerado estandarizar e implementar buenas prácticas que han demostrado su eficacia a nivel internacional y cuyos buenos resultados están ya probados, adicionando otras acciones seguras identificadas como indispensables en el IMSS. Su implementación será progresiva con monitoreo y evaluación permanentes.

1. Prevenir y reducir infecciones nosocomiales:

- *Bundles* (paquete de medidas) para la reducción de las infecciones asociadas a catéter central.
- *Bundles* para la reducción de neumonías por ventilación asistida.⁵³
- Conjunto de acciones seguras para evitar infección de sitio quirúrgico.
- Programa efectivo de higiene de manos.

2. Disminuir los principales eventos adversos:

- Lista de verificación quirúrgica.
- Reducción de caídas.
- Reducción de úlceras por presión.

3. Reducir la mortalidad materna:

- Mortalidad materna.

En relación con los *bundles*, constituidos por un paquete de medidas de seguridad que han demostrado reducir significativamente algunos eventos adversos, por ejemplo, la reducción de neumonías por ventilación asistida, las recomendaciones incluyen las siguientes:

- Elevación de la cabecera a 30°.
- Higiene bucal cada dos horas.
- Interrupción de la sedación cada 24 h.
- Evaluaciones de destete repetidas.
- Profilaxis de úlcera péptica.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda.

Nuestra propuesta, además de implementar estas acciones a través de una lista de verificación que garantice su realización, es adicionar otras acciones seguras, a las que se ha llamado conjunto de acciones seguras (CAS), identificadas des-

pués de haber realizado una auditoría en los diferentes procesos. En un caso en particular fue identificado el manejo inadecuado de los antisépticos, la falta de monitorización de la presión del globo de la sonda endotraqueal o la falta de aseo bucal con clorhexidina, por lo que estas medidas de prevención se sumarían a la lista de acciones ya mencionada para obtener mejores resultados.

Para los eventos adversos existen medidas de barrera que también reducen de manera significativa su ocurrencia; la identificación de riesgo de caída y la implementación de medidas preventivas aplicadas de forma sistemática mejorarán los resultados.

Finalmente, en el IMSS se ha reducido de manera importante la mortalidad materna (26%) a través de la conformación de equipos de respuesta inmediata, el análisis de los casos y la retroalimentación correspondiente. Aún falta reforzar las acciones desde el primer nivel con una mayor educación a la población para así identificar los riesgos y prevenir el desarrollo de alguna complicación. Todo esto para dar cumplimiento al Objetivo del milenio de reducir la tasa a 22%.

Cabe destacar que para el logro de los objetivos es imprescindible el trabajo conjunto. Con este propósito se ha considerado la integración de equipos multidisciplinarios de todas las áreas normativas incluyendo las de atención médica, salud pública, educación, investigación y las que participan en el proceso de supervisión–evaluación en los diferentes niveles de la organización, a fin de caminar en una dirección y potencializar los esfuerzos.

Un área importante es la Coordinación de Control Técnico de Insumos, encargada de instrumentar líneas estratégicas respecto a la verificación de la calidad de los insumos para la salud adquiridos por el instituto. Con la aprobación del diseño, desarrollo y ejecución de los métodos de análisis y verificación de la calidad y funcionalidad de los insumos para la salud, brinda una base sólida en estos procesos de mejora.

Mecanismos de aseguramiento

- Auditoría de procesos.
- Medición de indicadores.
- Proceso de certificación, mantenimiento y preparación.

Auditoría de procesos

La auditoría de procesos, así como en un proceso de manufactura, se realiza paso por paso para garantizar la calidad del producto y tener cero fallas, y evitar desperdicio y desgaste de energía del personal. En atención médica es posible desarrollar esta técnica. Para los pacientes la metodología rastreadora permite identificar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad al seguir las

acciones realizadas en todos los servicios por los que son atendidos. En el caso de la auditoría de procesos permite disecar cada uno de los pasos e identificar las acciones que se deben fortalecer o corregir a través de la identificación de riesgos para mejorar la calidad y la seguridad. Esta herramienta se puede aplicar en los procesos clínicos, administrativos y financieros, pues promueve una mayor eficiencia y garantiza su mejora.

Medición de indicadores

Es indispensable contar con indicadores que permitan evaluar los avances del programa. Uno de los objetivos centrales de la presente administración es contar con indicadores sectoriales que permitan homologar la calidad y seguridad del paciente. En el IMSS los indicadores con mayor ponderación serán los que midan el cumplimiento de las líneas estratégicas anteriormente descritas (en primer nivel y en el ámbito hospitalario).

Las estrategias para la seguridad del paciente, como la de aseguramiento, se realizarán de forma secuencial con un criterio de priorización. Por lo tanto, las primeras acciones estarán enfocadas tanto al control de las enfermedades crónico degenerativas de mayor frecuencia e impacto en primer nivel de atención, como a la reducción de las infecciones nosocomiales, problema importante en el segundo y tercer nivel de atención. En el primer caso, las acciones están alineadas al modelo de medicina de familiar para incrementar su capacidad resolutoria, fortalecer el enfoque preventivo y mejorar la eficiencia de los procesos. En el segundo, las acciones se alinean al Proyecto estratégico para prevenir y reducir las infecciones nosocomiales.

Finalmente, todas las acciones se enfocan de manera secuencial en los problemas de salud prioritarios para así establecer las estrategias correspondientes.

Proceso de certificación

El proceso de certificación promueve el cumplimiento de estándares homologados internacionalmente para obtener el reconocimiento del CSG. Algunas de nuestras unidades han logrado su certificación, pero deberán reforzar sus acciones y prepararse para su recertificación. Por otro lado, las unidades que están en preparación deberán completar las acciones y trabajar día a día para cambiar paradigmas y privilegiar la seguridad del paciente.

Como ha quedado manifiesto, a lo largo de siete décadas se han realizado esfuerzos importantes para mejorar la calidad y en los últimos años hemos trabajado en la seguridad del paciente para reducir los eventos adversos, pues no sólo es difícil su decremento, incluso en la literatura se demuestra un aumento.⁵⁴

La combinación de complejidad, fragmentación de los procesos de atención médica e individualismo tradicional son las barreras más fuertes. Contar con bue-

nos profesionales no es suficiente, se requiere de un liderazgo cuyo reto actual es transformar en una dirección correcta y con metas claras, y crear redes que integren a los líderes o las alianzas entre las unidades médicas para potencializar los efectos con una visión conjunta. Es de vital importancia crear mecanismos e instancias para lograr una participación activa de los pacientes y familiares, y para el personal un sistema de incentivos que no represente carga financiera para la institución pero sí un mecanismo que favorezca este proceso, situación que ya ha sido probada en otros países.

El Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente ha sido diseñado para obtener resultados a corto, mediano y largo plazo con impacto real en la salud de los pacientes y con la intención de favorecer la sustentabilidad financiera de la institución.

REFERENCIAS

1. Seguridad del paciente. <http://www.who.int/patientsafety/es/febrero> 2013.
2. Performance on quality indicators. <http://www.who.int/mediacentre/news/2044/pr76/es/5>.
3. IOM Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative. <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>.
4. Fragmento de la introducción a Lee RI, Jones LW: The Fundamentals of good medical care. Chicago, The University of Chicago Press, 1933. El concepto de buena atención médica. *Salud Pública Méx* 1990;32(2):245–247.
5. Calidad de atención médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CAS-MI-02.pdf>.
6. **Aguirre GH:** Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Púb Méx* 1990;32(2):170–180.
7. **Fajardo Dolci G, Meljem Moctezuma J et al.:** Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Rev CONAMED* 2012;17(1):30–43.
8. **Aguirre GH:** Evaluación de la calidad de la atención médica ¿una tarea para médicos? *Ciruj* 2007;7S:149–150.
9. **Ruíz de Chávez M, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre GH et al.:** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. *Salud Pública Mex* 1990;32(2):156–169.
10. **Frenk J:** Avedis Donabedian: 1919–2000. *In memoriam*. *Salud Púb Méx* 2000;42(6).
11. La calidad de la atención. http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_La-CalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf.
12. **Lorenzo S:** Estructura, proceso y resultado en la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:SIO.
13. **Ruelas BE:** Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pública* 1990;32(2):108–109.
14. **Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB et al.:** Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública* 1990;32(2):207–220.

15. **Ruelas BE, Vidal LM:** La Unidad de garantía de calidad como estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención. *Salud Pública* 1990;32(2):225–231.
16. **Ruelas BE:** Calidad, productividad y costo. *Salud Pública*. 1993;35(3):298–304.
17. **Rosenthal MM, Sutcliffe KM:** *Medical error: What do we know? What do we do?* The University Michigan Forum on Health Policy, 2002.
18. **Merry A, Mccall SA:** *Errors, medicine and law*. The University of Cambridge, 2001.
19. Secretaría de General de Sanidad: *Estrategias en seguridad del paciente*. España, 2005.
20. **Hurwitz B, Sheikh A:** Health care errors and patient safety. BMJ Books, 2009.
21. **González PE, Gutiérrez DC, Stevens G et al.:** Definiciones y prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud en México. *Salud Púb Mex* 2007;49(Supl 1):S37–S52.
22. Acreditación y garantía de calidad. <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/acred.html>.
23. **Ruelas E, Poblano O:** *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. 2ª ed. 2007.
24. Mainz Jan Quality indicators: essential for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 1004;16(Suppl 1):11–12.
25. **Meyer BC, Bishop DS:** Florence Nightingale: nineteenth century apostle of quality. *J Manag History* 2007;13(3):240–254.
26. Calidad de la atención médica. <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/CASMI-02.pdf>.
27. **Brand RA, Codman EA:** *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(11):2763–2765.
28. Pioneros de la acreditación Flexner y Codman. <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/Flexner-Codman.pdf>.
29. **Donahue KT, van Ostenberg P:** Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Inter J Q Healthcare* 12(3):243–246.
30. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales, 2012.
31. Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *DOF* 20 de septiembre de 2002.
32. **Ruelas BE:** El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. *Rev CO-NAMED* 2009;14:5–7.
33. Secretaría de Salud: Programa de Acción Específico Sistema Integral de Calidad en Salud 2007–2012. México, 2012.
34. Programa Nacional de Salud 2001–2006. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf.
35. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm.
36. **Ruelas BE:** La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; una estrategia de gran escalada. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Secretaría de Salud, 2012:15–34.
37. *Programa de acción específica 2007–2012. Sistema Integral de Calidad en Salud. Sicalidad 2007–2012*. Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA. 1ª ed.
38. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud para el ejercicio 2013. *DOF* 27 de febrero de 2013.
39. Instituto Mexicano del Seguro Social: La administración de la calidad. 2012.
40. Sistema VENCER II, Sistema de vigilancia de eventos centinela, eventos adversos y cuasi-fallas. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
41. **Rekleiti M, Kyloudis P, Toska A, Saridi M:** Patient safety and healthcare quality. *Int J Caring Sci* 2012;5(2):74–79.

42. Agency for Healthcare Research and Quality 30 safe practices for improving patient safety. The National Forum, Safe practices for better Healthcare. 2003.
43. Agency for Healthcare Research and Quality, Fact Sheet: 30 safe practices for improving patient safety. 2005.
44. **Roqueta F, Tomás S, Chanovas M:** Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* 2011;23:356–364.
45. **Helling J, Schooten W, Klazinga NS, Vleugels A:** Improving patient safety culture. *Int J of Healthcare Quality Assurance* 2010;23(5):489–506.
46. **Goeschel C, Weiss W, Pronovost P:** Using a logic model to design and evaluate quality and patient safety improvement programs. *Int J Quality in Health Care* 2012;24(2):330–337.
47. **Okuyama A, Martowirono K, Bijnen B:** Assessing the patient safety competencies of healthcare professionals: a systemic review. *BMJ Qual Saf* 2011;29:991–1000.
48. **Murphy D, Hanchett M, Olmsted RN, Farber MR et al.:** Competency in infection prevention: a conceptual approach to guide current and future practice. *Am J Infection Control* 2012;40:296–303.
49. Instituto Mexicano del Seguro Social: Encuesta Nacional de Satisfacción de Derechohabientes usuarios de Servicios Médicos en Primer y Segundo Nivel de Atención del IMSS. México, 2010.
50. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010–2011. <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20102011/informe2011web.pdf>.
51. **Frush KS:** Fundamentals of a patient safety program. *Pediatr Radiol* 2008;38(Suppl 4):S685–S689.
52. **Sallie WM, Lubomiksi LH, Willson R et al.:** Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Int Med* 2013;158(5):369–374.
53. **Shekelle P, Pronovost P, Wachter RO, Mcdonal M, Schoelles K et al.:** The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Int Med* 2013;158(5):365–368.
54. **Baines RJ, Langelaan M, de Bruijne MC et al.:** Changes in adverse event rates in hospitals over time: a longitudinal retrospective patient record review study. *Quality Saf Health Care* 2013;22:290–298.
55. Consejo de Salubridad General: 1ª Sesión ordinaria. 15 de abril 2013.

El ISSSTE dentro de los programas de seguridad del paciente en México

José Rafael Castillo Arriaga, Oliver García Trujillo

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un pilar en nuestra práctica médica diaria. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se ha convertido en un objetivo primordial, en donde todo el personal hace énfasis en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención médica que con frecuencia son causas de eventos adversos que condicionan los riesgos de los pacientes y de los profesionales que atienden a los derechohabientes.

En relación con la seguridad del paciente la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de uno de cada diez pacientes que reciben atención en salud en el mundo sufre al menos un evento adverso.

Es por ello que en el presente capítulo se tiene la finalidad de mostrar las acciones implementadas para la seguridad del paciente por todo el personal de la salud involucrado en la atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dada la incidencia y prevalencia de los eventos adversos que se presentan en los pacientes que reciben atención médica en nuestro sistema de salud, se han implementado diversas acciones y programas que tienen como objetivo disminuir la aparición de dichos eventos adversos.

La seguridad del paciente según la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria, entendiendo como daño innecesario todo accidente imprevisto o inesperado que causa alguna complicación al paciente y que es consecuencia directa de la atención sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

Es así que en el ISSSTE se ha enfatizado en que los profesionales se esfuercen en implementar programas y protocolos de atención médica a los pacientes para disminuir la incidencia y prevalencia de los eventos adversos. Hay que tener presente que la medicina, como toda ciencia estricta basada en datos estadísticos ciertos para la demostración y publicación de sus avances, no es perfecta, es por ello que el médico no debe garantizar resultados toda vez que se trabaja con seres humanos que cuentan con diferencias genéticas, sociales, culturales, biológicas, químicas y psicológicas.

El ISSSTE ha enfatizado en proporcionar al paciente todos los medios disponibles necesarios sobre el padecimiento que presenta para lograr tener una mejor relación médico – paciente, la cual es fundamental en la atención del paciente pues de ella depende el fortalecimiento de su seguridad.

Todo el personal de salud que se encarga de brindar la atención al paciente sabe que durante este proceso involucra recursos tecnológicos y numerosos abordajes al paciente para poder llegar a obtener un diagnóstico que determine un tratamiento y un pronóstico. Es así como la relación entre médico y paciente se vuelve un pilar en la atención.

ACCIONES EN EL ISSSTE

Puesto que en el ISSSTE se considera que la seguridad del paciente es fundamental, se han implementado programas y acciones enfocadas a ello. Durante la atención médica del paciente se tienen tres aspectos relevantes y fundamentales para garantizar la seguridad del paciente por parte del personal sanitario:

1. Relación médico–paciente.
2. Consentimiento informado.
3. Expediente clínico integrado de forma adecuada.

La seguridad del paciente inicia con la relación médico–paciente y el consentimiento informado es una parte importante en este proceso en virtud de que permite dar una explicación al paciente sobre su padecimiento, conocer el abordaje para el mismo, las alternativas de tratamiento a utilizar y el pronóstico. Esto genera un círculo de confianza en el que el conocimiento que tiene el paciente sobre su

patología le permite tener mayor certidumbre y seguridad en su tratamiento. En consecuencia, la aceptación por parte del paciente sobre su tratamiento también le brinda mayor certeza y confianza al médico.

El expediente clínico es un documento que permite registrar todo lo referente a la atención médica del paciente. En este capítulo no se abordan los aspectos técnicos del adecuado llenado del expediente clínico porque no es su objetivo, pero sí se hace énfasis en que tal documento permite brindar seguridad al paciente y al personal responsable de brindar la atención médica.

El expediente permite conocer la evolución del paciente desde su entrada, los abordajes realizados para su atención y las problemáticas especiales referentes a su atención, ya que en él se plasman todos los datos mencionados por el paciente y el médico determina con base a ello el inicio de la atención médica. Las notas del expediente clínico son útiles para realizar un protocolo de atención personalizado de acuerdo a los requerimientos necesarios de la patología, dando así seguridad al personal sanitario por ser un documento médico legal invaluable. Asimismo, permite evaluar el desempeño médico y la calidad médica con la cual el personal sanitario ha llevado a cabo el abordaje médico al paciente. El expediente clínico es importante en todas las instituciones del sector salud de nuestro país ya que es el registro fiel de la atención médica y permite disminuir la incidencia de eventos adversos.

Enfermería

Una parte importante dentro de la seguridad del paciente es el personal de enfermería, pues son ellos quienes tienen el mayor tiempo de contacto con el paciente, así como fortalecen la relación y proporcionan tranquilidad y seguridad al paciente. Esto se refuerza con la certeza diagnóstica y el adecuado tratamiento otorgado por el personal médico.

El equipo de enfermería del ISSSTE ha implementado acciones y compromisos para la seguridad del paciente, con el objeto de disminuir los eventos adversos. Estos errores humanos que se dan en la práctica médica son en los que el ISSSTE se ha centrado puesto que la mayoría de ellos son prevenibles. Con base en las disposiciones establecidas en el 2002 por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se han implementado acciones en todos los hospitales, entre ellas:

- Informar al paciente y a sus familiares sobre los posibles riesgos.
- Comunicar prontamente a las autoridades competentes de la aparición de casos adversos.
- Ejercer una activa función de evaluación de la seguridad y la calidad de los cuidados.

- Mejorar la comunicación con los pacientes y los demás profesionales de atención de salud.
- Influir para que los niveles de dotación de personal sean adecuados.
- Favorecer las medidas que mejoren la seguridad de los pacientes.
- Promover programas rigurosos que mejoren la seguridad de los pacientes.
- Promover programas rigurosos de lucha contra las infecciones.
- Influir a favor de políticas y protocolos de tratamiento normalizados que reduzcan al mínimo los errores.
- Relacionarse con los órganos profesionales que representan a los farmacéuticos, los médicos, etc., para que mejore el embalaje y etiquetado de los medicamentos.
- Colaborar con los sistemas de comunicación nacionales para registrar y analizar los acontecimientos adversos y aprender de ellos.

Adicionalmente, dentro del ISSSTE se han implementado medidas de seguridad intersectoriales nacionales, como son:

- Identificación del paciente.
- Comunicación clara.
- Manejo de medicamentos con la técnica de los cinco correctos: paciente, medicamento, dosis, vía y rapidez correcta.
- Protocolo de cirugía segura con los tres correctos: cirugía y procedimiento adecuados, sitio quirúrgico correcto y momento correcto.
- Evitar caídas del paciente.
- Uso de protocolos y guías adecuadas.
- Evitar infecciones nosocomiales a través del programa de lavado de manos.

El ISSSTE está convencido de que el personal de enfermería no sólo debe tener conocimientos teóricos y prácticos, sino que también debe contar con el dominio de los conceptos adecuados sobre la seguridad del paciente, los que permitirán brindarle una atención adecuada.

Hacia dónde vamos

Para el adecuado funcionamiento de todas las medidas implementadas como parte de los esfuerzos en materia de la seguridad del paciente, es necesario tener comités de supervisión en todas las unidades médicas, en razón de que es un sistema complejo donde interactúa todo el equipo médico. Es por ello que los comités de vigilancia son útiles para poder alcanzar el objetivo, que es alcanzar la seguridad del paciente en un 100% en todos los aspectos.

Derivado de lo anterior, el ISSSTE ha implementado diversas acciones y organismos:

- Comité de Bacteremia cero.
- Unidad de vigilancia epidemiológica.
- Contar con un epidemiólogo en los hospitales de tercer nivel y en cada delegación del ISSSTE en todo el país.
- Tener publicados los 10 derechos generales de los pacientes.
- Tener publicados los derechos del médico.
- Realizar encuestas de satisfacción del paciente respecto al servicio médico otorgado.

Hay un camino largo por recorrer en la seguridad del paciente, pero se está trabajando arduamente día a día para poder alcanzar el principal objetivo de la atención médica: Recibir una atención médica oportuna, con un trato digno y respetuoso, que permita tener eficiencia en el servicio médico brindado.

REFERENCIAS

1. *Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012*. México, Presidencia de la República.
2. **Robbins SP**: *Comportamiento organizacional*. 5ª ed. México, Prentice–Hall.
3. **Paredes R**: Ética y medicina defensiva. *Rev Fac Med UNAM* 2003. http://www.facmed.inam.mx/eventos/seam2K1/2003/ponencia_sep_2K3.htm.
4. **Hellstrom UW, Sarnimiaki A**: Experiences in self–determination by older persons living in sheltered housing. *Rev Nursing Ethics* 2007;14:412–424.
5. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/patientsafety/en/2006>.
6. **Garjón PJ, Gorriño MJ**: Seguridad del paciente: cuidado con los errores de medicación. *Bol Información Farmacoterapéutica Navarra* 2010;18 http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?.codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/Bit_v18n3.pdf.

Programas de seguridad del paciente, Secretaría de Salud. Calidad de los servicios de enfermería a través de procesos estandarizados

*Román Rosales Avilés, Edith Espinoza Dorantes,
Elvia Guadalupe de la Rosa Martínez*

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se habla de la experiencia en el ámbito de la calidad de los servicios de enfermería, concepto que establece que la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el profesional de enfermería debe basarse en estándares definidos para lograr una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Por este motivo, se busca la congruencia de los escenarios presentes con los prospectivos.

Cabe señalar que este enfoque de trabajo fue diseñado para la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la cual tiene como misión hacer realidad el derecho de protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la atención médica integral mediante una política que construya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario. Se buscó el mejoramiento de las condiciones de salud entre los diferentes grupos sociales y las diferentes zonas geográficas que componen la entidad, así como la garantía de la seguridad sanitaria.

Al instaurarse el Programa de Seguridad del Paciente en las unidades de segundo nivel de atención, teniendo como base la calidad y el derecho de los pacientes, se desveló que uno de los retos más grandes de la profesión de enfermería era dar respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de los servicios que otorga, pues para el cuidado del ser humano y la seguridad del paciente se requiere de un conocimiento específico, lo que significa que el personal de enfermería debía

estar preparado desde el punto de vista teórico y práctico para así poder evitar eventos adversos.

Los procesos de la labor de enfermería se estandarizaron con normas y lineamientos nacionales así como locales para garantizar el sistema de trabajo. El Departamento de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha mantenido desde entonces un monitoreo bimestral de resultados en sus 32 hospitales, centros de atención toxicológica y unidades médicas en reclusorios.

OBJETIVO

Aplicar procesos de enfermería estandarizados para mejorar la calidad de atención.

Estandarización

Las estrategias para la estandarización se plantearon con base en el Ciclo de mejora¹ de procesos, los cuales fueron desarrollados en sus cuatro etapas: planear, hacer, estudiar y actuar (figuras 10–1 a 10–3).

Planear

Durante esta etapa se integró un grupo técnico de profesionales de enfermería para la elaboración de procesos, considerando que un proceso es un conjunto de ac-

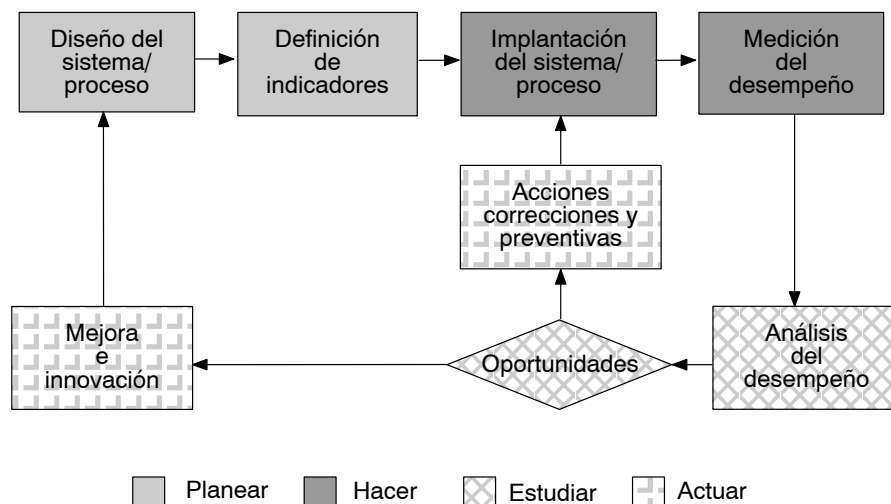


Figura 10–1. Ciclo de mejora continua de procesos.

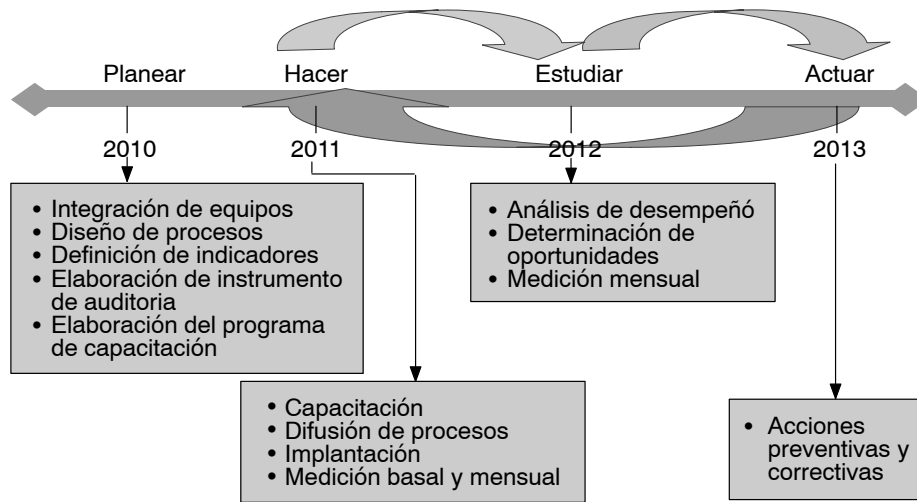


Figura 10-2. Cronograma de un ciclo de mejora con sus actividades.

tividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado. Las características generales en todos los procesos son:

a. Nombre.

© Editorial Alfi. Fotocopiar sin autorización es un delito.

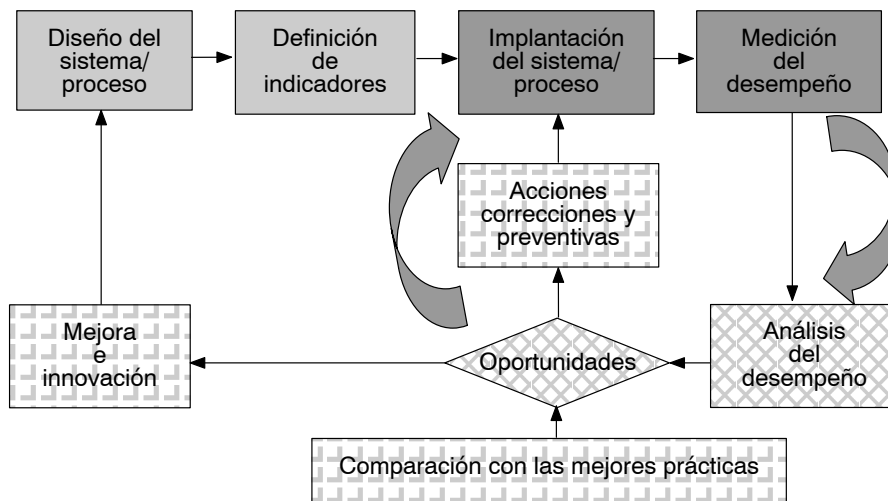


Figura 10-3. Identificación de ciclos.

- b.** Entradas.
- c.** Salidas.
- d.** Actividades.
- e.** Tareas.
- f.** Encargados.
- g.** Sucesos.

El equipo de trabajo realizó el diagnóstico a través de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (Matriz FODA)² de las diferentes unidades médicas de segundo nivel de atención, centros de atención toxicológica y unidades médicas en reclusorios.

De acuerdo con el análisis del área normativa de enfermería de 2010 se determinaron siete procesos que por su naturaleza son muy frecuentes³ y deben ser vigilados estrictamente, porque podrían generar daños a los pacientes o implicar un riesgo para la salud del usuario o para el prestador de servicios. De dichos procesos se priorizaron tres: higiene de manos, prevención de caídas e identificación correcta del paciente.

Para efectos de la elaboración de procesos se consideró que la estandarización era un método dinámico a través del cual se documentarían las actividades a realizar, la secuencia, los factores a controlar y los resultados esperados para, así facilitar la mejora continua y lograr niveles de competitividad institucional, lo que contribuiría a la seguridad del paciente y la calidad del cuidado de enfermería.

Por lo anterior se estableció que la estandarización de procesos debía elaborarse con el ciclo de mejora de procesos desarrollado para el modelo de gestión de calidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, basándose en el ciclo de mejora de Edward Deming.

Posteriormente, a través de diversas reuniones, se utilizó la herramienta de calidad denominada carta de análisis de procesos, con previa investigación bibliográfica, con el fin de diseñar, estructurar y documentar los procesos seleccionados.

Del proceso de prevención de caídas surgió el cuarto proceso, que es la notificación de casos de caídas, considerando que los eventos adversos se deben notificar y realizar las acciones necesarias para evitar complicaciones en el paciente.

Se definieron cuatro indicadores tomando como referente el Manual de evaluación de la calidad⁴ del Servicio de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología, lo que permitió evaluar la eficiencia o eficacia del proceso a desarrollar (enfoque) en una situación ideal que respondiese a las necesidades requeridas para la atención del paciente. Para la medición de los indicadores establecidos se elaboraron cuatro instrumentos de auditoría.

Considerando la importancia de los procesos se establecieron instrumentos de difusión para su implantación. Para el proceso de higiene de manos se utilizaron

los carteles de lavado de manos con agua y jabón, lavado de manos con soluciones alcoholadas y los cinco momentos para la higiene de manos, así como el programa de capacitación (cuadro 10–1, figura 10–4, cuadro 10–2, figuras 10–5 y 10–6).

Cuadro 10–1. Matriz FODA higiene de manos

Fortalezas	Debilidades
Se cuenta con registro del indicador de infecciones nosocomiales	Falta de jabón líquido y toallas desechables
La tasa de infecciones nosocomiales está dentro del rango establecido	No se cuenta con el cálculo de insumos para el lavado de manos
El 96% de las encuestas, indica que se lleva a cabo la campaña “las manos limpias salvan vidas” entre el 2007 y 2008	De las 23 unidades médicas que se evaluaron, 2 no tienen información de infecciones nosocomiales
Capacitación al personal de enfermería sobre lavado de manos	Falta participación para la capacitación por parte del área de vigilancia epidemiológica y jefes de servicio del área médica y de enfermería
	Los porcentajes de capacitación para el lavado de manos de las diferentes áreas son bajos enfermería 74%, dietología 42%, intendencia 41%, área médica 40%, trabajo social 37%, personal administrativo 27%
	El personal del hospital subsana en ocasiones el costo de los insumos (toallas desechables y jabón)
	En áreas críticas los días de estancia son prolongados
	Desconocimiento del programa de adherencias en el numeral 1.1 al 1.5 (técnica del lavado de manos)
	Vigilancia epidemiológica no asume la responsabilidad del programa de lavado de manos de acuerdo a la normatividad
Oportunidades	Amenazas
Donación de material para la campaña del lavado de manos: mantas, botones y carteles (laboratorios)	Falta de insumos y material en forma y tiempo para la campaña “Las manos limpias salvan vidas” por SSDF
Técnica de lavado de manos estandarizada durante la Campaña Nacional del 2008	Jabón de mala calidad
5 momentos para lavado de manos	
Donaciones de toallas desechables y jabón	
NOM–045–SSA2–2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales	
Programa de adherencias a Procedimientos Básicos para la prevención y control de infecciones nosocomiales	

Fecha: _____

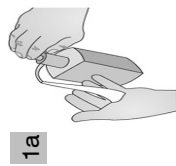
Nombre del proceso a: Prevención de caídas a pacientes hospitalizados Gestor de calidad	
Propietario del proceso: Todos	
Carta de análisis de proceso	
Factores a controlar	Actividades
10 acciones de seguridad (identificación, prevención de caídas, comunicación efectiva y corresponsabilidad del paciente) Equipo médico y aditamentos en buenas condiciones • Barandales de cama • Barandales de cunas • Banco de altura • Mesa puente • Buró • Camillas • Silla de ruedas • Andaderas • Tripie • Chalecos de sujeción torácicos y pélvicos Formato de mantenimiento	
Resultados esperados	Responsable
Aplicación de las acciones de seguridad del paciente Control y vigilancia del correcto estado y mantenimiento adecuado del equipo médico y aditamentos para la seguridad del paciente	Enfermera Personal de mantenimiento Camillero
Reparación oportuna del equipo médico en mal estado Detección oportuna de los factores de riesgo de caídas (físico, mental o farmacológico, etc.) Determinar el diagnóstico de enfermería y planificar cuidados	Enfermera, Jefe de piso Personal de mantenimiento JUD Administrativo Enfermera Médico

Figura 10-4. Carta de proceso

Cuadro 10–2. Instrumento de Auditoría. Proceso de Higiene de manos

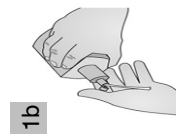
Unidad Médica:		Servicio:			
Turno		Fecha y hora			
Monitor					
No.	Variables	Criterios de evaluación			Total
		Valor	Cumple 1	No cumple 0	
1	Se verifica la existencia de los insumos necesarios para el higiene de manos	1			
2	Se cuenta con insumos necesarios para la higiene de manos	1			
3	Elabora recetario colectivo para solicitar jabón líquido y soluciones alcoholadas	1			
4	Elabora vale al almacén para toallas de papel desechable	1			
5	Recibe de farmacia y almacén los insumos para la higiene de las manos	1			
6	Si hubo algún faltante elaborar informe y solicitud a la JUD administrativa	1			
7	Dota de insumos necesarios para la higiene de manos y mantener en 1 buenas condiciones de higiene al lavado	1			
8	Realiza higiene de manos al entrar en contacto con el ambiente hospitalario	1			
9	Verificar los procedimientos y cuidados que requiere al paciente	1			
10	Higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica de los 5 momentos	1			
11	Realiza el procedimiento necesario al paciente	1			
12	Se observa contaminación con sangre o líquidos corporales	1	Higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica establecida		
			Realiza higiene de manos con solución alcoholada		
13	Desecha las toallas de papel de acuerdo a la NOM–087–SSA1–2002	1			
14	El CODECIN reporta mensualmente avances de higiene de las manos	1			
Total		14			
Indicador de eficiencia		100%			

Técnica de higiene de las manos con preparaciones alcohólicas

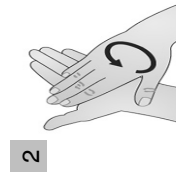


1a

Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda las superficies a tratar

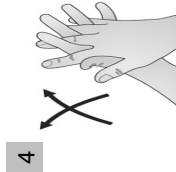


1b



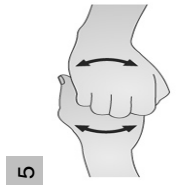
2

Frótese las palmas de las manos entre sí



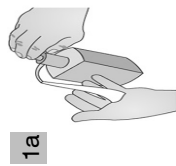
4

Frótese las palmas de las manos entre sí



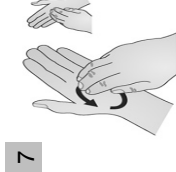
5

Frótese las palmas de las manos entre sí



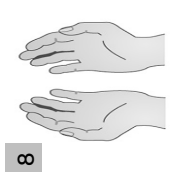
3

Frótese las palmas de las manos entre sí



7

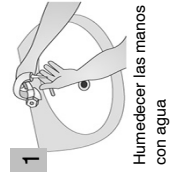
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



8

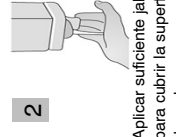
Las manos ya son seguras

Técnicas de lavado de las manos con agua y jabón



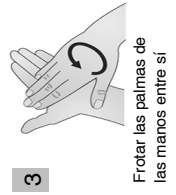
1

Humedecer las manos con agua



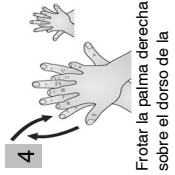
2

Aplicar suficiente jabón para cubrir la superficie de ambas manos



3

Frotar las palmas de las manos entre sí



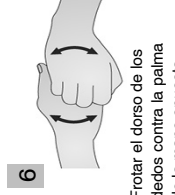
4

Frotar la palma derecha sobre el dorso de la izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa



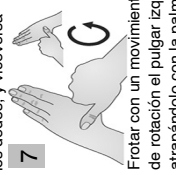
5

Frotar palma contra palma, entrelazando los dedos



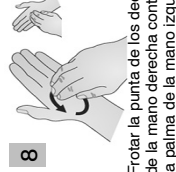
6

Frotar el dorso de los dedos contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos



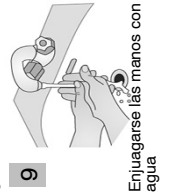
7

Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



8

Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



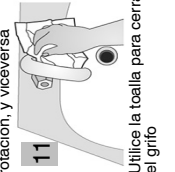
9

Enjuagarse las manos con agua



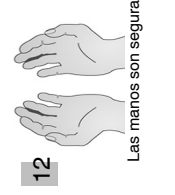
10

Secarse con una toalla de un solo uso



11

Utilice la toalla para cerrar el grifo



12

Las manos son seguras

Figura 10-5.

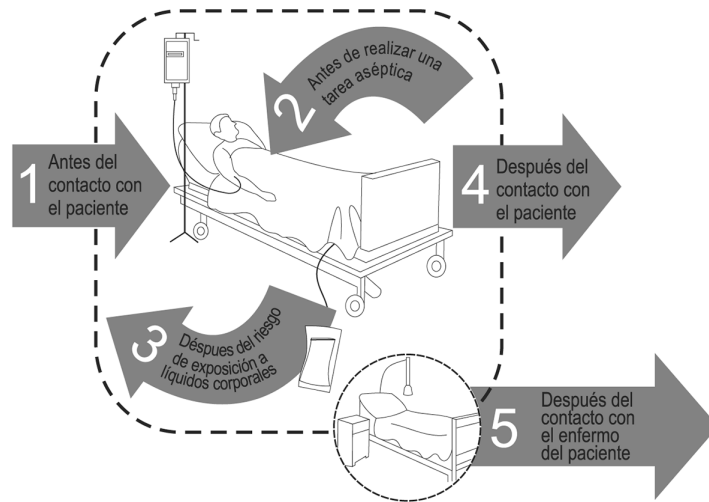


Figura 10-6. Cinco momentos para la higiene de las manos.

Para el proceso de identificación correcta del paciente se elaboró la normatividad para la identificación correcta del paciente, el formato de identificación en el brazalete y la ficha de identificación (figuras 10-7 y 10-8).

Para el proceso de prevención de caídas de pacientes hospitalizados se realizó un cartel para la difusión y utilización de la escala de riesgos de caídas (Dawton

Formato para la pulsera del recién nacido

Nombre _____ Fecha _____
 Hora _____ Sexo _____ Talla _____
 Peso _____ Apgar _____ Registro _____

Formato para pulsera de adulto

Nombre _____
 Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
 Registro _____ Cama _____
 Servicio _____ Fecha de ingreso _____

© Editorial Alfi. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura 10-7. Formato para la pulsera del recién nacido y del adulto.



Unidad médica _____ Clave _____

Ficha de identificación	
Nombre _____	Edad _____
Fecha de nacimiento _____	Sexo _____
Peso _____	Talla _____
Hora de nacimiento _____	Apgar _____
Cama _____	Expediente _____
Servicio _____	
Fecha de ingreso _____	Hora de ingreso _____
Folio seguro popular _____	Folio programa gratuidad _____

Figura 10–8. Ficha de identificación.

modificada) para pacientes hospitalizados y se utilizó el consentimiento informado para llevar a cabo las acciones para la prevención de caídas (cuadros 10–3 a 10–5, figuras 10–9 y 10–10).

Asimismo, se elaboró el programa de capacitación para difundir y dar a conocer los procesos estandarizados al personal de enfermería de las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (hospitales generales, pediátri-

Cuadro 10–3. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Intervenciones de enfermería

- Valoración continua del paciente
- Utilizar barandales, sujeción u otro aditamento según la edad del paciente para su protección
- En el paciente R/N y lactantes utilizar seguros de protección de incubadoras y mangas, subir adecuadamente barandales de cunas y camas
- Utilizar los frenos de seguridad de la cama, sillas de ruedas y orientar al paciente o familiar sobre el uso de sillas y bancos de altura
- Asistir al paciente cuando este llame de manera inmediata, asistir al paciente durante el baño y evitar la deambulacion del paciente sin calzado o con el piso mojado
- Registrar en la hoja de enfermería la semaforización de acuerdo a la escala de valoración e intervenciones realizadas de acuerdo a esta
- Informar al paciente sobre los riesgos de caídas y registrar

Cuadro 10–4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

Intervenciones de enfermería	
•	Valoración continua del paciente
•	Instruir al paciente o familiar para que pida ayuda oportunamente
•	Responder inmediatamente al llamado del paciente
•	Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (pisos resbalosos, iluminación, etc.)
•	Utilizar medidas de protección en caso necesario (barandales, sujeción, seguros de incubadoras, etc.)
•	Orientar e informar al paciente sobre el uso de barandales, sillas de ruedas y bancos de altura
•	Registrar en la hoja de enfermería la semaforización de acuerdo a la escala de valoración e intervenciones realizadas de acuerdo a esta

Secretaría de Salud del Distrito Federal

Cuadro 10–5. Escala de valoración riesgo de caídas para pacientes hospitalizados


Factores	Descripción	Puntos
Caídas previas		1
Edad	Menor de 6 años mayor de 65 años	1
Tratamiento farmacológico	Diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, antiarrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, broncodilatadores	2
Déficit sensorial	Alteraciones visuales, alteraciones auditivas, hemiplejía–hemiparestesias–anestesia de extremidades)	2
Nivel de conciencia y estado mental	Desorientación simple, desorientación ocasionalmente, agitación psicomotora	1
Estados clínicos	Posoperatorio mediato, ayuno prolongado, síndrome convulsivo, hipotensión, alteración respiratoria, medios invasivos, arritmias cardíacas, dolor, hipoxemia, edema de extremidades, incapacidad para la comunicación verbal	2
Limitación física que impide una deambulación efectiva	Utiliza soportes, reposo prolongado, problemas de equilibrio, problemas de coordinación deterioro músculo esquelético, neuromuscular, disminución del control muscular, obesidad, incapacidad física que afecte la movilización, otras patologías que limiten la actividad física	1
Total de puntos		10

Escala de clasificación	Puntos	Color de tarjeta
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde




Figura 10–9. Cartel para difusión del Programa de prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

cos y materno–infantiles, centros de atención toxicológica y unidades médicas en reclusorios) (cuadro 10–6).



Ciudad México
Capital del Bicentenario



Secretaría de Salud
Sin Salud No Hay País

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
PROCESO PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Prevención de caídas en Pacientes Hospitalizados
Consentimiento Informado

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Edad _____ Sexo _____ Cama _____

Servicio _____ Expediente _____

Diagnóstico: _____

Con el presente documento de constancia que he sido informada(o) por el profesional de salud, del riesgo de caídas que puede presentar mi paciente y sobre la necesidad de la utilización de medidas preventivas (sujeción, protección con barandales, etc.). Así como también se me orienta sobre el uso y manejo de equipo (banco de altura, barandales, sillas de ruedas, etc.). Para la seguridad de mi paciente y evitar caídas durante la estancia Hospitalaria.

Las medidas realizadas se suspenderán cuando el estado de salud del paciente lo permita como esta contemplado en el proceso para la prevención de caídas, aprobado por la Unidad Hospitalaria

Nombre y firma de conformidad del familiar responsable

Nombre y firma de testigo

Figura 10–10. Formato de consentimiento informado para prevención de caídas.

Cuadro 10–6. Curso Taller Implantación de Procesos Estandarizados

Sede	Fecha	No. de asistentes	Cartas compromiso
Hospital materno pediátrico Xochimilco	29, 30 de junio y 1 de julio del 2011	31	31
Hospital General Balbuena	11, 12 y 13 de julio del 2011	39	39
Hospital Pediátrico Legarí	25, 26 y 27 de julio del 2011	38	38
Total		108	108

Personal capacitado: jefe de enfermeras, coordinadoras de enseñanza, supervisoras de enfermería y jefes de servicio.

Hacer

En esta fase se procedió a la implantación de los procesos, es decir, se realizaron las acciones de intervención que fueron diseñadas para mejorar el proceso, programándose tres sedes por bloques: zona sur, zona centro y zona norte del Distrito Federal. Cabe mencionar que en los grupos capacitados se insertaron jefes de enfermeras, coordinadoras de enseñanza, supervisoras de enfermeras y jefes de servicio, siendo un total de 108 asistentes, los cuales firmaron una carta compromiso para realizar las actividades de difusión, capacitación e implantación de los procesos estandarizados en las unidades de las que procedían.

Estudiar

En esta etapa se realizó el análisis de desempeño del proceso en las unidades médicas, comparando los datos obtenidos de la medición basal con las acciones de la implantación para la toma de decisiones. Al mismo tiempo se determinaron las oportunidades de mejora de acuerdo a los resultados de la medición.

En la figura 10–11 se puede observar el cumplimiento del indicador de higiene de manos en 89% durante cuatro meses en 2011. Durante el mes de junio de 2012 se observa un cumplimiento del indicador de 91.6% (figura 10–12).

Se puede observar que en 2013 el cumplimiento mayor fue de 89%, durante el mes de abril (figura 10–13).

Cabe mencionar que durante la medición del indicador se observaron diferencias en cuanto al cumplimiento del indicador, debido a diversas problemáticas:

1. Falta de dotación de insumos como jabón y sanitarios necesarios para llevar a cabo de forma correcta la higiene de manos.

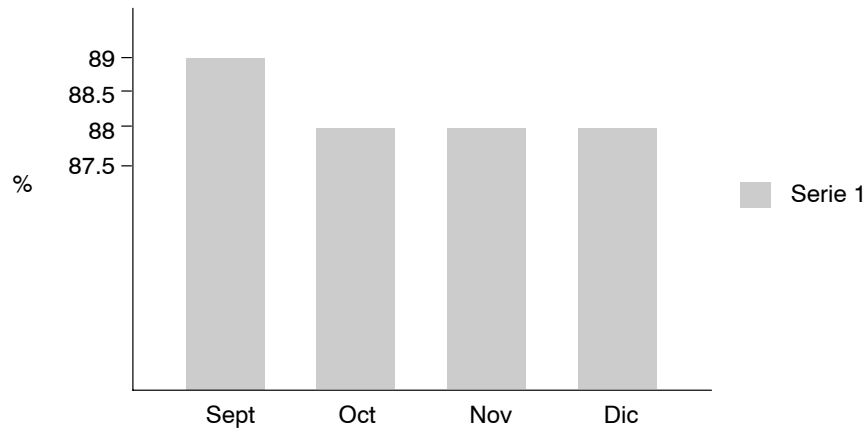


Figura 10–11. Porcentaje de cumplimiento del indicador de higiene de manos 2011. Hospital Pediátrico Moctezuma. Fuente: Instrumentos de Auditoría del Hospital Pediátrico Moctezuma, 2011.

2. No se surte la ficha de identificación del paciente para la apropiada identificación del mismo.
3. No se dotan los formatos de instrumentos de auditoría, consentimiento informado para prevención de caídas.

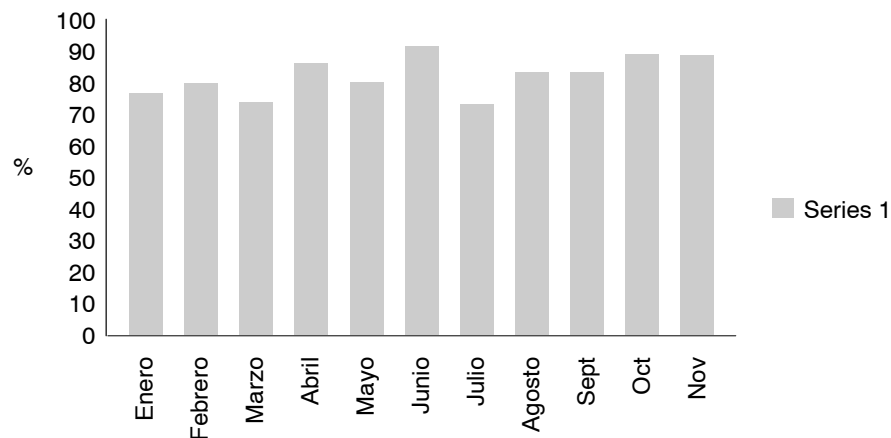


Figura 10–12. Porcentaje de cumplimiento del indicador de higiene de manos 2012. Hospital Pediátrico Moctezuma. Fuente: Instrumentos de Auditoría del Hospital Pediátrico Moctezuma, 2012.

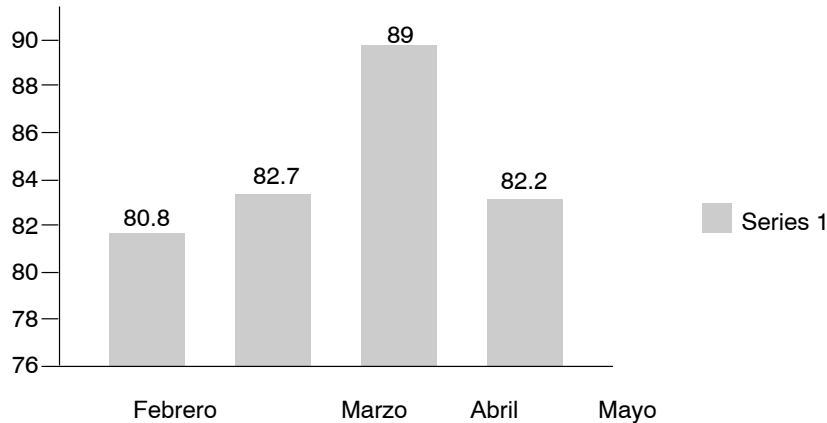


Figura 10–13. Porcentaje de cumplimiento del indicador de higiene de manos 2013. Hospital Pediátrico Moctezuma. Fuente: Instrumentos de Auditoría del Hospital Pediátrico Moctezuma, 2013.

Actuar

Para ejecutar las decisiones que permitirían mejorar la atención del profesional de enfermería se llevaron a cabo acciones correctivas y preventivas, entre ellas la difusión de los resultados de los indicadores y las que se listan a continuación:

- Se distribuyó al personal de enfermería y en los diferentes servicios de cada unidad médica material para difusión de los procesos como separadores, tarjetas, dípticos, carteles, etc.
- Se entregaron en los servicios los formatos de cartas de procesos, instrumentos de auditoría, consentimiento informado para prevención de caídas, brazaletes y fichas de identificación para el paciente.
- Se realizó la capacitación inicial del personal de la unidad médica sobre los procesos estandarizados para su implantación y posteriormente se realizó de forma continua.
- Se difundieron los resultados de la medición de los procesos estandarizados.
- Se solicitaron insumos a la jefatura de unidad departamental administrativa para la implantación de procesos.
- Se solicitó el mantenimiento preventivo y correctivo de lavabo, camas, camillas, barandales, etc.
- Se llevó a cabo la evaluación mensual de los indicadores de procesos.

- Se realizó supervisión continua de los procesos en los tres turnos.
- Se llevó a cabo una verificación continua de la documentación de la valoración del paciente, la escala de riesgo de caídas y las acciones realizadas en el formato de registros clínicos de enfermería.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES

Se sugiere reforzar las evaluaciones en los servicios ya que estos procesos están sujetos a ser observados en procesos de acreditación y certificación de establecimientos de salud. De igual forma se recomienda continuar sentando las bases para incorporar la cultura de la medición de la calidad y avanzar en la estandarización y unificación de criterios, con el propósito de guiar la supervisión operativa y la evaluación sistematizada de los servicios.

Finalmente, las recomendaciones derivadas del estudio sugieren las siguientes estrategias de acción:

1. Utilizar la información del monitoreo de procesos para la gestión de enfermería, a fin de integrar el conocimiento, insumos y voluntades para incrementar la calidad del cuidado.
2. Mantener la sistematización de los procesos en la red de hospitales apoyándose en la capacitación para mantener las mejores prácticas.
3. Ser competitivos en el sector salud con el incremento de unidades acreditadas y certificadas.

CONCLUSIONES

El objetivo de medir la calidad de los servicios de enfermería a través de procesos estandarizados en las 32 unidades hospitalarias, centros de atención toxicológica y unidades médicas en reclusorios fue relevante sobre todo para direccionar estrategias a partir de la aplicación de los estándares como un referente que permite identificar oportunamente las variaciones en el desarrollo del proceso para así aplicar acciones específicas.

Adicionalmente, a través de la aplicación de los procesos estandarizados se promueve el fomento de una cultura de calidad entre los profesionales orientada a minimizar el riesgo en la práctica, evitar la presencia de eventos adversos y favorecer la aplicación de mejores prácticas, puesto que éstas están basadas en la evidencia científica.

Con el ciclo planear, hacer, estudiar y actuar se aprende y se cambia, por lo que debe ser sistemático y contar con información confiable que facilite el monitoreo y permita identificar áreas de oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de salud. Actualmente, dentro del ciclo de mejora continua nos encontramos en el ciclo de adecuación y control.

Al observar los resultados de la medición que se ha generado sistemáticamente, se puede ver que la variabilidad es mínima, excepto en el proceso de lavado de manos donde con base en la escala de semáforo identificamos en varios meses la persistencia del color rojo debido a la falta de insumos básicos como jabón y toallas sanitarias, así como de infraestructura. Puede decirse que las áreas de oportunidad han propiciado acciones correctivas y preventivas como parte de la gestión administrativa.

REFERENCIAS

1. **Ramírez MA:** *Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud.* México, El Manual Moderno, 2006:3–11.
2. **Malagón LG, Galán MR:** *Administración hospitalaria.* 3ª ed. México, Médica Panamericana; 2008.
3. **Espinosa DE, de la Rosa ME (eds.),** Coordinación de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno del D. F. México, Biblioteca, Auditorio de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2010.
4. **Ortega VOC, Suárez VMG:** Manual de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. 2ª ed. México, Panamericana, 2009:19–32.
5. **Ramírez MA:** *Gestión de la calidad de los servicios de Salud.* México, El Manual Moderno, 2006:53 y 54.
6. NOM–168–SSA1–1998, Del Expediente clínico.
7. NOM–045–SSA2–2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
8. NOM–197–SSA1–2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
9. Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud: *Lineamientos y acciones para la identificación correcta de pacientes hospitalizados.* 1ª ed. México, 2011.
10. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería, Comisión Permanente de Enfermería: *Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados.* 1ª ed. México, 2010.
11. Subsecretaría de Innovación y calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería, Comisión Interinstitucional de Enfermería: *Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería; tres indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente.* México, 2006.
12. Consejo de Salubridad General: Estándares para la Certificación de Hospitales 2012. Comisión para la certificación de establecimientos de atención Médica.
13. Dirección General de Calidad y Educación en Salud: *Acreditación de establecimientos de salud 2011–1013.*

Programas de seguridad del paciente en México. Experiencia en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Mucio Moreno Portillo, Laura Ramírez Preciado

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención inseguras.¹ Según sus datos casi uno de cada diez pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Sin embargo, se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes a los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo.

Un problema importante es que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, sitios en los que la cifra puede ser superior a la de los países desarrollados debido a limitantes de infraestructura, tecnología y recursos humanos.

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y demandas que en algunos países cuestan entre 6 000 y 29 000 millones de dólares por año. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo.

La OMS lanzó en 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP) convocando a realizar una serie de acciones. Con esta alianza se busca identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de mo-

dificación y control, los beneficios y costos agregados y las acciones de mejora que se tienen que realizar.

OBJETIVO GENERAL

Un programa de seguridad del paciente tiene como meta principal la de establecer barreras, medidas de prevención de eventos adversos, con el propósito de generarle confianza al paciente con respecto a la institución y sus profesionales. Esto implica aprender de los errores y analizar los problemas para implementar acciones de mejora de forma que no se vuelvan a presentar.

La seguridad del paciente se entiende como un “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.² La seguridad es la “ausencia de lesiones accidentales”³ y depende de crear sistemas que se anticipen al error, que lo prevengan y que lo identifiquen antes de que cause daño. Para un hospital público es indiscutible e imprescindible que este enfoque de seguridad sea implementado, difundido y aplicado. La seguridad del paciente es el nuevo rostro de la calidad.

Estrategias del hospital general “Dr. Manuel Gea González”

En el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se incluyó en la definición de su misión la frase “seguridad del paciente: brindar servicios públicos de salud con ética, equidad, calidad y seguridad para el paciente desarrollando nuevos modelos de atención con profesionales altamente calificados, quienes forman nuevas generaciones e innovan el conocimiento al realizar investigación científica”.

Acciones para mejorar la seguridad de los pacientes

Se efectuaron acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes a través de las seis metas internacionales propuestas por el Consejo de Salubridad General (CSG), las cuales enfatizan los principales problemas que se pueden presentar durante la atención hospitalaria.

Las políticas de las seis metas se difundieron y aplicaron y actualmente se están monitoreando y se está verificando su cumplimiento. Las estrategias para involucrar al personal han sido: capacitación, entrega de gafetes con las seis metas, difusión de los cinco momentos de la higiene de manos e instalación en las com-

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	1 Identificar correctamente a los pacientes Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento
	2 Mejorar la comunicación efectiva Cuando recibo una orden verbal. YO: escucho, escribo, leo, confirmo
	3 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo Electrólitos concentrados, insulinas, heparinas
	4 Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto Protocolo Universal: marcado del sitio quirúrgico con un asterisco */ Proceso de verificación preoperatoria/Paciente correcto/Sitio correcto Procedimiento correcto
	5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica Higiene de manos en los 4 momentos
	6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas Valoración a TODOS los pacientes: riesgo alto, medio y bajo

Figura 11–1. Tarjeta metas internacionales.

putadoras de las áreas médica y administrativa de fondos de pantalla que muestran las seis metas internacionales de forma continua, entre otras. Se considera que al supervisar el apego y cumplimiento de las políticas tendremos más oportunidad de éxito (figura 11–1).

Metas internacionales de seguridad del paciente

Meta 1

Identificar correctamente a los pacientes. El objetivo ha sido mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para poder prevenir el error de trabajar con el paciente equivocado. Los dos identificadores que se implantaron en el hospital son nombre completo y fecha de nacimiento. En caso de pacientes desconocidos se decidió identificarlos como desconocido y anotar la hora de llegada. Los momentos críticos que fueron definidos como situaciones en las que es obligatorio identificar primero al paciente son:

- a. Administración de medicamentos.
- b. Extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos.
- c. Transfusiones sanguíneas o de hemoderivados.
- d. Dotación de dietas.
- e. Cualquier otro procedimiento o tratamiento.

Meta 2

Mejorar en términos de comunicación efectiva. El objetivo ha sido prevenir errores por órdenes verbales directas o telefónicas. Este concepto fue realmente nuevo en el hospital. Aunque se llevaba a cabo no era sistemático y no se documentaba. Debido a esto se definió y empezó a aplicar un proceso de actividades:

1. Escuchar.
2. Escribir (expediente clínico y registro clínico de enfermería).
3. Leer.
4. Confirmar.

Meta 3

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. El objetivo ha sido prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados, insulinas y heparinas. Esta meta no estaba bien definida en el hospital ya que estos medicamentos identificados como de alto riesgo se encontraban libremente en las centrales de enfermería. Para implementar esta meta el hospital definió cuáles son los medicamentos de alto riesgo: cloruro de sodio, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio, sulfato de magnesio, fosfato de potasio, cloruro de potasio heparina e insulinas. Posteriormente se estableció la política de identificar cada ampolla que contuviese estos medicamentos con un triángulo amarillo y de siempre tenerlas fuera de las áreas de atención a pacientes y preparación de medicamentos.

Meta 4

Garantizar cirugías al paciente correcto, en el lugar correcto y con el procedimiento correcto. El hospital adoptó la lista de prevención de errores en cirugía de la OMS, pero adecuándola a sus necesidades.

Lista de verificación. Protocolo universal

- a. Marcado del sitio quirúrgico. En el hospital el símbolo establecido para marcar es un asterisco (*). Esta actividad involucra la participación del paciente. La marca debe ser la misma en todo el hospital y la debe de realizar quien llevará a cabo el procedimiento, de preferencia y de ser posible estando el paciente despierto y consciente.
 - Es obligatorio el marcaje: lateralidad (derecha, izquierda), estructuras múltiples (dedos), niveles múltiples (columna vertebral).
 - Puede omitirse el marcaje cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes. Asimismo, en

procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural.

- Marcado únicamente documental en pacientes que no aceptan el marcado en la piel, cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible (p. ej., mucosas o perineo), procedimientos dentales y prematuros (¿bebés?) y pacientes quemados, ya que pudiera causarles una marca permanente.
- b. Proceso de verificación preoperatoria:**
- Tener a disposición todos los documentos, imágenes y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
 - Contar con todos los equipos, aparatos o implantes especiales necesarios y que estén en condiciones de funcionamiento adecuado.
 - Asegurarse de que se realizará el procedimiento correcto en el paciente correcto.
 - Verificar la posible presencia de alergias.
 - Considerar el riesgo de hemorragia transoperatoria.
- c. Tiempo fuera (*time out*).** Se debe confirmar la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento. Esto permitirá resolver cualquier duda o confusión. Lo esencial y mínimo a verificar es:
- El paciente.
 - Sitio y procedimiento correctos (procedimientos dentro y fuera de quirófano) (figura 11–2).

Meta 5

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos. Tiempo de duración agua/jabón 40 a 60 seg. Gel–alcoholado 20 a 30 seg. Esta meta fue implementada por la subdirección de infectología, además del gran involucramiento del personal de enfermería, médico y en formación. Se inició un programa efectivo de control de infecciones logrando reducir en gran medida las infecciones intrahospitalarias. Se implementaron los cinco momentos para la higiene de manos y las técnicas con gel–alcoholado, agua y jabón. Se capacitó al personal, se colocaron carteles y se garantizó la existencia de los insumos, así como se instalaron lavabos con sensores en todo el hospital. Se ha implementado una estrategia llamada “No te pases de la raya, lávate las manos”, para reforzar esta meta (figuras 11–3 y 11–4).

Meta 6

Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas. El objetivo ha sido identificar y evaluar en todos los pacientes el riesgo de presentar una caída. Se realizó

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano
Entrada	Intermedio quirúrgico	Salida
<input type="checkbox"/> El paciente ha confirmado <ul style="list-style-type: none"> • Su identidad • El sitio quirúrgico • El procedimiento • Su consentimiento 	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función	El equipo de enfermería confirma verbalmente con el equipo quirúrgico <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado
<input type="checkbox"/> Marcado y asepsia del sitio quirúrgico	<input type="checkbox"/> Entre el cirujano, anestesiólogo y enfermería confirman verbalmente <ul style="list-style-type: none"> • La identidad del paciente • El sitio quirúrgico • El procedimiento a realizar 	<input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumental quirúrgico, gases y agujas sea correcto
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso colocado y en funcionamiento	Previsión de eventos críticos <input type="checkbox"/> El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista	<input type="checkbox"/> La identificación y el etiquetado de las muestras (que figura el nombre del paciente)
¿Tiene el paciente? <input type="checkbox"/> Alergias conocidas No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico	<input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
Vía aérea difícil/Riesgo de aspiración No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos y el conteo del mismo	<input type="checkbox"/> El cirujano, el anestesiólogo y el equipo de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente
Riesgo de hemorragia > 500 mL (7 mL/kg en niños) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 min? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	¿Existieron eventos adversos? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso líquidos adecuados	<input type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reporte del evento adverso
<input type="checkbox"/> Hemoderivados disponibles		Verificó
<input type="checkbox"/> Cruce de sangre		Nombre

Figura 11–2. Lista de verificación de la seguridad en la cirugía.

una valoración inicial y diversas revaloraciones. Se utilizó la escala de Crichton para identificar a los pacientes, clasificándolos en categorías de bajo, mediano y alto riesgo. Con relación a los pacientes neonatales y pediátricos se aplicaron

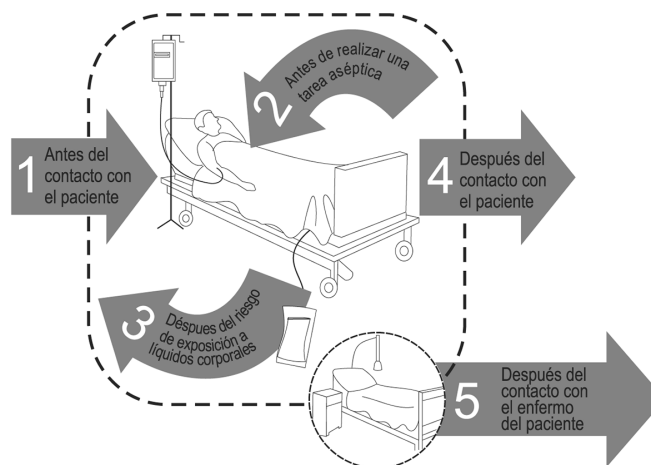


Figura 11–3. Cartel 5, momentos para la higiene de manos.



Figura 11-4. Cartel, higiene de manos.

escalas específicas, las cuales fueron determinadas por el personal médico de la Subdirección de Pediatría. La política del hospital ha sido la de realizar la evaluación en las primeras 24 h y de llevar a cabo revaloraciones por turno en caso de que las condiciones de salud del paciente cambien. Cabe destacar que dentro del programa de Reporte de Evento Adverso del hospital las caídas ocupan el primer lugar.

Con la implementación de esta meta se pretende disminuir al máximo este riesgo (cuadro 11-1).

Sistema de notificación de eventos adversos

En todo establecimiento de atención médica se deben identificar, informar y analizar los eventos adversos que se presenten, con la única finalidad de implementar acciones de mejora para que no se vuelvan a presentar y concientizando al personal de que este reporte no es punitivo y se puede realizar de manera anónima.

El hospital definió dentro de sus políticas lo que son los eventos adversos, los eventos centinela y las casifallas o cuasifallas, así como el tiempo límite para realizar el reporte:

Cuadro 11–1. Determinar el grado de riesgo de caídas, escala Crichton

Nivel	Puntos
Alto riesgo	8 a 15
Mediano riesgo	3 a 7
Bajo riesgo	1 a 2

- Evento adverso. incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica, heridas u otros sucesos que ocurren directamente asociados con la prestación de atención. Reporte: máximo 72 h después de ocurrido.
- Evento centinela. un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta. Reporte: máximo 5 h después de ocurrido. Robo de infante. Reporte: de inmediato.
- Cuasifalla o casifalla. toda variación del proceso que no afectó el resultado pero cuya recurrencia implicó una probabilidad importante de tener resultados adversos graves. Reporte: máximo 72 h después de ocurrido (figura 11–5).

Se diseñó un sistema de notificación del reporte, voluntario y anónimo, y se aplicó a través de diferentes vías (figura 11–6).

Para realizar este reporte se diseñó un formato específico tomando como base el formato de la CONAMED (figura 11–7).

Una vez realizado el diseño del formato se decidió que después de recibir un reporte se debe proceder a analizar el caso, solicitar el expediente clínico y hacer una línea de tiempo analizando fechas y horas de atención. Si entonces se identifi-




<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica, heridas u otros sucesos que ocurren directamente asociados con la prestación de atención • Reporte: máximo 74 h después de ocurrido 	<ul style="list-style-type: none"> • Un suceso imprevisto que implica a la muerte, una pérdida permanente grave de una función, una cirugía incorrecta • Reporte inmediato (máximo 5 h, después de ocurrido) • El robo de infante (reporte inmediato) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves • Máximo 72 h después de ocurrido
Evento adverso 	Evento centinela 	Casifalla 

Figura 11–5. Definiciones de evento adverso, centinela y casifalla.

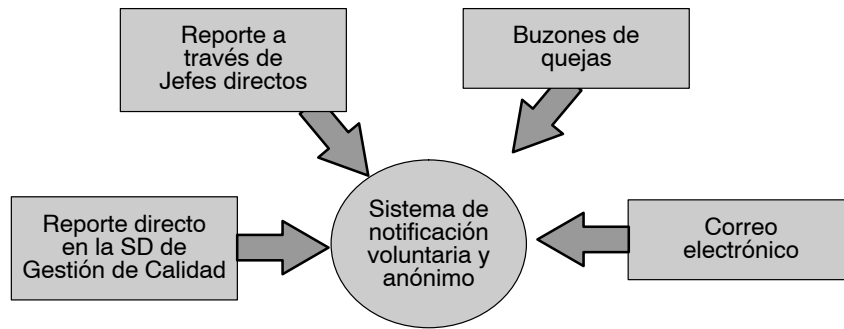


Figura 11-6. Esquema de notificación de reporte adverso.

case que el error ocurrido es, por ejemplo, un evento centinela, se debe proceder a realizar un análisis causa-raíz, en el cual deben involucrarse las diferentes disciplinas que participaron en el proceso de atención. El siguiente paso sería determinar en qué parte o partes del proceso se falló para, finalmente, definir las acciones de mejora a implementar para evitar que el error vuelva a ocurrir (figura 11-8).

En el hospital se decidió utilizar la herramienta de Análisis de Modos y Efectos de Fallas Potenciales (AMEF) para la prevención de riesgos.⁴ El AMEF es un proceso sistemático que sirve para identificar las fallas potenciales del diseño de un producto o un proceso antes de que éstas ocurran, con el propósito de eliminarlas o de minimizar el riesgo asociado a las mismas. Por esta razón, dicho proceso es considerado un método analítico estandarizado para la detección y eliminación de problemas de forma sistemática y total. Los objetivos principales del AMEF son:

- Reconocer y evaluar los modos de fallas potenciales y las causas asociadas con el proceso de un servicio.
- Determinar los efectos de las fallas potenciales en el desempeño del sistema.
- Identificar las acciones que eliminarán o reducirán la oportunidad de que ocurra la falla potencial.
- Analizar la confiabilidad del sistema.
- Documentar el proceso.

Aunque el método AMEF generalmente ha sido utilizado por las industrias automotrices es aplicable para la detección y bloqueo de las causas de fallas potenciales en productos y procesos de cualquier clase de empresa, ya sea que éstos se encuentren en operación o en fase de proyecto, así como también es aplicable para sistemas administrativos y de servicios. En el Hospital General “Dr. Manuel

INSTRUCTIVO DE LLENADO	
<ul style="list-style-type: none"> El llenado correcto de esta cédula, nos ayudará a detectar los incidentes desfavorables que pueden presentarse durante la prestación de la atención de nuestros usuarios Le solicitamos llenar esta cédula en forma honesta, tomando en cuenta que esta información es anónima, y que nos ayudará a detectar los incidentes que pueden ocurrir y determinar las acciones preventivas para evitarlas y de esta forma brindarles a nuestros usuarios una mayor seguridad y calidad de atención 	
<p>¿Qué es un evento adverso? Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica, heridas u otros sucesos que ocurren directamente asociados con la prestación de atención. Reporte: máximo 72 horas. Después de ocurrido</p> <p>¿Qué es un evento centinela? Un suceso imprevisto que implica la muerte, una pérdida permanente grave de una función o una cirugía incorrecta. Reporte inmediato (máximo 5 h, después de ocurrido). El robo de infante (reporte inmediato, minutos)</p> <p>¿Qué es una casifalla? Toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Máximo 72 h, después de ocurrido</p>	
<p>Lo invitamos a que califique la probabilidad del hecho de la siguiente manera:</p>	
FRECUENTE	Qué es habitual que ocurra
OCASIONAL	Qué es esporádico que ocurra
POCO COMÚN	Qué rara vez ocurre
REMOTA	Qué casi nunca ocurre
<p>Así como su severidad, de acuerdo a:</p>	
CATASTRÓFICO	Desastroso, con consecuencias fatales e irreversibles
MAYOR	Desfavorable pero con consecuencias reversibles
MODERADO	Desfavorable, con leves consecuencias
MENOR	Sólo lamentable, pero sin consecuencias
<p>Favor de anotar con letra legible en el recuadro de sugerencias todas aquellas propuestas que sabemos puede usted aportar por su gran experiencia en la prestación de atención médica, estamos seguros que sus sugerencias o propuestas ayudarán a esta institución a ser mejor cada día</p>	
<p>Fecha de reporte: _____ Fecha del evento adverso: _____</p>	
<p>Seleccione una clasificación del evento adverso:</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Errores en la medicación <input type="checkbox"/> Incumplimiento de valoración (interconsulta y valoración inadecuada) <input type="checkbox"/> Preeclampsia, eclampsia/complicación posparto <input type="checkbox"/> Falta de recursos materiales y humanos <input type="checkbox"/> Infección nosocomial <input type="checkbox"/> Autoextubación/autoretiro de catéteres </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Escara de decúbito <input type="checkbox"/> Complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas <input type="checkbox"/> Conexión de sistema de oxígeno y aire erróneo <input type="checkbox"/> Caída de pacientes <input type="checkbox"/> Quemaduras físicas <input type="checkbox"/> Otros: _____ </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Urgencias adultos <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados intensivos adultos <input type="checkbox"/> Ginecoobstetricia <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Urgencias pediátricas <input type="checkbox"/> Todo el hospital </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Unidad tococirugía <input type="checkbox"/> Neurocirugía <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Unidad de reanimación neonatal <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urología <input type="checkbox"/> Otros: _____ </div>
<p>Seleccione el turno en el que ocurrió el evento adverso:</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Nocturno A <input type="checkbox"/> Nocturno B </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> <input type="checkbox"/> Jornada acumulada <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Sin especificar </div>	
<p>¿Se les dijo la verdad a los familiares del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Información del paciente:</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Menor de 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 18 años <input type="checkbox"/> 19 a 59 años <input type="checkbox"/> Mayor de 60 años </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino </div>

Figura 11-7. Formato de reporte de evento adverso.

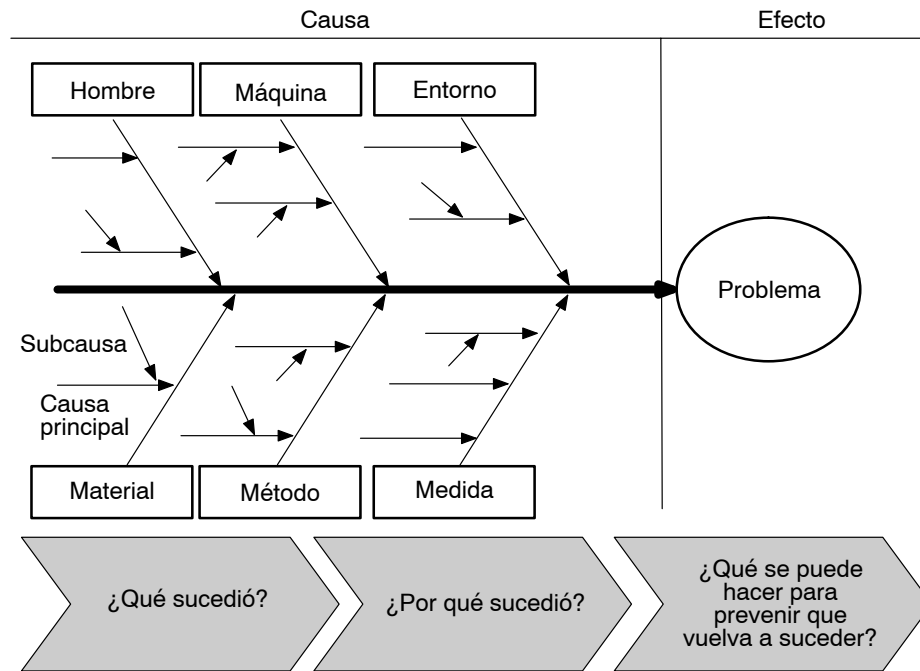


Figura 11–8. Diagrama causa–efecto.

Gea González” se aplicó esta herramienta en el proceso de traslado del paciente crítico.

Clasificación de riesgos

Para un hospital es muy importante identificar riesgos, entendiendo como riesgo una posibilidad de daño bajo determinadas circunstancias. Es necesario identificar los riesgos para realizar acciones de mejora, para lo cual se requiere definir una matriz de riesgos. En el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se definió una matriz propia (cuadros 11–2 y 11–3).

Evaluación de pacientes

Se acordó que con el objetivo de obtener información sobre las necesidades específicas de cada paciente y así poder elaborar un plan de tratamiento, el equipo multidisciplinario debe realizar 16 evaluaciones a todo paciente hospitalizado

Cuadro 11–2. Matriz de riesgos

		Severidad (impacto)			
		Menor 1	Moderado 2	Mayor 3	Catastrófico 4
Probabilidad	Frecuencia (4)	4	8	12	16
	Ocasional (3)	3	6	9	12
	Poco común (2)	2	4	6	8
	Remota (1)	1	2	3	4

- ▲ Riesgo muy grave. Requiere medidas preventivas urgentes
- ▲ Riesgo importante. Medidas preventivas obligatorias
- ▲ Riesgo apreciable. Estudiar económicamente si es posible introducir medidas preventivas para reducir el nivel de riesgo. Si no fuera posible, mantener las variables controladas
- ▲ Riesgo marginal. Se vigilará aunque no requiere medidas preventivas de inicio.

con el propósito de tomar decisiones con oportunidad y asertividad (este proceso es dinámico) (cuadro 11–4).

Para el hospital el principal propósito ha sido proporcionar la atención más adecuada, con los riesgos mínimos, en un entorno que apoye y responda a las necesidades de cada paciente, por lo que se incluyeron los conceptos de pacientes vulnerables y servicios y pacientes de alto riesgo en las políticas prevalentes.⁵

Pacientes vulnerables

Se definieron como pacientes vulnerables a los niños, las personas con discapacidad, los pacientes comatosos y los adultos mayores. Se tomó la decisión de brindar a estos pacientes protección contra el abuso, la atención negligente y la negación de servicios.

Cuadro 11–3. Riesgos

Probabilidad		
Frecuente	(4)	Que es habitual que ocurra
Ocasional	(3)	Que es esporádico que ocurra
Poco común	(2)	Que rara vez ocurre
Remota	(1)	Que casi nunca ocurre
Severidad		
Catastrófico	(9 a 16)	Desastroso, con consecuencias fatales e irreversibles
Mayor	(6 a 8)	Desfavorable, con leves consecuencias
Moderado	(3 4)	Desfavorable, con leves consecuencias
Menor	(1 a 2)	Sólo lamentable, pero sin consecuencias

Cuadro 11–4. Evaluación integral del paciente para toma de decisiones

Historia clínica (médico)	Exploración física (médico)	Evaluación de enfermería	Evaluación social (Trabajo social)
Evaluación funcional (Enfermería)	Evaluaciones especializadas adicionales, son las que requiera el paciente y que no están relacionadas con el motivo de ingreso (Equipo de salud)	Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta (Médico, Enfermera)	Evaluación del dolor (Enfermería)
Evaluación económica (Trabajo social)	Evaluación cultural, valores, creencias y costumbres (Trabajo social)	Evaluación psicológica de tamizaje (Enfermería)	Tamizaje nutricional (Médico interno de pregrado)
Identificación del riesgo de caídas (Enfermería)	Identificación de las necesidades de educación (Enfermería y Trabajo social)	Evaluación de las barreras para el aprendizaje (todo el equipo de salud)	Evaluación de la disposición para aprender (Enfermería y Trabajo social)

Servicios de alto riesgo

Se consideró que los servicios son de alto riesgo debido al equipo necesario para tratar una situación que amenaza la vida, a la naturaleza del tratamiento, al potencial de daño al paciente o a los efectos tóxicos de determinados medicamentos de alto riesgo.⁵

Los servicios que el hospital identificó como de alto riesgo son:

- Quirófanos.
- Unidad de cuidados intensivos adultos y pediátricos.
- Pabellón de alta dependencia respiratoria.
- Urgencias para adultos, pacientes pediátricos y mujeres con problemas de ginecoobstetricia.

Pacientes de alto riesgo

Se definió a las personas que requieren una atención especial como pacientes de alto riesgo, incluyendo:

- Pacientes en situación de urgencia.
- Pacientes que requieren servicios de reanimación en cualquier lugar del hospital.

- Pacientes en quienes se administra sangre o hemoderivados.
- Pacientes comatosos o en soporte vital.
- Pacientes sometidos a medicamentos radiactivos.
- Pacientes con enfermedades infectocontagiosas e inmunodeprimidos.
- Pacientes que son dializados en el establecimiento.
- Pacientes en quienes se utiliza la sujeción en los procesos.
- Adultos mayores.
- Pacientes con discapacidad.
- Pacientes pediátricos.

Los pacientes en situaciones especiales en quienes se particulariza el proceso de evaluación inicial incluyen:

- Pacientes pediátricos.
- Adultos mayores.
- Pacientes terminales.
- Embarazadas.
- Pacientes con obesidad.
- Pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos.
- Pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas o el alcohol.
- Víctimas de abuso y negligencia.
- Víctimas de violencia familiar.

Consentimiento informado

Una de las principales formas para que los pacientes se involucren en sus decisiones de atención es otorgando su consentimiento informado en varios momentos del proceso de atención. Como parte de las políticas del hospital se estableció que este consentimiento informado se debe obtener de manera obligatoria cuando se realicen los siguientes procedimientos:

- Hospitalización.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Transfusión sanguínea.
- Anestesia.
- Sujeción.
- Investigación.
- Autopsia.
- Donación de córneas.

Para cada uno de dichos procedimientos se diseñó un formato específico de consentimiento informado.

Manejo y uso de medicamentos

Los medicamentos son elementos indispensables para la atención del paciente, su selección, adquisición, almacenamiento, prescripción, distribución, preparación y administración, son procesos universales para la seguridad del paciente.

Para el hospital ha sido muy importante contar con las definiciones de los diferentes conceptos que se utilizan en el estándar de manejo y uso de medicamentos.⁵

- Error de prescripción médica. Indicación incorrecta, duplicidades terapéuticas, interacciones, dosis excesivas, insuficientes o no ajustadas a las características específicas del paciente (insuficiencia renal, ancianos) y fallos de interpretación debido a la falta de claridad en la orden médica.
- Conciliación de medicamentos (médico). Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, durante los traslados, al cambiar de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el médico que prescribe y se deben corregir si así se requiere. Los cambios realizados se deben documentar en el expediente clínico y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente, familiar y al mismo paciente.

El hospital diseñó un formato específico de conciliación (figura 11–9).

Idoneidad de la prescripción de medicamentos (farmacéutico)

Proceso formal y estandarizado que consiste en la evaluación de diversos factores:

- Las condiciones necesarias del fármaco, la dosis, frecuencia y vía de administración.
- Duplicación terapéutica.
- Alergias o sensibilidades.
- Interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.
- Variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento.



**Hospital General
"Dr. Manuel Gea González"**
HOJA DE CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ No. Expediente: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____ Fecha de ingreso a Urgencias: _____
 Fecha de ingreso a hospitalización: _____ Servicio tratante primario: _____
 Enfermedades crónicas concomitantes: _____
 Diagnóstico(s) de ingreso hospitalario: _____
 Alergias conocidas y/o sospechadas: _____

MEDICACIÓN PREVIA (a la llegada del hospital, en casa y/o recetada por otro)	FECHA DE INICIO DE LA TOMA Y/O ADMINISTRACIÓN	DOSIS / VÍA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALO	CONTINUARA SU ADMINISTRACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN?	FECHA DE SUSPENSIÓN DE LA TOMA Y/O ADMINISTRACIÓN	1. NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL
EJEMPLO 1. Captopril	Hace 10 años	25 mg VO c/8 h	Sí	Hasta nueva orden	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Medicación en URGENCIAS					
1					
2					
3					
4					
5					
Medicación en HOSPITALIZACIÓN					
1					
2					
3					
4					
5					
Medicación en AREA CRITICA					
1					
2					
3					
4					
5					

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.



ESTIMADO MÉDICO,

Es importante que al ingreso del paciente a su servicio, llene completamente el apartado que corresponde en esta hoja

OBJETIVOS

Tener un mapeo de los medicamentos que su paciente toma, lo cual le servirá para darle un seguimiento adecuado a la posología durante el internamiento

Así mismo, será herramienta estadística y de conciliación medicamentosa para el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

La hoja consta de dos apartados principales:

- A) Ficha de identificación
- B) Tabla de conciliación medicamentosa

1. La ficha de identificación deberá ser llenada por el médico que revisó por primera vez al paciente, una vez que vaya a ser ingresado a algún servicio de hospital.
2. Tabla de conciliación de medicamentos deberá de ser llenada por todo(s) médico(s) cada vez que transcriba(n) en la hoja de indicaciones algún fármaco ya sea para indicar, cambiar, agregar o suspender un medicamento
3. Se deberán de llenar las 5 columnas que pertenezcan a su área.
(Ver ejemplo de la primera fila de la tabla)

4. No olvide anotar su nombre completo, firma y cédula profesional en la última columna

Nota: En caso de que se requiera registrar más medicamento, favor de utilizar otra hoja.

¡Gracias!

Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan, C.P. 14080, México, D. F.
Tel. 400 3000



Figura 11–9. Conciliación de medicamentos.

- Peso del paciente y demás información fisiológica.
- Otras contraindicaciones.

Con relación a la adquisición y distribución de medicamentos, la estrategia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ha sido contratar una empresa para que con base en el cuadro básico de medicamentos de la institución surta con oportunidad a cada uno de los servicios solicitantes a través de un sistema de receta electrónica.

Con esta estrategia se logró la cero caducidad, se disminuyó considerablemente el tiempo de entrega de medicamentos, se eliminaron algunos trámites administrativos, se redujo el uso de papel y sobre todo se garantizó la entrega de medicamentos en dosis unitarias y en forma oportuna. Se logró integrar un cuadro básico de medicamentos a través del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

Guías clínicas. Medicina basada en evidencias

Es conveniente establecer marcos de referencia que fomenten las prácticas clínicas adecuadas, con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, que promuevan la atención más efectiva, el uso eficiente de los recursos, la satisfacción de los usuarios y la calidad técnica de la prestación que se brinda. En la actualidad existe el interés de mejorar la calidad y seguridad de la atención clínica mediante el desarrollo y la aplicación de guías de práctica clínica.

El hospital impulsó la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención médica publicadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Se decidió que cada uno de los servicios llevase a cabo las siguientes acciones:

1. Actualizar las 10 primeras patologías causa de morbilidad en el servicio.
2. De las 10 patologías se debe contar con guías clínicas nacionales o internacionales, con bibliografía.
3. De las 10 patologías seleccionar dos guías para apego estricto.
4. Este apego se debe reflejar en las notas de evolución.
5. Dar seguimiento estricto a su cumplimiento

CONCLUSIONES

- El Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se ha esforzado por implementar un programa de calidad y seguridad del paciente con base principal-

mente en los estándares del CSG, homologados con los de la *Joint Commission International*.

- Se mantiene un compromiso permanente con el paciente y su familia, realizando un esfuerzo día con día para ofrecerles una atención clínica en la que se minimicen al máximo los riesgos.
- Con estas acciones el hospital se mantiene como una institución de vanguardia, demostrando a los pacientes, su familia, al personal de la unidad y a la sociedad en general el compromiso adquirido en cuanto a la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad de los pacientes.

REFERENCIAS

1. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety.
2. Agency for Healthcare Quality and Research.
3. *To err is human*.
4. **Helman H, Pereira P:** *Análisis de fallas*. Escuela de Ingeniería, UFMG. Brasil, 1995.
5. *Estándares para la Certificación de Hospitales 2012*. Consejo de Salubridad General.

Programas de calidad en la Secretaría de Salud. Hospital General de México

Juan Miguel Abdo Francis

México ha vivido en la última década cambios políticos, generacionales, de explosión tecnológica y de globalización que han impactado en forma profunda la relación médico–paciente y que han llevado al incremento de enfermedades crónico–degenerativas que obligan a los hospitales de la red nacional de salud a enfrentar nuevos retos, siendo la calidad el más importante de ellos.

La compleja situación actual, en la que persisten los problemas de las patologías asociadas a la desnutrición y la pobreza, en conjunción con los males que aquejan a los países ricos y desarrollados —como la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles—, le confieren a dicho reto características muy particulares.^{1,2}

La Secretaría de Salud (SS) y el Hospital General de México han sido base de los desarrollos de la medicina mexicana, promotores del cambio e impulsores de los grandes avances en la investigación y la educación médica del siglo XX. Hoy es imperativo incluir en las tareas de la alta dirección y la administración contemporáneas los programas de seguridad de los pacientes para poder responder a los retos de la salud del siglo XXI y mantener la posición de liderazgo nacional creando alianzas estratégicas internas y externas que favorezcan la calidad de la atención en la Institución.³ La SS se encuentra inmersa en un proceso de cambio con el objeto de responder con calidad y calidez a estos retos.

El establecimiento de alianzas estratégicas internas y externas ofrece la posibilidad de lograr el crecimiento de las instituciones del país apegados a los principios de calidad y seguridad de la atención (figura 12–1).

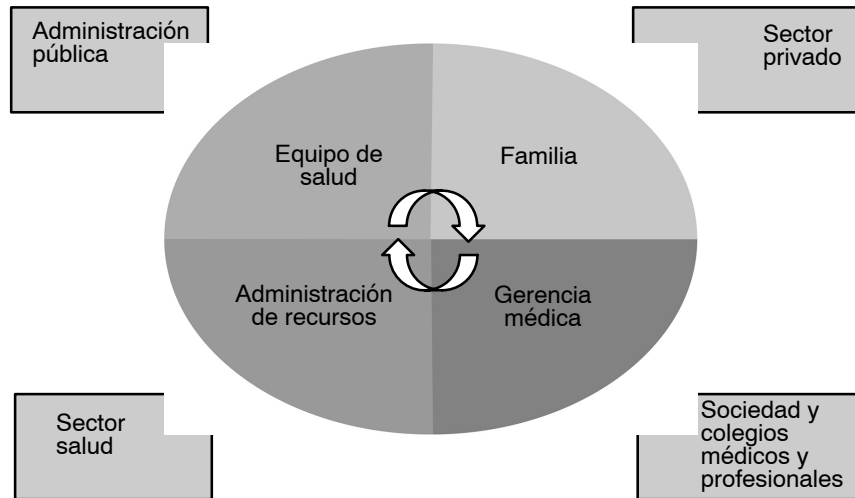


Figura 12–1. Alianza estratégica por la calidad de los servicios médicos.

La calidad como valor implica hacer algo bien desde la primera vez con los recursos con que se cuenta y en el menor tiempo posible. Esto incluye tanto a la alta dirección como a todos sus empleados. El reto actual es la calidad total que lleva a optimizar los recursos. La calidad es una entidad alcanzable que se puede medir y que es rentable. Puede ser un catalizador muy importante que establece la diferencia entre el éxito y el fracaso y no debe ser considerado una moda sino una necesidad.

Se puede considerar a la calidad como una filosofía integradora de las distintas actividades de la organización y como generadora de un modo de hacer que se torna imprescindible para alcanzar el reto de la competitividad. Ishikawa establece que si logramos la calidad, lo demás se da por añadidura.⁴

La calidad de la atención médica, por su parte, tiene como finalidad otorgar atención médica al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios médicos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, por parte del prestador de servicios y de la institución.

Las dos líneas estratégicas de acción para la operación de un hospital moderno deben ser la seguridad en la atención de los pacientes y la calidad del servicio, circunstancias que van de la mano. Las diversas encuestas de calidad en la atención que se han realizado en nuestros hospitales han arrojado resultados de satisfacción en rangos de 85 a 90%, según las áreas evaluadas. Sin embargo, en servicios de alta demanda estos indicadores disminuyen en forma importante. El reto es incrementar la satisfacción de los usuarios logrando un mínimo de 90% en las encuestas.

Por otra parte, el error médico, inherente al acto médico mismo, se presenta en promedio en 10% de las acciones realizadas y tiene que ver con las acciones que emprendemos para la atención del paciente. Sólo teniendo un adecuado diagnóstico de cuántos eventos adversos ocurren en las instituciones podremos establecer medidas encaminadas a la corrección y disminución de los mismos. Descartes, en su obra *Principia Philosophiae*, de 1644, señaló que “el hecho de que caigamos en el error es un defecto de nuestra conducta o nuestro ejercicio de la libertad, no un defecto de nuestra naturaleza”.⁵

Hoy contamos con programas de seguridad en la atención que emanan de la Organización Mundial de la Salud y que aplicamos en nuestras instituciones, como son el reconocimiento en forma oportuna de los eventos adversos, la lista de verificación quirúrgica, el plan de autocuidado de los pacientes, las medidas encaminadas a disminuir el riesgo de infección nosocomial o caídas de los pacientes, entre otras.⁶

Los estándares centrados en el paciente que evalúa el Consejo de Salubridad General (CSG) para otorgar la certificación a una institución de atención médica son:

- Acceso a la atención y continuidad de la misma.
- Derechos del paciente y su familia.
- Evaluación de pacientes.
- Servicios de auxiliares de diagnóstico.
- Atención de pacientes.
- Anestesia y atención quirúrgica.
- Manejo y uso de medicamentos.
- Educación del paciente y de su familia.

La reducción permanente de los riesgos para el paciente y el personal es compromiso del establecimiento por lo que el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente debe tener un enfoque global e integral cimentado en el liderazgo, la cultura y el cambio organizacional, la proactividad y la demostración de mejoras sostenidas, según establece el CSG. Estos estándares han sido modificados a través del tiempo.

Desde la década de 1970, cuando se inició la certificación médica en México, grandes actores de la calidad como Donabedian y Ruelas incidieron para que los esfuerzos por la calidad se convirtieran en requisitos evaluados por el CSG, llevando a las instituciones de salud a cinco grandes retos que son el enfoque actual de la calidad y en los que se debe trabajar para disminuir su prevalencia:

- Muerte neonatal por asfixia.
- Muerte materna.
- Infección nosocomial.

- Diabetes y sus complicaciones.
- Hipertensión arterial.

El Dr. Octavio Rivero Serrano y col. publicaron en la Facultad de Medicina de la UNAM los lineamientos que el CSG estableció durante la presidencia del Dr. De la Fuente y la Secretaría General del propio Dr. Rivero, que hoy son documento de consulta histórica indispensable para conocer los pasos que nuestro país ha dado por la calidad.⁷

Ruelas y colaboradores definieron como actividad crítica aquella actividad del proceso de atención médica que, de no hacerse bien desde la primera vez, puede poner en riesgo el diagnóstico, el tratamiento o la vida del paciente.⁸

La elaboración de indicadores es indispensable para lograr la mejora en la calidad de la atención. Se debe tener siempre presente que no se puede mejorar lo que no se controla, no se puede controlar lo que no se mide y no se puede medir lo que no se define. En relación a los estándares centrados en la gestión se incluyen:

- Mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobierno, liderazgo y dirección.
- Gestión y seguridad de la instalación.
- Calificaciones y educación del personal.
- Manejo de la comunicación y la información.

El cumplimiento de estos estándares provee una atención de calidad pero requiere del conjunto de actores que intervienen en el proceso de la atención médica y que involucra a muchos personajes distintos (médico, enfermera, técnicos, camilleros, administrativos, voluntarios, instituciones de asistencia privada, gobierno, etc.). Con todos ellos se deben establecer alianzas que tengan como objetivo el paciente, que es la razón de ser de las instituciones de salud.⁹

Como resultado de estas alianzas estratégicas surgió el programa SICALIDAD, que ha constituido una red de procesos que abarcan los distintos niveles de gobierno y de organización de los servicios médicos con potencialidades para mejorar la calidad de la atención médica. Asimismo, ha establecido una articulación fluida entre sus operadores en los niveles estatal, jurisdiccional y de unidades de atención, apoyados por un soporte de asesoría a nivel central que fortalece su aplicación. El contenido de sus estrategias estimula la conformación de una cultura de mejoramiento de la calidad en los servicios médicos.

La función de SICALIDAD no es dar financiamientos, sólo son reconocimientos a las propuestas de mejora que las unidades médicas realizan por acuerdos de gestión y proyectos de capacitación, y reconocimientos por premio nacional de calidad o premio de innovación a la calidad en salud. Se reparte todo el dinero disponible para reconocimientos y no está en posibilidad de incrementar-

se, ya que no es el fin del programa. Los reconocimientos se realizan por convocatoria, como lo indican las reglas de operación y el programa de acción.

SICALIDAD ha logrado posicionarse en el sector salud y su capacitación ha logrado generalizarse en los sistemas estatales de salud. El programa ha sido reconocido y su trabajo se ha traducido, entre otras cosas, en un cambio en la cultura y calidad de los servicios, así como en un creciente interés de los prestadores de servicios y funcionarios del sector por convertir la mejora y calidad de los servicios en atributos permanentes. El gran reto del programa ha sido lograr implantar una cultura de calidad y garantizar mejora de procesos sin que necesariamente estén condicionados a un apoyo financiero.¹⁰

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) nació del proyecto de SICALIDAD con la instrucción 117/2008 de la SS. El COCASEP es un comité técnico de carácter consultivo que, de manera colegiada, analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad en el paciente.

La relevancia de este comité ha sido que favorece el trabajo y compromiso de los directivos y los profesionales de la salud por la mejora continua a favor de la calidad y la seguridad de los pacientes. En la instrucción 171/2009 emanada de SICALIDAD se detallan siete puntos relevantes:

1. Integra las funciones y composición mínima del COCASEP.
2. Se refiere a todo el sector salud.
3. Se establece el Programa de Mejora Continua para la Calidad y la Seguridad del Paciente (PMC) como base del programa de trabajo, que será realizado en forma anual y contará con un calendario de sesiones definido en base a los riesgos detectados en la atención.
4. Se extiende a todas las unidades de atención primaria.
5. Se obliga a realizar una memoria anual de actividades en cada institución.
6. Se establece la obligatoriedad de rendir cuentas, con carácter anual, a todo el personal del establecimiento.
7. Se considera la participación de la ciudadanía mediante el aval ciudadano.

El personal recomendado para formar el COCASEP es el siguiente:

- Presidente: director del hospital.
- Secretario técnico: gestor de calidad, el cual coordina:
 - Asuntos a tratar.
 - Convocatorias.
 - Minutas de sesión.
 - Seguimiento de los acuerdos gestados en las sesiones.
 - Custodia de actas.
 - Documentos del comité.

- Comunicaciones al personal de las unidades involucradas o afectadas.
- Vocales:
 - Director general adjunto médico o director médico.
 - Directores de las diferentes áreas de especialidades médicas, quirúrgicas y auxiliares de diagnóstico.
 - Subdirector de especialidades médicas.
 - Director de administración.
 - Jefes de servicio de medicina interna, urgencias, pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia y psicología clínica.
 - Jefe de trabajo social.
 - Director de educación y capacitación.
 - Subdirección de enfermería.
 - Jefe del departamento de epidemiología.
 - Servicio de farmacia.
 - Subdirección de calidad.
 - Representante de cada uno de los comités.
 - Aval ciudadano como invitado.

Las funciones del COCASEP que describe la instrucción 171/2009 SICALIDAD dentro de las unidades de salud a nivel nacional son:

1. Elaborar el PMC, el cual será el plan de trabajo anual.
2. Coordinar los diferentes subcomités de la unidad prestadora de salud.
3. Promover la adhesión, asociación y participación a las líneas de acción e iniciativas institucionales y sectoriales destinadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente.
4. Adoptar iniciativas destinadas a difundir y actualizar el conocimiento de la normativa aplicable en materia de calidad (Normas Oficiales Mexicanas).
5. Apoyar al establecimiento médico durante la acreditación y certificación mediante el análisis de avances e incumplimientos observados.
6. Animar a la participación en las convocatorias de premio de calidad, proyectos de capacitación en calidad y jornadas técnicas de calidad.
7. Atender observaciones de auditorías externas que se refieran a deficiencias en la atención de calidad, trato digno y seguridad del paciente.
8. participar como órgano técnico permanente para asesorar a la dirección en temas de calidad y seguridad del paciente.

Es muy importante recordar los comités que están en relación directa con el COCASEP: expediente clínico, muerte materna, morbimortalidad, seguridad del paciente, hospital seguro, farmacia y terapéutica, bioética y detección y control de enfermedades nosocomiales.

Son puntos clave del COCASEP el dar seguimiento a la calidad del expediente

clínico como lo marca la NOM 024 (antes NOM 168), lo cual se incluye en el PMC; el emitir las recomendaciones emanadas en el seno del comité; contar con subcomités del expediente clínico en cada unidad médica, los cuales revisan y califican sus propios expedientes; y enviar el reporte a la dirección correspondiente, la misma que hace el análisis y reporta los resultados al COCASEP.

La campaña sectorial *Está en tus manos* (instrucción 233/2010) se planteó como un programa de mejora continua donde se debe firmar la carta de adhesión al mismo y aplicar un cuestionario en el que intervienen el gestor de calidad de la institución, epidemiología y la subdirección de enfermería.

En algunas instituciones se lleva a cabo la feria de lavado de manos, haciendo difusión por medio de carteles y pláticas al personal de salud, pacientes y sus familiares. Los resultados deben reportarse al Comité de Detección y Control de Enfermedades Nosocomiales y al COCASEP. El director de la institución replica la información a las autoridades de salud. Por ser un programa de mejora continua se debe tener el grado de avance en cuanto al apego a la campaña e informarlo.

Para poder realizar la memoria anual del COCASEP se debe cumplir con el mínimo indispensable de los datos en relación con los procesos cumplidos establecidos en el PMC y señalar aquellos que se encuentran en desarrollo, así como el seguimiento de acuerdos adoptados en el COCASEP y su avance, la evaluación de indicadores propios del COCASEP y la verificación del seguimiento y cumplimiento de los compromisos establecidos en las cartas compromiso. Instrucción 169/2009, vinculación con el Modelo de Gestión de Riesgos y acciones adoptadas de acuerdo a la instrucción 109/2008, evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC) y acciones de mejora adoptadas de acuerdo a la instrucción 187/2009, determinar el grado de madurez en la Implementación del Modelo de Administración por Calidad Total, la medición del impacto de Acreditación o acciones implementadas para el proceso de acreditación o reacreditación. Instrucción 132/2008, registro de Eventos Adversos y estrategias de mejora implementadas. Instrucción 133/2008, adhesión y Evaluación de la campaña Sectorial *“Está en tus Manos”*. Instrucción 175/2009, adhesión a la campaña sectorial *“Cirugía Segura, Salva Vidas”*; difusión de la Lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía. Instrucción 201/2009, resultados del Programa de Estímulos al Desempeño para el personal de salud en materia de Calidad, destacando las buenas prácticas profesionales. Instrucción 158/2009.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

El Hospital General de México de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General Adjunta Médica y la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Mé-

dica, ha aplicado los programas de calidad y seguridad, mismos que han sido auditados por el COCASEP a través del COCASEPSE, que depende de enfermería y tiene una evaluación trimestral, cuatrimestral o semestral dependiendo del indicador para corrección de desviaciones en los procesos.

De igual manera, se ha llevado a cabo un programa denominado Auditoría Médica Cruzada durante la gestión del Dr. Navarro, como director general, que ha incluido a grupos multidisciplinarios de personal del hospital que han acudido a evaluar un área determinada llevando sus experiencias exitosas y aprendiendo de las del lugar auditado.

Con esta capacitación se ha fortalecido la cultura de la calidad. Este proyecto fue merecedor del Premio de Calidad 2012 que otorga SOMECASAS. Los programas de calidad en las organizaciones que dependen de la Secretaría de Salud son obligatorios y están auditados por el Órgano Interno de Control con el fin de ofrecer una opción terapéutica basada en la cultura de la calidad a los pacientes que requieren nuestros servicios.^{11,12}

REFERENCIAS

1. **Sánchez GJ:** *Servicios de salud en México*. Colección Platino. Academia Mexicana de Cirugía. México, Alfil, 2009:441–452.
2. **Córdova VJÁ:** *La salud de los mexicanos 2007–2012*. Colección Platino. Academia Mexicana de Cirugía. México, Alfil, 2009:1–24.
3. **Abdo FJM, García FM, del Pilar PPG, Tenorio FC, Ramírez MD et al.:** Alianza estratégica por la calidad de los servicios médicos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2011;74:195–199.
4. **Ishikawa K:** *¿Qué es el control total de calidad?: La modalidad japonesa*. México, Norma, 1985:24–78.
5. **Descartes R:** *Principia Philosophiae*. Editado por Danielelem Elzevierium. Universidad de Lausanne, 2010. Versión digital
6. **Aguirre GH:** Guías para la seguridad y el autocuidado de los pacientes. *Rev CONAMED* 2008;13:6–14.
7. Certificación de Hospitales. www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/DRiveroMARZ20.pdf.
8. **Ruelas BE, Sarabia GO, Tovar VW:** *Seguridad del paciente hospitalizado*. México, Médica Panamericana, 2007.
9. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, Consejo de Salubridad General: *Estándares para la Certificación de Hospitales 2011*.
10. <http://www.calidad.salud.gob.mx>.
11. **Ochoa H:** Las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las empresas sociales del estado. *Rev Fac Cien Econ* 2003;19(88):13–32.
12. **Manzanera R:** Alianza para la seguridad de los pacientes: un enfoque estratégico. Campaña de higiene de manos. Conferencia Internacional en Seguridad de pacientes: retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Recursos Sanitarios de Cataluña, 2009.

Importancia de las infecciones nosocomiales en la seguridad del paciente y cómo prevenirlas

*Enriqueta Barido Murguía, Alethse de la Torre Rosas,
Samuel Ponce de León Rosales*

INTRODUCCIÓN

A pesar del gran avance en la cirugía las infecciones adquiridas en los hospitales o infecciones nosocomiales (IN) continúan representando un grave problema de seguridad para millones de personas enfermas en todo el mundo. Estas infecciones son un problema creciente de salud pública como consecuencia directa de muy diversos factores: pacientes con padecimientos quirúrgicos más complejos y con comorbilidades más graves, tecnología cada vez más sofisticada e invasiva, recursos elementales insuficientes (agua potable y jabón, instrumental, material de curación y de desinfección, equipo de esterilización) y escasez de personal de salud sensibilizado y capacitado para la prevención de este tipo de infecciones.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), que enfatiza que las IN son uno de los problemas más graves para la seguridad del paciente, por lo que la prevención de las IN ha sido promovida a través de los tres primeros retos bienales de esta Alianza, a saber:

Atención Limpia es Atención Segura; Cirugía Segura Salva Vidas y el Combate a la Resistencia Bacteriana, retos que el sector salud en México ha reconocido. La prevención de estas infecciones es una de las metas internacionales de seguridad del paciente emitidas por la OMS.²

Las IN ocasionan muy diversas y graves consecuencias como: la extensión del riesgo del paciente por estancia hospitalaria prolongada con altas tasas de morbilidad, los pacientes con IN tienen 60% más probabilidad de ingresar a la

Unidad de Terapia Intensiva, cinco veces más la posibilidad de reingresar al hospital y se duplica el riesgo de morir.³ Cerca de 90% de las defunciones de pacientes quirúrgicos se relacionan con alguna IN, éstas alteran la calidad de vida del paciente al incrementar los años de vida ajustados de discapacidad en la población y pueden reducir hasta un 60% (independientemente del riesgo preoperatorio) la sobrevivencia del paciente a largo plazo. Este tipo de infecciones promueve la presentación de bacterias multirresistentes a antibióticos (BMRA).^{4,5}

Financieramente las IN tienen graves implicaciones económicas para el paciente, su familia y para el sistema de salud. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) valora las infecciones nosocomiales como gasto catastrófico. El Centro para el Control de las Enfermedades de EUA (CDC, por sus siglas en inglés) reporta un gasto relacionado mayor a 45 000 millones de dólares en 2010.

En un estudio realizado por la Secretaría de Salud (SS) en 54 hospitales de México del IMSS, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la propia SS, en 2010 la prevalencia puntual fue de 21 IN por cada 100 pacientes hospitalizados (21%), prevalencia que es al menos el doble del estándar internacional. La infección detectada con mayor frecuencia fue la neumonía (NN) con 33%, seguida de las infecciones de vías urinarias (IVU) con 24.6% y las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) con 16% del total.⁶ El estudio de eventos adversos en Latinoamérica (IBEAS), con participación de México, demostró una prevalencia similar.⁷ En 2010 la SS informó de 5 314 132 egresos hospitalarios, si tomamos en consideración estos egresos y los relacionamos con la tasa de prevalencia del estudio de la SS (21%) podemos inferir que ocurrieron en el país 1 000 073 episodios de IN en 2010.

La vigilancia epidemiológica (VE) de las IN es una de las medidas de prevención más reconocidas. Mediante la VE hemos aprendido a reconocer y modificar factores de riesgo para su ocurrencia y a identificar y utilizar medidas de prevención eficaces.⁸

Para realizar una adecuada vigilancia con fines de prevención y control se requiere de un método de vigilancia efectivo, definiciones estandarizadas, un sistema de identificación y estratificación de factores de riesgo de infección para cada paciente y en cada servicio hospitalario que permita identificar la prevalencia existente, así como realizar comparaciones válidas y retroalimentar al personal de salud involucrado. La información obtenida y analizada sirve para promover la implantación de políticas de prevención y control de IN.

Las definiciones que se utilizan en México son las emitidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales.⁹ Las IN se definen como infecciones contraídas en el hospital por un paciente internado por un motivo distinto que esa infección. Operacionalmente, las infecciones que ocurren después de 48 horas del internamiento se consideran como nosocomiales.

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Debido a la frecuencia con la que ocurren, a la morbimortalidad relacionada, a la fractura que generan en la seguridad del paciente quirúrgico, al costo, pero sobre todo a su gran potencial de prevención, en este capítulo se discuten tres de los tipos más frecuentes de IN: las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ), la neumonía nosocomial (NN) y las infecciones de vías urinarias (IVU).

Infección de sitio quirúrgico

Entre las IN las ISQ son las más frecuentes en los pacientes quirúrgicos. Ocurren dentro de los primeros 30 días después de la cirugía, si no se colocó implante, y dentro del primer año cuando un dispositivo médico, biológico o sintético, se colocó durante la cirugía de manera permanente o por tiempo prolongado. Por ejemplo, prótesis articular, malla, válvula cardíaca, etc. Las ISQ pueden ser:

- 1. Incisional superficial.** Cuando sólo involucra piel y tejido subcutáneo del sitio de la incisión y que presenta cualquiera de las siguientes características:
 - a.** Secreción purulenta de la incisión o de algún drenaje colocado en el tejido subcutáneo.
 - b.** Cultivo positivo de la secreción o del tejido obtenido en forma aséptica de la incisión.
 - c.** Presencia de por lo menos un signo o síntoma de infección con cultivo positivo.
 - d.** Herida que el cirujano responsable juzga como infectada en base a su juicio clínico aún con cultivo negativo de la secreción.
- 2. Incisional profunda.** Cuando involucra la aponeurosis o las masas musculares del sitio propiamente quirúrgico con las siguientes características:
 - a.** Secreción purulenta del drenaje colocado por debajo de la aponeurosis.
 - b.** La herida se abre espontáneamente o el cirujano la abre deliberadamente, aún con cultivo negativo de la secreción.
 - c.** Presencia de absceso o cualquier evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.
 - d.** El cirujano diagnostica infección o prescribe antibióticos.
- 3. Infección de órganos y espacios.** La IN que involucra cualquier región (a excepción de la incisión) que se haya manipulado durante el procedimiento quirúrgico. Para la localización de la infección se asignan sitios específicos

(hígado, páncreas, conductos biliares, espacio subfrénico o subdiafragmático o tejido intraabdominal). Se aplican uno o más de los siguientes criterios:

- a. Secreción purulenta del drenaje colocado por el contrario de la abertura en el órgano o espacio.
- b. Presencia de absceso o cualquier evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.
- c. Cultivo positivo de la secreción o del tejido involucrado.
- d. Diagnóstico de infección por el cirujano o administración de antibióticos.

Cerca de 50% de las ISQ se presentan durante la primera semana del posoperatorio y 90% se diagnostican dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía. Un porcentaje significativo de ISQ se manifiestan cuando el paciente ha dejado el hospital, por lo que la VE de las heridas quirúrgicas se debe mantener en todos los pacientes quirúrgicos por 30 días posoperatorios y hasta por un año si se colocó implante. Esta manifestación tardía de la infección en conjunto con el incremento de la cirugía ambulatoria hace que aquellos cirujanos o servicios quirúrgicos que no llevan un seguimiento de sus pacientes tengan la impresión de una frecuencia de infección menor a la real y la posibilidad de aprendizaje por el análisis de los factores de riesgo se pierde.

Microbiología

La distribución de bacterias involucradas en las ISQ ha permanecido estable en las dos últimas décadas aún considerando la creciente resistencia bacteriana. El *Staphylococcus aureus* (SA) es el germen más asociado a heridas quirúrgicas limpias (30%) y en las ISQ con implante el *Staphylococcus* coagulasa negativo es frecuente y no debe considerarse como contaminación. En heridas abdominales la *Escherichia coli* y el SA son los más frecuentes.

Cuadro 13–1. Distribución de microorganismos causantes de infección de sitio quirúrgico reportados por el CDC, enero de 2006 a octubre de 2007

<i>Staphylococcus aureus</i>	30
<i>Staphylococcus</i> coagulasa negativa	13.7
<i>Enterococcus</i> spp.	11.2
<i>Escherichia coli</i>	9.6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5.6
<i>Enterobacter</i> spp.	4.2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3.0
<i>Candida</i> 9*	2.0
<i>Klebsiella oxytoca</i>	0.7
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0.6

En las heridas contaminadas y sucias los gérmenes habitualmente aislados son *Pseudomonas*, enterococo y SA. Cada vez con mayor frecuencia se están cultivando cepas de BMRA. A nivel mundial la resistencia de SA es de 60%. En países latinoamericanos, México incluido, ha habido un incremento de bacterias resistentes productoras de betalactamasas de espectro extendido como *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Enterococcus* spp. y *Klebsiella* spp. Se han descrito epidemias de ISQ por micobacterias de rápido crecimiento y diversas clases de hongos resistentes, principalmente *Candida* sp. Cada hospital debe de tener un censo actualizado de sus patógenos nosocomiales y de su patrón de resistencia a antibióticos para así diseñar programas de uso racional de antibióticos con la finalidad de contener y controlar la resistencia bacteriana y reconocer brotes epidémicos.

Medir el riesgo o los predictivos de infección

Es esencial realizar una adecuada VE para estratificar el riesgo de infección y prevenir las ISQ. En 1964 el Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés) elaboró un sistema que clasifica las heridas quirúrgicas de acuerdo al incremento progresivo de la contaminación bacteriana en cuatro categorías: limpias, limpias–contaminadas, contaminadas y sucias (cuadro 13–2). El riesgo de infección varía desde menos de 2% en heridas limpias hasta 30% o más en heridas

Cuadro 13–2. Clasificación de heridas quirúrgicas de acuerdo con la contaminación bacteriana

Herida limpia	Cirugía electiva no traumática, cierre primario de la herida, sin drenajes, sin evidencia de inflamación o infección. No se inciden los tractos genitourinario, respiratorio, digestivo ni orofaríngeo. No hay ruptura en la técnica aséptica
Herida limpia–contaminada	Cirugía electiva o de urgencia; pueden existir cambios macroscópicos de inflamación, sin evidencia de infección. Se inciden, bajo condiciones controladas y sin mayor contaminación, los tractos digestivo, genitourinario, respiratorio u orofaríngeo; pueden existir pequeñas rupturas de la técnica aséptica. Se colocan drenajes mecánicos y ostomías
Herida contaminada	Cirugía de urgencia indicada por herida traumática reciente (< 6 h) o enfermedad inflamatoria aguda. Salida importante de contenido gastrointestinal del tracto digestivo incidido. Incisión de los tractos biliar, genitourinario, respiratorio u orofaríngeo con infección presente en su contenido. Ruptura importante de la técnica aséptica. Incisiones en presencia de inflamación no purulenta.
Herida sucia	Cirugía de urgencia por herida traumática (> 6 h) o enfermedad inflamatoria aguda que determinen tejido desvitalizado, cuerpos extraños retenidos, contaminación fecal y bacteriana por víscera hueca perforada. Datos de inflamación e infección aguda con pus encontrados durante la operación

sucias.¹⁰ Existen factores de riesgo relacionados con el paciente y con el propio procedimiento quirúrgico que determinan el desarrollo de ISQ.

El índice de riesgo del *National Healthcare Safety Network* (NHSN) se basa en cuatro variables independientes y de igual peso predictivo que suman una calificación de 3 puntos. Cada punto se asigna a la presencia de una de las variables:

1. Herida contaminada o sucia.
2. Estado grave de salud calificado como ASA ≥ 3 (clasificación del estado de salud de la *American Society of Anesthesiologists*).
3. Tiempo quirúrgico mayor al percentil 75 del tiempo calculado para cada cirugía.

Si la cirugía se realiza por laparoscopia se resta un punto. El riesgo va de 0, el menor, a 3, el mayor.

La utilización de estos índices de riesgo en conjunto con los factores de riesgo específicos para cada tipo de cirugía permite establecer programas de prevención exitosos.¹¹

En las heridas limpias la contaminación bacteriana es mínima y entonces la influencia de otros factores de riesgo del paciente, del equipo quirúrgico y del medio ambiente se puede analizar y controlar. El porcentaje de infección de heridas limpias es un buen indicador de calidad de los servicios quirúrgicos. La meta de cualquier servicio quirúrgico debe ser llevar el porcentaje de infección de heridas limpias a menos de 1%.

A continuación se mencionan los factores de riesgo de ISQ. La mayoría se relacionan con el paciente y son difíciles de modificar en el preoperatorio inmediato y en el perioperatorio.^{12,13}

Factores de riesgo de ISQ en análisis multivariados relacionados con el paciente

- Edades extremas.
- Enfermedades graves subyacentes: cáncer, enfermedades autoinmunitarias, tratamiento con inmunosupresores, quimioterapia o radioterapia, pacientes portadores de VIH o con SIDA.
- Obesidad, IMC > 30 kg/m².
- Pérdida de ≥ 10 kg de peso o hipoalbuminemia.
- Tabaquismo o ingesta ≥ 2 bebidas al día.
- Diabetes mellitus, hiperglucemia perioperatoria, en particular la posoperatoria.
- Infección en otro sitio del organismo.
- Estancia hospitalaria preoperatoria.

Factores de riesgo de ISQ en análisis multivariados relacionados al tipo de procedimiento quirúrgico

- Resección gastrointestinal, anastomosis intestinal, creación de ostomía.
- Cirugía de urgencia y reoperación.
- Colocación de implantes terapéuticos o estéticos: prótesis articulares, estéticas, válvulas, mallas, etc.
- Transfusión de sangre y sobrecarga de líquidos cristaloides.
- Tiempo quirúrgico.
- Trasplante de órganos.
- Colocación de drenajes, en particular abiertos.
- Manejo del cierre de la herida.

Factores relacionados con el equipo quirúrgico

La experiencia del cirujano es uno de los factores más importantes en la ocurrencia de las ISQ. Crear una herida que sea menos receptiva a la colonización bacteriana y por lo tanto a la infección subsecuente es primariamente el resultado de la dedicación y habilidad del cirujano. Entre más capacitado el cirujano mejor su criterio quirúrgico, su manejo médico perioperatorio preventivo, mayores sus habilidades técnicas y mayor su atención a los detalles y al manejo gentil del tejido, lo que determina la necesidad de una menor hemostasia y menor cantidad de necrosis tisular y por lo tanto menor disponibilidad de nutrientes y de medio ambiente propicio para cualquier inóculo bacteriano.

El anestesiólogo y el personal de anestesia, como miembros del equipo quirúrgico, tienen una gran influencia en el riesgo de aparición de IN. El CDC describe complicaciones infecciosas epidémicas que fueron desde infecciones de herida quirúrgica hasta bacteremias en cuatro estados de EUA, secundarias a la ruptura de la técnica aséptica por parte de los miembros del equipo de anestesia con el uso de propofol, agente anestésico hipnótico que permite el rápido crecimiento de microorganismos.

Estos brotes epidémicos enfatizan la importancia de la técnica aséptica y el control de infección en la práctica anestésica.

Factores de riesgo relacionados con el hospital

- Hospitales asistenciales y de enseñanza.
- Filtración de las partículas y bacterias en el aire del quirófano.
- Métodos de esterilización y antisepsia.
- Comité de control de infecciones activo.
- Higiene ambiental.

Intervenciones preventivas

A continuación se mencionan medidas de prevención que han probado su eficiencia.^{14,15}

1. La VE de las ISQ y de la flora bacteriana relacionada, acompañada de retroalimentación de la información analizada a los cirujanos y jefes de cirugía de sus tasas de ISQ, ha demostrado ser una de las principales estrategias de prevención y control.⁸ A través de ella se pueden identificar áreas específicas de riesgo y prevención. El indicador debe ser la tasa de ISQ observada dividida entre la esperada, basada en la estratificación del paciente.
2. Antibióticos profilácticos.¹⁶ Sin duda alguna previenen las ISQ. Su efecto ha influido positivamente en la evolución de la cirugía moderna. Su costo–valor–efectividad de prevención ha sido plenamente justificado en diferentes procedimientos quirúrgicos. Los antibióticos profilácticos están indicados cuando:
 - a. Las consecuencias de las ISQ pudiesen ser desastrosas aún cuando la frecuencia de infección de herida sea baja. Por ejemplo, neurocirugía, cirugía cardiovascular o colocación de prótesis.
 - b. La frecuencia de infección de herida sea considerable aún sin poner en peligro la vida o la extremidad del paciente. Por ejemplo, cirugía gastrointestinal.
 - c. El paciente tenga alteraciones en su respuesta inmunitaria con alto riesgo de infección grave.

Por lo tanto, los antibióticos profilácticos están indicados en la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía limpia–contaminada, en pacientes de alto riesgo a quienes se les practica cirugía limpia y en aquellos a quienes se les coloca implante. El uso de antibióticos en pacientes infectados o que tuvieron gran contaminación transoperatoria, se considera terapéutico.

Consideraciones primarias para elegir un antibiótico:

1. Efectividad comprobada del antibiótico contra el patógeno esperado, tanto por la literatura como por el propio hospital. Los hospitales deben de mantener un censo vigente de las bacterias involucradas y de su susceptibilidad y resistencia a los antibióticos seleccionados.
2. Falta de toxicidad y reacciones alérgicas o secundarias poco frecuentes.
3. Distribución tisular que permita adecuadas concentraciones del antibiótico en el área anatómico–quirúrgica específica a cada procedimiento durante la cirugía.
4. Costo.
5. Historia de alergia a antibióticos del paciente.

Cuadro 13–3. Factores de riesgo para presentar microorganismos multirresistentes en neumonías nosocomiales

- Tratamiento antibiótico en los 90 días previos
- Hospitalización > 5 días
- Frecuencia elevada de resistencia en la comunidad u hospital
- Diálisis en los últimos 30 días
- Heridas infectadas
- Familiar con colonización por BMRA
- Tratamiento inmunosupresor

6. Paciente portador de *Staphylococcus* resistente a la meticilina (SRM) u otra BMRA (cuadro 13–3).

Debido a su espectro antimicrobiano, sus características farmacocinéticas y sus pocos efectos tóxicos las cefalosporinas, particularmente de primera y segunda generaciones, son los antibióticos profilácticos de elección. Los pacientes con posibilidad de ser portadores de SRM o con historia de alergia a penicilina deberán recibir vancomicina como profilaxis. Existe controversia en la utilidad de realizar pruebas de detección de SRM en fosas nasales de pacientes que serán sometidos a cirugía limpia de alto riesgo o colocación de implante. Cada hospital debe tener su política de prescripción de antibióticos en base al tipo de pacientes que maneja, los procedimientos quirúrgicos que realiza y la epidemiología bacteriana local y su resistencia a antibióticos.

El aspecto crítico de la administración de antibióticos es mantener niveles terapéuticos durante todo el transoperatorio. El antibiótico profiláctico se debe administrar por vía intravenosa a dosis terapéutica calculada por peso corporal y sin ajustarse a daño renal. La efectividad del uso del antibiótico profiláctico depende en gran medida del adecuado horario de su administración en relación al inicio del procedimiento quirúrgico. La recomendación es administrarlo en la hora previa a la cirugía, pero lo ideal es al momento de la inducción de anestesia para asegurar niveles tisulares óptimos del antibiótico.

En cirugía de colon el antibiótico por vía oral se inicia por lo menos 18 h antes del procedimiento quirúrgico, posterior a la preparación mecánica del colon, además de administrar el antibiótico parenteral inmediatamente antes de iniciar la cirugía. Los pacientes que requieran de torniquete transoperatorio deberán recibir el antibiótico antes de su colocación. En operación cesárea el antibiótico se debe administrar después de haber ligado el cordón, aunque no existe evidencia de esta recomendación. Se requiere de una sola dosis preoperatoria y en caso de sangrado abundante o cirugía mayor de cuatro horas se debe administrar una segunda dosis de acuerdo a la

vida media del antibiótico. Los pacientes obesos deben recibir dosis de acuerdo al IMC. La administración del antibiótico profiláctico no debe prolongarse por más de 24 h a excepción de la cirugía cardíaca (48 h).

El papel de los antibióticos tópicos en la profilaxis de la herida quirúrgica es controvertido.¹⁶ En la actualidad los ortopedistas están utilizando cemento impregnado con gentamicina en la colocación de prótesis articulares. Existe evidencia de que la aplicación de colágena absorbible impregnada de gentamicina en resecciones abdominoperineales, o entre los bordes del esternón en cirugía cardíaca, puede disminuir la frecuencia de infección.

Los errores más frecuentes en la prescripción antimicrobiana son la selección inapropiada, tiempo de inicio fuera del óptimo para su eficacia y prolongación innecesaria por más de 24 h. Esta utilización inadecuada incrementa innecesariamente los costos y somete al paciente a reacciones adversas ante los antibióticos, como son: colonización por BMRA, la toxicidad renal o la diarrea asociada a *Clostridium difficile* o infecciones secundarias a bacterias resistentes. La OMS promueve la utilización de una lista de verificación perioperatoria de medidas de seguridad para el paciente quirúrgico avalada por la SS desde 2009, en la que uno de los puntos es asegurar la administración del antibiótico preoperatorio en horario útil.²

- 3. Control de glucemia perioperatoria pero en particular la posoperatoria.** El proyecto de mejoría de la atención quirúrgica (SCIP) recomienda que los pacientes a quienes se les practica cirugía tengan niveles de glucosa ≤ 200 mg/dL por lo menos los dos primeros días de posoperatorio.¹⁷
- 4. Antisepsia.** La optimización del lavado preoperatorio de las manos del equipo quirúrgico y de la piel por incidir del paciente es fundamental. No hay consenso en relación al mejor antiséptico, pero hay estudios con resultados similares utilizando productos que contienen clorhexidina o yodopovidona combinados con alcohol isopropílico al 70%.¹⁸
- 5. Diferimiento de cirugía electiva en presencia de infección no relacionada a la indicación de la cirugía.**¹⁴ No debe realizarse la intervención quirúrgica en presencia de infección activa no relacionada a la indicación quirúrgica.
- 6. Tricotomía Preoperatoria.**¹⁴ El rasurado preoperatorio del sitio quirúrgico, en particular horas antes de la cirugía, incrementa el riesgo más de 100%. El cirujano debe valorar la necesidad de practicar tricotomía en cada procedimiento. De requerirse, deberá limitarse al sitio por incidir y realizarse en el quirófano.
- 7. Preparación preoperatoria del paciente.** Se deberá tratar de mejorar o controlar los factores relacionados a la enfermedad quirúrgica y comorbilidades. Cuando sea posible se debe mejorar el estado de nutrición, disminuir

el IMC,^{14,15} recomendar dejar de fumar y beber alcohol un mes antes de la intervención, limpiar el tracto gastrointestinal por incidir en cirugía electiva.

8. Manejo transoperatorio del paciente.

- a. Mejoramiento de la inmunidad del paciente. La oxigenación, la perfusión de los tejidos y la temperatura corporal son determinantes del riesgo de aparición de ISQ.

Diferentes estudios han demostrado reducir el riesgo relativo de ISQ hasta 25% al aumentar la presión parcial tisular de oxígeno incrementando la fracción inspirada del mismo a 50% en el transoperatorio, con complemento de oxígeno durante el posoperatorio.^{19,20}

Dado que es una intervención barata que sugiere ser benéfica, es razonable promover su uso. El incremento de la $PTiO_2$ a través del aumento de la fracción inspirada de oxígeno sólo se logra y mantiene si el paciente se encuentra normovolémico.

En añadidura, mantener al paciente normotérmico durante la cirugía tomó importancia a partir de la publicación de un estudio aleatorizado de 200 pacientes a quienes se les realizó cirugía colorrectal.²⁰ La frecuencia de infección fue significativamente menor en el grupo normotérmico que en el hipotérmico.

Es recomendable también restringir la administración de líquidos parenterales. En un estudio prospectivo aleatorizado se disminuyeron las complicaciones de 25 a 13% con la restricción de líquidos parenterales.²⁰

- b. Tiempo quirúrgico. Se recomienda que la cirugía se realice tan rápido como el proceso mórbido y las condiciones de los tejidos lo permitan.
- c. Manejo de la herida. Se sugiere utilizar suturas monofilamentosas, sintéticas, que pueden o no ser absorbibles dependiendo del grado de fuerza tensil que se requiera. Hasta el momento no hay datos concluyentes de la frecuencia de infección relacionada a suturas impregnadas de antisépticos, cierre con grapas o con adhesivos tisulares, a excepción de un estudio de cirugía ortopédica en donde se encontró mayor frecuencia de ISQ con el uso de grapas. La utilización adecuada de electro-cauterio o rayo láser no favorece la infección.

Cuando existe la necesidad de realizar ostomías esofagogastrointestinales o urinarias, éstas deben de colocarse lejos de la herida para evitar que el gasto intestinal a través de la ostomía contamine la herida.²⁰ El uso rutinario de drenajes profilácticos debe evitarse y sólo utilizarse en aquellos casos que se espera la formación de grandes seromas secundarios o grandes colgajos, por ejemplo mastectomías, hernioplastias de pared abdominal o bien cuando el espacio muerto es considerable, como en las resecciones abdominoperineales y anastomosis esofagogástricas. Si se utilizan drenajes deben ser cerrados y se deben exteriorizar por

la contraabertura cutánea pues los abiertos incrementan la posibilidad de infección. Al exteriorizarlos por la herida quirúrgica la frecuencia de infección aumenta casi cinco veces. Debido a que los drenajes actúan como un ducto en dos direcciones se deben extremar las precauciones de su manejo en las condiciones más asépticas posibles y retirarse a la brevedad posible.²⁰

Las heridas limpias y limpias-contaminadas, inclusive traumáticas, deben cerrarse de manera primaria. El cierre de las heridas contaminadas y sucias es muy controvertido.²⁰ La irrigación de la herida con solución salina ha demostrado reducir la frecuencia de ISQ, pero no se recomienda irrigación con antisépticos ya que sólo están autorizados para antisepsia de piel. Algunos autores consideran que un factor determinante de infección es el cierre primario de la herida contaminada o sucia y recomiendan dejarla abierta (piel y tejido subcutáneo) para el cierre quirúrgico posterior al observar que no se infectó, o bien dejarla cicatrizar por segunda intención. Sin embargo, Krukowski y Matheson realizaron un estudio prospectivo de heridas abdominales durante 10 años, cerrando de forma primaria todas las heridas incluyendo las contaminadas y sucias con un éxito de 94.6%. El autor concluye que todas las heridas deben cerrarse pues la frecuencia de infección no justifica dejarlas abiertas pero sí prolonga la estancia hospitalaria y el costo relacionado.²¹ Diferentes estudios apoyan estas conclusiones.

No se recomienda la colocación de catéteres subcutáneos para irrigar intermitentemente soluciones con antibióticos ya que no se encuentra disminución de ISQ.²⁰ Se necesitan estudios bien diseñados para estandarizar el manejo de estas heridas. Con la evidencia actual, un manejo adecuado es lavar la herida con solución de irrigación, cerrarla de primera intención y vigilarla estrechamente. Abrirla y drenarla se aconseja al menor síntoma o signo de infección para evitar el efecto deletéreo que sobre el resto del tejido tiene la infección.

Cubrir las heridas quirúrgicas con gasas o apósitos estériles se considera como la conclusión de la asepsia quirúrgica. Se ha demostrado que no existe diferencia en la frecuencia de ISQ cuando se mantiene cubierta la herida por 48 h en comparación con mantenerla cubierta hasta el retiro de los puntos, lo que implica un ahorro tanto de tiempo del personal encargado de las curaciones como del material de curación utilizado. El paciente puede bañarse en regadera a las 48 h de posoperatorio.¹⁴

Ambiente y material

Los procedimientos quirúrgicos se deben realizar en quirófanos limpios, dotados de filtros de alta eficiencia para la filtrar partículas y bacterias del aire corriente. Todo el instrumental debe estar limpio, descontaminado y estéril. Los instrumentos que no son destruidos por el calor deben esterilizarse en autoclave. Los sensi-

bles a altas temperaturas deben esterilizarse con esterilización de baja temperatura, como son la irradiación gamma, el plasma de peróxido de hidrógeno, el ácido peracético y el óxido de etileno. No debe reutilizarse el instrumental quirúrgico desechable y se deben seguir estrictamente las recomendaciones del productor del instrumento.

Una de las principales recomendaciones a seguir dentro del quirófano es limitar el número de personas en la sala, sus movimientos y su conversación. La persona con infección bacteriana de la piel o del tracto respiratorio debe ser excluida del equipo quirúrgico. Una vez que el paciente se encuentre en el quirófano deben cerrarse las puertas y mientras el paciente es preparado para el procedimiento quirúrgico el instrumental a utilizar debe permanecer cubierto. El personal quirúrgico debe portar máscaras efectivas bien colocadas sobre nariz y boca, que prevengan que las bacterias nasales y de oro-faringe lleguen a la herida quirúrgica. Se ha demostrado claramente que la nasofaringe del equipo quirúrgico, aun utilizando cubreboca, es el reservorio exógeno más importante de *Staphylococcus* recuperado de las heridas quirúrgicas. El equipo quirúrgico debe utilizar batas y guantes estériles libres de defectos que sean, de preferencia, resistentes a las punciones. Este uniforme se considera la barrera más importante entre las áreas no estériles y la herida.²⁰ La perforación de los guantes incrementa el riesgo de ISQ y la elevada frecuencia de perforación de guantes durante los procedimientos quirúrgicos debe alertar a los cirujanos no sólo de prevenir las ISQ en el paciente sino de la necesidad de protegerse contra los patógenos transmitidos del paciente al cirujano, como serían virus de los diversos tipos de hepatitis, VIH, de la toxoplasmosis, etc.

Tratamiento de la infección de sitio quirúrgico

Dependiendo de las características de la herida infectada, del tipo de cirugía realizado, de la repercusión sistémica de la infección al estado general del paciente y el momento del diagnóstico, el paciente deberá permanecer hospitalizado, rehospitalizarse o tratarse como paciente ambulatorio. En cualquier caso, se requiere desbridar la herida, tomar cultivos para analizar la secreción (frotis para tinciones) e iniciar tratamiento con antibióticos de manera empírica tomando en cuenta la flora bacteriana esperada y el patrón de resistencia bacteriana del hospital donde se realizó la cirugía. La prescripción empírica de antibióticos podrá modificarse de acuerdo a la evolución clínica y al crecimiento bacteriano en los cultivos así como el patrón de resistencia a los antibióticos.

La ISQ temprana de rápida evolución, en las primeras 48 h de posoperatorio, que puede resultar en fascitis necrosante o mionecrosis, con o sin toxicidad sistémica, debe alertar acerca de la posibilidad de infección por *Streptococcus pyogenes*.

nes o *Clostridium perfringens*. Las ISQ en cirugías con implante son graves ya que pueden presentarse con cuadros clínicos insidiosos relacionados al inadecuado manejo del implante (prótesis, malla, válvula, injerto vascular, ventrículo-peritoneal, etc.) y requiere de un manejo muy cercano. Habitualmente es necesario utilizar antibióticos parenterales por tiempo prolongado (en ocasiones más de cuatro semanas) para controlar la infección y tratar de conservar el implante. Sin embargo, la falla del tratamiento es frecuente y en muchas ocasiones hay que cambiar o retirar definitivamente el implante.

La desbridación de la herida puede realizarse, dependiendo del tamaño y las características de la herida infectada, en una sala de curaciones o en el quirófano. La finalidad es drenar pus, retirar la mayor cantidad de tejido muerto y cuerpos extraños y evitar la maceración de los tejidos.

En cirugía gastrointestinal la infección de herida se relaciona frecuentemente con complicaciones de la cirugía como dehiscencia de anastomosis y fístula, acompañadas de sepsis abdominal nosocomial. La herida infectada debe dejarse abierta para curaciones locales. Es importante lavar la herida con agua estéril o potable. No hay estudios que demuestren la superioridad de antisépticos para limpiar la herida infectada ni que demuestren cuál es el método más efectivo para cubrir la herida y facilitar su granulación. La selección del material para cubrir la herida dependerá del material disponible en cada medio hospitalario regulado por protocolos de manejo de heridas infectadas con fundamentos de costo–efectividad.²²

NEUMONÍAS NOSOCOMIALES

Las neumonías asociadas a la atención médica o neumonías nosocomiales (NN) constituyen una de las infecciones más costosas en términos de morbilidad, mortalidad y consumo de recursos hospitalarios, por lo que actualmente reducir su incidencia se considera uno de los grandes retos a nivel internacional en los programas de control de infecciones. De manera general se reporta que corresponden a la primera infección nosocomial general (15 a 35%), probablemente por subregistro de IVU, y la primera en las unidades de cuidados intensivos, con una incidencia que varía de 0.3 a 15 por 1 000 días ventilador, con tasas de mortalidad general de 20 a 50% y tasas de mortalidad atribuibles de 30% a 40%.⁶

Definiciones

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) se define como aquella que ocurre después de 48 horas de la intubación endotraqueal y ventilación mecánica,

por ejemplo después de la anestesia general asociada a cirugía.²³ Por tiempo de evolución se clasifica en temprana o tardía, siendo la tardía aquella que ocurre posterior a cinco días de estancia hospitalaria, lo que tiene implicaciones terapéuticas debido a que los microorganismos asociados tienden a variar en estos dos periodos.

Es más frecuente la ocurrencia de SA y bacilos gramnegativos (BGN), como *Pseudomonas* spp., en las neumonías tardías.

Agentes etiológicos

La distribución de los agentes etiológicos que causan NN varía entre los hospitales, lo que guarda relación a las diferencias poblacionales, incluyendo el consumo de antibióticos, las tasas de vacunación, los métodos diagnósticos empleados y la tasa de resistencia reportada en cada hospital. Los patógenos más frecuentes son BGN (*Pseudomonas* spp., *Enterobacter* spp., *Klebsiella*, *Escherichia coli*), seguidos por cocos grampositivos entre los que destacan SA y con frecuencia SARM. En los últimos años, gracias al desarrollo de técnicas de biología molecular, se han identificado casos de NN graves causados por virus respiratorios, siendo la influenza el principal agente. Este hecho es de gran trascendencia epidemiológica debido a que estas infecciones podrían ser evitadas si el personal de salud tomase conciencia de la importancia que tiene el vacunarse de manera anual contra influenza y no atender pacientes si presentan infecciones de vías aéreas superiores.

Patogénesis

En la patogénesis de las NN se deben de considerar los factores del hospedero, características de los microorganismos y los factores ambientales (cuadro 13-4). Los agentes infecciosos invaden el tracto respiratorio inferior posterior a microaspiraciones de los organismos orofaríngeos, inhalación de gotas o aerosoles que contienen bacterias o virus, o con menos frecuencia por diseminación hematológica de otra parte del cuerpo, como bacteremia por endocarditis.

Cuadro 13-4. Factores de riesgo para neumonía nosocomial

Edades extremas	Enfermedades graves subyacentes
Administración previa de antibióticos	Ingreso a unidad de cuidados intensivos
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Coma
Intubación endotraqueal	Inserción de sonda nasogástrica
Ventilación mecánica	Procedimientos quirúrgicos
Decúbito horizontal o recumbencia	

De estos mecanismos patogénicos la aspiración se considera el más importante. Los pacientes con ventilación mecánica asistida tienen un riesgo de 6 a 21 veces mayor de desarrollar una NN comparados con los que no tienen ese soporte, incrementándose en aproximadamente 1% por día el riesgo de adquirir NN.

La administración de antiácidos y bloqueadores de los receptores H2 para la prevención de sangrado y úlceras por estrés en pacientes críticamente enfermos, posquirúrgicos o simplemente por una mala indicación (costumbre o rutina), se ha relacionado en muchos estudios con un mayor crecimiento bacteriano a nivel gástrico, con el consiguiente incremento del riesgo de NN.

Finalmente, la colonización cruzada por manos del personal o equipo médico (broncoscopio, laringoscopio, cánulas) forma parte del eslabón ambiental en el desarrollo de NN y es considerado el principal factor de riesgo asociado en brotes hospitalarios.

Criterios diagnósticos

Uno de los principales retos de las NN radica en su correcto diagnóstico, lo cual resulta ser más complejo de lo que tradicionalmente se consideraba y dificulta la comparación interinstitucional. Actualmente se sabe que puede existir un sobrediagnóstico en los hospitales cuyo diagnóstico se basa sólo en criterios clínicos, debido a que puede confundirse con otros síndromes, como traqueítis o tromboembolia pulmonar. De manera adicional, las definiciones operacionales pueden variar entre los países o inclusive entre las asociaciones (cuadro 13–5).

Cuadro 13–5. Definiciones de vigilancia de neumonías asociadas a ventilador

	CDC/NHSN	Sociedad Americana de Tórax
Ocurrencia (tiempo)	Neumonía en personas que han tenido un dispositivo para asistir o controlar su ventilación a través de traqueostomía o intubación endotraqueal en las 48 h previas al inicio de los síntomas	Neumonía que ocurre después de 48 a 72 h después de la intubación
Síntomas/signos clínicos	Cambio en secreciones o alteraciones de intercambio gaseoso con signos sistémicos de infección	Cambio en secreciones o alteraciones de intercambio gaseoso con signos sistémicos de infección
Radiográficos	Opacidades nuevas o progresivas	Opacidades nuevas o progresivas
Evidencia microbiológica	No requerida	No requerida

NHSN: National Healthcare Safety Network; CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

Los criterios diagnósticos se pueden dividir en clínicos, radiológicos y microbiológicos.

- a. Clínicos. Para diagnosticar NN se deben presentar al menos uno de los siguientes criterios clínicos:
 - Fiebre >38 °C (sin ninguna otra causa reconocida para fiebre).
 - Leucopenia ($< 4\ 000$ cél/mm³) o leucocitosis ($> 12\ 000$ cél/mm³).Además deben encontrarse al menos dos de los siguientes criterios clínicos:
 - Expectoración o secreción bronquial purulenta de nuevo inicio.
 - Cambio o incremento en la secreción traqueobronquial.
 - Inicio o incremento en la tos, disnea o taquipnea.
 - Estertores bronquiales.
 - Deterioro en el intercambio de gases, evaluado por desaturación de oxígeno, caída de la relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 240$.
 - Incremento en los requerimientos de oxígeno.
 - Incremento en las demandas del ventilador.
- b. Radiológicos. Debe darse al menos uno de los siguientes:
 - Nuevo infiltrado o progresión de los ya existentes.
 - Consolidación.
 - Cavitación.
 - Neumatocele.
- c. Criterios microbiológicos. Siempre que en un paciente se sospeche de NN debe hacerse muestreo de las secreciones del tracto respiratorio inferior con tinciones y cultivos cuantitativos del espécimen.²⁴ Los criterios microbiológicos para el diagnóstico de NN requieren de muestras respiratorias para cultivo cuya interpretación dependerá del método por el cual se obtengan y se procesen. Existen dos métodos de obtención de muestras:
 - Con broncoscopio:
 - Lavado broncoalveolar.
 - Con cepillo protegido.
 - No broncoscópicas:
 - Aspirado traqueobronquial transtraqueal, expectoración.

Proceso microbiológico de las muestras respiratorias

Tinción de Gram

Se debe realizar a todas las muestras obtenidas para caracterizar la morfología de las bacterias (cocos, bacilos) y definir el tipo de microorganismo (grampositivos o negativos). La presencia de más de 50% de neutrófilos en el lavado broncoal-

veolar sugiere la posibilidad de neumonía bacteriana y la morfología bacteriana puede dar una aproximación al diagnóstico microbiológico.¹¹

Cultivos cuantitativos

Se considera un microorganismo causal o asociado a la NN cuando hay desarrollo de un número determinado de Unidades Formadoras de Colonias por mililitro (UFC/mL) de muestra cultivada. De acuerdo al método de muestreo utilizado, se interpreta como positivo de las siguientes formas:²⁵

- Aspirado traqueobronquial: cuenta bacteriana $> 10^5$ UFC/mL.
- Lavado broncoalveolar: cuenta bacteriana $> 10^4$ UFC/mL.
- Cepillo protegido: cuenta bacteriana $> 10^3$ UFC/mL.

En el caso de reporte de *Candida* se debe considerar la posibilidad de que este aislamiento sea colonización y no necesariamente el agente patógeno involucrado, debido a que el diagnóstico de neumonía por *Cándida* es histopatológico, es decir, se utiliza una biopsia donde se demuestra la invasión.

Biología molecular

En los últimos años la detección de material genómico por reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) se ha consolidado como estándar de oro para el diagnóstico etiológico de neumonías virales. Es factible hacer el diagnóstico desde hisopados nasofaríngeos hasta en tejido de biopsias pulmonares. Los principales factores que limitan su uso son el costo y la disponibilidad limitada en laboratorios.

Biomarcadores

En el caso de las NN la procalcitonina ha mostrado ser útil como apoyo en la decisión de discontinuar la terapia antibiótica una vez que los niveles de procalcitonina son normales. Esta estrategia reduce la duración de la terapia antibiótica sin afectar los desenlaces clínicos: mortalidad, estancia hospitalaria, días libres de ventilador.²⁶ Adicionalmente, los incrementos progresivos de la procalcitonina se asocian con choque séptico y mortalidad.²⁷

Tratamiento

El tratamiento antimicrobiano debe ser iniciado tempranamente debido a que el retraso en la administración de una terapia apropiada incrementa la mortalidad.²⁸

El principal factor para determinar una modificación en la terapia inicial es la presencia de factores de riesgo de aparición de BMRA (cuadro 13–3), entre los que destacan:

- Tiempo de inicio de la neumonía (neumonía tardía: después de 5 días).
- Patrón de susceptibilidad conocido en cada unidad hospitalaria, de tal manera que si la tasa de resistencia para un microorganismo nosocomial causal es mayor a 20% no es recomendable el uso de ese antimicrobiano de forma inicial o empírica.
- Uso previo de antibióticos, hospitalización prolongada, inmunocompromiso, residencia en casas de cuidado de salud o asilos.²⁹

Para el tratamiento adecuado de cada paciente es fundamental la realización de cultivos. Los hemocultivos pueden resultar positivos hasta en 30% de los pacientes con neumonías graves. Se debe recordar que para la terapia antibiótica deben aplicarse estrategias de desescalamiento con base en el patrón de susceptibilidad antimicrobiana, siempre considerando la farmacocinética y farmacodinamia, con dosis ajustadas al peso y la filtración glomerular cuando sea necesario.³⁰

Para las neumonías tempranas se pueden utilizar antimicrobianos con cobertura similar a las neumonías adquiridas en la comunidad (ceftriaxona, quinolonas) según la susceptibilidad reportada. En las tardías o con factores de riesgo para BGN resistentes o SARM es importante la cobertura con antimicrobianos antipseudomonas.

Pasadas entre 48 y 72 horas de iniciado el tratamiento se debe evaluar la respuesta terapéutica con parámetros clínicos y biomarcadores inflamatorios (leucocitos, plaquetas y procalcitonina cuantitativa).^{27,31}

En caso de deterioro del paciente o falta de respuesta siempre se deberán descartar otras complicaciones como atelectasias, desarrollo de empiema, abscesos pulmonares, así como presencia de microorganismos multidrogorresistentes que pudiesen estar parcialmente tratados.

La eficacia terapéutica es mayor cuando el manejo de la NN está basado en guías o recomendaciones internacionales (81% de éxito cuando se siguen las guías *versus* 46% de éxito cuando no se siguen, $p < 0.01$) y la mortalidad a 14 días es significativamente menor (8 vs. 23%, $p = 0.03$).³²

Finalmente, siempre que se reporten en los cultivos microorganismos multidrogorresistentes o con resistencia a carbapenems es importante referir al paciente al servicio de infectología del hospital.³³

Prevención

El programa de los institutos para la mejora de la atención médica en EUA incluye elevación de la cabecera a 45 °C, retiro cada 24 h de los sedantes y evalua-

ción para extubar al paciente tan pronto sea posible, clorhexidina oral diaria, uso correcto de inhibidores de bomba de protones o antagonistas H₂, anticoagulantes y medios de compresión para evitar trombosis venosa, es decir, componentes dirigidos a la disminución de la colonización bacteriana y riesgo de microbroncoaspiraciones, así como para la reducción del riesgo de otros eventos adversos frecuentes en pacientes con riesgo de desarrollo de NN.¹⁵ La aplicación correcta de las precauciones basadas en la transmisión puede también evitar brotes hospitalarios con nuevos casos de NN. Se recomienda tener precauciones de transmisión por gotas (vía aérea) en pacientes con neumonía por neumococo, en caso de influenza o por microorganismos multifarmacorresistentes.

Además de precauciones de gotas se debe agregar de contacto. Nunca debe olvidarse dentro de los factores ambientales que la higiene de manos salva vidas y también evita NN. La correcta esterilización o desinfección del instrumental médico es fundamental para evitar brotes de NN. No se deben reutilizar materiales que sean desechables o de un solo uso. Finalmente, la vacunación del personal de manera anual contra influenza constituye otra de las medidas para el control y prevención de NN.

INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS

Las infecciones de vías urinarias (IVU), son la primera causa de infección nosocomial (40%) a nivel internacional, afectando entre 12 y 16% de los pacientes hospitalizados, con un riesgo diario de entre 3 y 7%, lo que genera más de un millón de infecciones por año tan sólo en EUA, con un costo promedio de 400 dólares por episodio.

La mayoría de las IVU están asociadas a dispositivos o procedimientos intravesicales como el catéter urinario. En los últimos años la emergencia de BGN multidrogorresistente ha generado un reto terapéutico debido al número limitado de opciones antimicrobianas disponibles.

Definiciones^{9,11}

IVU asociada a sonda urinaria permanente

Crecimiento de un microorganismo en un urocultivo obtenido después de la colocación de una sonda nueva o por punción de cistostomía.

IVU nosocomial

Pacientes con catéter vesical durante la hospitalización. Se diagnostica mediante el aislamiento de un microorganismo en un urocultivo obtenido más de 72 h después de la colocación de un catéter vesical en el hospital, cuando existe:

- a. Fiebre, leucocitosis, cambio en el aspecto de la orina, urocultivo persistentemente positivo a pesar de cambio de sonda.
- b. Urocultivo inicial negativo.

Persistencia bacteriana

Aislamiento del mismo microorganismo durante o al final del tratamiento en aquel paciente que continúa con datos de infección clínicos o de laboratorio.

Reinfección

Aislamiento de un microorganismo diferente posterior a la cura bacteriológica de un episodio inicial.

Recurrencia

Aislamiento del mismo microorganismo del episodio inicial y después de la cura bacteriológica, acompañado de manifestaciones clínicas y de laboratorio.

Agentes etiológicos

Los principales microorganismos asociados con IVU varían entre infecciones no complicadas y complicadas (cuadro 13–6), así como en la tasa de resistencia en cada institución.³⁴

Patogénesis

Las IVU se pueden desarrollar por colonización de tracto genitourinario y ocasionalmente por siembra hematógena secundaria.

Cuadro 13–6. Microorganismos asociados a infecciones nosocomial de vías urinarias

No complicadas	Complicadas
<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	<i>Klebsiella</i> spp.
<i>Klebsiella</i> spp.	<i>Serratia marcescens</i>
<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Pseudomonas</i> spp.
<i>Enterobacter cloacae</i>	
<i>Enterococcus faecium</i>	
<i>Candida</i> spp.	

Dentro de los factores de riesgo descritos asociados al procedimiento se encuentran:

- Tiempo de uso del catéter urinario.
- Sistemas abiertos.
- Uso de antisépticos colonizados o inadecuados (benzalconio) previo a la instalación.
- Ausencia de higiene adecuada de región genital.
- Reflujo por gravedad (bolsa en posición inadecuada o sin válvula).

Las mujeres y adultos mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar IVU nosocomial debido a cuestiones anatómicas y hormonales.

Finalmente los microorganismos son capaces de formar biopelículas constituidas por proteínas de Tamm–Horsfall, estruvita, cristales de apatita y polisacáridos bacterianos, lo que garantiza su persistencia en superficies inanimadas como el catéter urinario.

Diagnóstico

El diagnóstico de IVU depende de criterios clínicos (fiebre, disuria, hematuria, leucocitosis o leucopenia) y microbiológicos (urocultivo).

Otros elementos de apoyo diagnóstico como las tiras reactivas y el examen microscópico (examen general de orina), si bien pueden ser de utilidad en casos de IVU no complicada, no deben de remplazar al urocultivo en el diagnóstico de las IVU nosocomiales debido al mayor riesgo que estas últimas presentan de deberse a microorganismos multidrogosresistentes o poco convencionales.

En pacientes sin sondas de drenaje urinario se requiere urocultivo de chorro medio. En pacientes con dispositivos (catéter vesical), la toma del urocultivo se deberá realizar al momento de colocar un dispositivo nuevo, a menos de 24 h de la instalación. La toma de muestra se deberá realizar del sitio de punción y no de la bolsa reservorio.

En caso de que el paciente tenga fiebre se deberán de tomar hemocultivos debido al riesgo de bacteremias secundarias asociadas a IVU.

Tratamiento

El tratamiento empírico deberá adecuarse a la resistencia bacteriana local. En caso de que el paciente requiera el dispositivo vesical se deberá de cambiar por uno nuevo siempre que sea posible.

Los agentes antimicrobianos con mejor biodisponibilidad en vías urinarias son TMP–SMX, quinolonas y cefalosporinas. En caso de una alta prevalencia de *Escherichia coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), el ertapenem constituye una opción adecuada.³⁴

La duración de tratamiento varía dependiendo del tipo de infección y características del paciente. En infecciones no complicadas un tratamiento de tres días puede ser suficiente, siendo de 5 a 7 días la duración estándar recomendada para el resto de los casos. En pacientes con bacteremia secundaria o complicaciones (abscesos) el tratamiento puede prolongarse entre 14 y 21 días dependiendo de la evolución.

Prevención

Para su prevención y control se requiere un equipo activo y multidisciplinario enfocado en cuatro etapas:

1. Evaluación de inserción de catéter urinario, incluida la política de antisépticos.
2. Revisión diaria sobre necesidad de catéter urinario y retiro tan pronto sea posible.
3. Vigilancia de cuidado de catéter urinario.
4. Vigilancia activa de infecciones.¹⁵

BUENAS PRÁCTICAS

En los últimos años la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud ha tenido un enfoque multidisciplinario a través de la implementación de programas en paquetes o conjunto de acciones básicas (*bundles*). Los programas en paquetes son procesos estandarizados para el cuidado de los pacientes que cuando se implementan en conjunto generan resultados más robustos que cuando cada proceso se realiza de manera independiente. Para que un paquete sea efectivo, cada uno de sus componentes debe de tener una base racional.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) de EUA organizó los primeros 2 paquetes o *bundles* para la prevención de bacteremia y el paquete para la prevención de neumonía asociada a ventilador. La utilización de estos *bundles* ha logrado disminuir significativamente la prevalencia de NN,³⁵ de bacteremias asociadas a catéter central³⁶ y de ISQ³⁷ en varios hospitales en EUA. Al ejecutarse estos paquetes en cumplimiento de todos y cada uno de sus componentes se logra

que el personal involucrado aprenda las medidas específicas en la prevención de cada una de las IN señaladas, ya que al implementarlas se revisa exhaustivamente el proceso de las mismas, se mejoran las estrategias de comunicación e infraestructura, además de que se establecen sistemas de vigilancia con medición de resultados.

En la prevención de NN cada institución debe adoptar el programa de prevención que le sea más conveniente dependiendo de las necesidades observadas y los recursos disponibles. La implementación y evaluación de cualquier programa es más exitosa cuando existen listas de verificación simples que garanticen el cumplimiento del paquete durante la atención a los pacientes. Se recomienda realizar retroalimentación de los resultados de manera regular con el personal operativo para asegurar la sustentabilidad de los programas.

La prevención y control de infecciones nosocomiales es una prioridad para las instituciones de salud de México y es fundamental para los pacientes. Para ellos en particular implica todo o nada.

REFERENCIAS

1. **Donaldson PD:** Challenging the world: patient safety and health care-associated infection. *Int J Qual Health Care* 2006;18:4–8.
2. <http://www.who.int/patientsafety>.
3. **Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL et al.:** The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:725–730.
4. **Hidron AI, Edwards JR, Patel J et al.:** NHSN annual update: antimicrobial-resistant pathogens associated with health care associated infections: annual summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006–2007. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:996–1011.
5. **Alpuche MC, Aranda AC, Daza T:** Infecciones nosocomiales por bacterias gramnegativas resistentes a cefalosporinas de espectro extendido: asociación de dos peligrosos enemigos. *Enf Infec Micro* 2002;22:192–199.
6. **Macias A et al.:** Observatorio del desempeño hospitalario. http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_06.pdf.
7. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.
8. **Nessim C, Bensimon CM, Hales B et al.:** Surgical site infection prevention: a qualitative analysis of individualized audit and feedback model. *J Am Coll Surg* 2012;215:850–857.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. *DOF* 20 de noviembre de 2009.
10. Definitions and Classifications of Surgical Infections. En: Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky WR (eds.): *American College of Surgeons. Manual on control of infections in surgical patients*. J. B. Lippincott, 1984:27–29.
11. **Horan TC, Andrus M, Dudeck MA:** CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008;36:309–332.

12. **Olson MM, Lee JT:** Continuous, 10-Year Wound Infection Surveillance. Results, advantages, and unanswered questions. *Arch Surg* 1990;125:794–803.
13. **Haridas M, Malangoni MA:** Predictive factors for surgical site infection in general surgery. *Surgery* 2008;144:496–501.
14. **Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML et al.:** Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:250–278.
15. **Yokoe DS, Mermel LA, Anderson DJ:** A compendium of strategies to prevent healthcare–Associated Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29: S12–S21.
16. **Bratzler DW, Dellinger ET, Olsen KM:** Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surgical Infections* 2013;14:73–156.
17. **Ata A, Lee J, Bestle S:** Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. *Arch Surg* 2010;145:858–864.
18. **Widmer AF, Rotter M, Voss A et al.:** Surgical hand preparation: state-of-the-art. *J Hosp Infect* 2009;74:112–122.
19. **Kao L, Millas S, Pedroza C:** Should perioperative supplemental oxygen be routinely recommended for surgery patients? *Ann Surg* 2012;256:894–901.
20. **Alexander JW, Solomkin JS, Edwards M:** Updated recommendations for control of surgical site infections. *Ann Surg* 2011;253:1082–1093.
21. **Krukowski MZH, Matheson NA:** Ten-year computerized audit of infection after abdominal surgery. *Br J Surg* 1988;75:857–861.
22. **Krukowski MZH, Matheson NA:** Ten-year computerized audit of infection after abdominal surgery. *Br J Surg* 1988;75:857–861.
23. Guidelines for the Management of Adults with Hospital–acquired, Ventilator–associated, and healthcare–associated pneumonia. *Am Resp Crit Care Med* 2005;171:388–416.
24. **Díaz E, Muñoz E, Agbath et al.:** Management of ventilator associated pneumonia caused by multiresistant bacteria. *Curr Opin Crit Care* 2007;13:45–50.
25. **Torres A, Fábregas N, Ewig S:** Sample methods for ventilator associated pneumonia: validation used different histologic and microbiological references. *Crit Care Med* 2000;28: 2797–2804.
26. **Stolz D, Smyrnios N, Eggimann P:** Procalcitonin for reduced antibiotic exposure in ventilator–associated pneumonia. *Eur Respir J* 2009;34:1364.
27. **Lutyl CE, Guerin V, Combes A et al.:** Procalcitonin kinetics as a prognostic marker of ventilator–associated pneumonia *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:48–53.
28. American Thoracic Society; Infectious Diseases Society of America: Guidelines for the management of adults with hospital–acquired, ventilator–associated, and healthcare–associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:388–416.
29. **Rello J, Uildemolins M, Lisboa T et al., the EU–VAP/CAP Study Group:** Determinants of choice and prescription patterns in empiric antibiotic therapy for HAP/VAP Prospective observational study that shows the major determinants of empiric antibiotic choice. *Eur Respir J* 2010.
30. **Uildemolins M, Roberts JA, Wallis SC et al.:** Flucloxacillin dosing in critically ill patients with hypoalbuminaemia: special emphasis on unbound pharmacokinetics. *J Antimicrob Chemother* 2010;65:1771–1778.
31. **Luna CM, Blanzaco D, Niederman MS et al.:** Resolution of ventilator–associated pneumonia: prospective evaluation of the clinical pulmonary infection score as a nearly clinical predictor of outcome. *Crit Care Med* 2003;31:676–682.

32. **Soo Hoo, Wen YE, Nguyen TV, Goetz MB:** Impact of clinical guidelines in the management of severe hospital-acquired pneumonia. *Chest* 2005;128:2778–2787.
33. **Bush K et al.:** Epidemiological expansion, structural studies, and clinical challenges of new β -lactamasas from gram-negative bacteria. *Ann Rev Microbiol* 2011;65:455.
34. **Hooton TM et al.:** Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010;50:625–663.
35. How to guide: prevent ventilator-associated pneumonia. Cambridge, Institute of Healthcare Improvement, 2012. www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuide.
36. How to guide: prevent central line-associated bloodstream infection. Cambridge, Institute of Healthcare Improvement, 2012.
37. **Thompson KM, Oldenburg WA, Deschamps C:** Chasing zero the drive to eliminate surgical site infections. *Ann Surg* 2011;254:430–437.

Sistema de medicación, un área de oportunidad poco explorada

*Sara Gutiérrez Dorantes, Lilia Cote Estrada,
Ricardo García Cruz*

INTRODUCCIÓN

La administración de medicamentos es uno de los procesos de mayor complejidad de la atención del paciente, tanto en el ámbito hospitalario como a nivel ambulatorio, debido a que no sólo es un proceso sino que es todo un sistema con múltiples aristas donde participan diferentes profesionales de la salud como los médicos que prescriben, enfermeras y farmacéuticos, así como pacientes o personas que deciden usar un medicamento. A esto se añaden los sistemas de trabajo que intervienen en este proceso, con deficiencias que se convierten en fallas latentes, tanto por su diseño como por los profesionales que lo conforman, desencadenando errores relacionados con la medicación que pueden resultar en lesiones temporales y permanentes, estancias hospitalarias prolongadas y hasta la muerte de los pacientes. Todo esto genera sentimientos de culpa, reducción de la autoestima, pérdida de la confianza e ideas suicidas en los profesionales de la salud, además del impacto económico y social que puede trascender a ámbitos legales, por lo que es muy importante implementar acciones para reducir riesgos a los pacientes, logrando un uso racional de los medicamentos, entendiendo por esto su uso correcto y apropiado.

ANTECEDENTES

Por la importancia que reviste el tema en la seguridad del paciente ha sido necesario no sólo profundizar en su estudio, sino reforzar todas las acciones dirigidas a reducir las posibilidades de errores de medicación.

Se define como error de medicación a cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o de un familiar. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallas en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.¹ Este tipo de errores son uno de los problemas prioritarios en cuanto a la seguridad de los pacientes para los que las autoridades médicas de diferentes países desarrollados, en especial de EUA, Australia y Gran Bretaña, han planteado acciones específicas.

En 1991 el *Harvard Medical Practice Study*, primer estudio que analizó retrospectivamente una amplia muestra de pacientes (30 195) ingresados en diferentes hospitales en el estado de Nueva York, encontró que 3.7% de los pacientes habían sufrido efectos iatrogénicos derivados de la atención médica durante su estancia hospitalaria. De esos efectos 19.4% estaban causados por medicamentos. En 1995 este mismo grupo de trabajo publicó el *ADE Prevention Study*, el cual evaluó los errores de medicación desde un punto de vista sistémico, identificando las causas que los originaron. El estudio se llevó a cabo en los hospitales *Brigham Women's* y *Massachusetts General Hospital* de Boston, mostrando que 6.5% de los pacientes hospitalizados habían sufrido un acontecimiento adverso por medicamentos durante su ingreso, detectando 247 acontecimientos adversos reales por esta causa y 194 acontecimientos potenciales.

Una publicación posterior estimó que cada acontecimiento adverso incrementaba el costo medio de la estancia hospitalaria en 4 700 dólares, lo que representaba un costo anual de 2.8 millones de dólares para un hospital de 700 camas. Al realizarse un cálculo sobre la totalidad de los hospitales de EUA la estimación por acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes hospitalizados alcanzó un costo anual de dos mil millones de dólares.²

En noviembre de 1999 el problema de la seguridad de la atención médica trascendió a la opinión pública con el informe realizado por el Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés) en el libro *To err is human*,³ en el cual se señala que los errores de medicación son los más conocidos y desafortunadamente los más frecuentes y que ocasionan más de 7 000 muertes anuales, superando a las causadas por los accidentes de trabajo, responsables de una de cada 854 muertes en pacientes hospitalizados y una de cada 131 en pacientes no hospitalizados. Por otro lado, este tipo de acontecimientos adversos derivados de los errores de prescripción, administración o incumplimiento por parte del paciente son más numerosos en el ámbito ambulatorio.

Es importante señalar que la mayoría de los eventos adversos con medicamentos no son resultado de un comportamiento negligente, sino que ocurren gracias a la complejidad y funcionamiento de un sistema de trabajo.

Para mejorar la seguridad de los sistemas, es importante reconocer que el error es inherente a la naturaleza humana, independientemente de la capacitación. Por ello es que los sistemas seguros deben diseñarse a prueba de errores humanos implementando medidas de seguridad. Al analizar los errores también podemos percatarnos de que éstos se producen por la concatenación de múltiples fallas latentes relacionadas con la organización, procedimientos, condiciones laborales, etc., y fallas activas que tienen relación con los profesionales que participan en el proceso.⁴

Identificar las causas que originan el error es el mejor camino para prevenirlos y alentar el reporte por parte del personal involucrado es una de las actividades principales a seguir para mejorar. Esto se consigue favoreciendo un ambiente organizacional no punitivo. Sin embargo, esto implica un enorme cambio cultural dentro de la organización en términos de respeto a la integridad profesional de los involucrados, así como un cambio de enfoque al considerar los errores como parte inherente de los sistemas y no de las personas.⁵ La comunicación de un error es una oportunidad para aprender y para mejorar la seguridad y el temor de los profesionales a verse involucrados en juicios por mala praxis es la barrera más difícil de vencer.

La complejidad del sistema de medicación, así como los diferentes actores que intervienen, las interconexiones y la segmentación de cada fase favorecen la producción de errores, por lo que es importante la implementación de medidas de seguridad para reducirlos, garantizando que, si llegara a ocurrir alguno, no impacte en los pacientes.

TAXONOMÍA

Una de las primeras dificultades que surgen cuando se trata de averiguar la situación de un problema es la falta de terminología estandarizada y adoptada internacionalmente para definir distintos incidentes asociados a los errores de medicación, lo que dificulta el conocimiento real de la problemática y la comparación de los datos procedentes de diferentes estudios y países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55 Asamblea puso de manifiesto que “a pesar del creciente interés en la seguridad de los pacientes, todavía falta uniformar el conocimiento del problema de los eventos adversos. La capacidad para informar, analizar y aprender de la experiencia es todavía obstaculizada por la falta de uniformidad metodológica en la identificación y medición, inadecuados programas de notificación de eventos adversos, preocupaciones excesivas sobre brechas de confidencialidad y de los datos y el miedo a la responsabilidad profesional y a los sistemas de información débiles”.⁶

Para el personal del ámbito hospitalario como son los médicos, las enfermeras, los farmacéuticos y demás personal paraclínico, resulta una dificultad conceptual distinguir entre errores de medicación, eventos adversos, reacciones adversas, efectos secundarios y demás vocablos, porque se enfrentan a múltiples definiciones que dependen del organismo que elabora dicha definición (cuadro 14–1), de modo que podemos encontrar una gran variabilidad de conceptos, lo que origina confusión en el personal y se vuelve una barrera para el adecuado funcionamiento de un sistema de reporte, además de entorpecer el avance de la implementación de medidas de seguridad en el sistema de medicación.

A partir del análisis comparativo del cuadro 14–1 acerca de las definiciones más usadas con respecto a los tipos de eventos relacionados con la medicación se puede concluir que el personal que requiere reportar un caso relacionado con la medicación se enfrenta a grandes dificultades. La mayor confusión se genera al calificar reacción adversa y evento adverso. La primera corresponde a cualquier reacción nociva no intencionada que aparece con el uso de dosis normalmente empleadas en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento o para la modificación de una función fisiológica. El segundo es el daño resultado de la atención médica y no de las condiciones basales del paciente. Con base en esto es posible aseverar que hace falta simplificar, al menos en el ámbito hospitalario, los vocablos evento adverso y error de medicación para distinguirlos y separarlos claramente de las reacciones adversas, eventos con los que no guardan relación y cuyo origen no se encuentra en el error sino en las propiedades del medicamento o en algunas ocasiones en la idiosincrasia del paciente. Esta simple agrupación lograría precisar los conceptos para así llevar a cabo un mejor proceso de reporte de los casos.

Taxonomía por gravedad del daño a los pacientes

El *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP),⁷ constituido en EUA en 1995, coordinó actividades con diversas organizaciones para establecer una de las primeras definiciones consensuadas para el concepto de error de medicación adoptando el sistema de categorización propuesto por Hartwing y col. en 1996, el cual categoriza los errores de medicación según la gravedad del daño producido al paciente. Esa fue la primera taxonomía en proporcionar un lenguaje estandarizado y una clasificación estructurada de los errores de medicación y la primera que es posible usar para describir y analizar los errores en todos los niveles asistenciales, especialmente en los hospitales (cuadro 14–2). Se propusieron nueve categorías de gravedad diferentes relacionadas con el tipo de error que alcanzó al paciente, si este le produjo daño y en qué grado. Esta taxonomía fue incorporada al programa de notificación de errores del *Institute for Safe Medication Practice* (ISMP) y la *United States Pharmacopeia*

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 14-1. Diferentes definiciones relacionadas con errores de medicación

	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) / Food and Drug Administration (FDA)	OMS / OPS Buenas prácticas en farmacovigilancia para las Américas 2010	Council of Europe Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS) Expert Group on Safe Medication Practices Glossary of terms related to patient and medication safety	SSA Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica	NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia	Manual del proceso para la certificación de Hospitales 2012
Error de medicación	Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o de un familiar. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallas en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización	Incidente que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento. Puede producir lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, del paciente o del consumidor	Misma definición del NCCMERP	Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica	Misma definición del NCCMERP	Cualquier acontecimiento prevenible que puede causar daño al paciente durante cualquiera de los procesos que conforman el sistema de medicación
Evento Adverso	(Véase Acontecimiento adverso). Cualquier episodio médico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero que no tiene relación causal necesaria con ese tratamiento. Aunque se observa coincidencia en el tiempo, no se sospecha que exista relación causal	Una lesión no intencional causada por el tratamiento médico y no por el proceso de enfermedad	Misma definición del NCCMERP	Incidente que produce daño al paciente. Daño imprevisto ocasionado al paciente como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica o a ambas	Cualquier ocurrencia médica desafortunada en un paciente o sujeto de investigación clínica a quien se le administró un medicamento y que puede o no tener una relación causal con este tratamiento	Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente

Cuadro 14-1. Diferentes definiciones relacionadas con errores de medicación (continuación)

	National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) / Food and Drug Administration (FDA)	OMS / OPS Buenas prácticas en farmacovigilancia para las Américas 2010	Council of Europe Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS) Expert Group on Safe Medication Practices Glossary of terms related to patient and medication safety	SSA Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención médica	NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia	Manual del proceso para la certificación de Hospitales 2012
Reacción adversa		Cualquier acción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas	Misma definición que la OMS / OPS	Toda reacción adversa a un medicamento cuya especificidad o gravedad no concuerde con el manual del investigador vigente o, en caso de que no se necesite o no se disponga de un manual del investigador, cuya especificidad o gravedad no concuerde con la información sobre riesgos descrita en el plan general de investigación y otro lugar de la presente solicitud, según su última versión vigente	Misma definición que la OMS / OPS	Misma definición que la OMS / OPS
Efecto secundario	Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino contribuye a una consecuencia eventual de esta acción			Efecto conocido distinto del deseado, primordialmente relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento		Resultado indirecto predecible pero inevitable de los efectos farmacológicos del medicamento

Cuadro 14–2. Categorías de gravedad de los errores de medicación

Categoría	Definición
Error potencial o no error	Categoría A Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error
Error sin daño ¹	Categoría B El error se produjo pero no alcanzó al paciente ²
	Categoría C El error alcanzó al paciente pero no le causó daño
	Categoría D El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitoreo ³ o intervención para comprobar que no había sufrido daño
Error con daño	Categoría E El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención ⁴
	Categoría F El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización
	Categoría G El error contribuyó o causó daño permanente al paciente
	Categoría H El error comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida ⁵
Error Mortal	Categoría I El error contribuyó o causó la muerte del paciente

¹ Daño: alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psicológicas que precise intervención, y el dolor resultante de ellas.

² Un error por omisión alcanza al paciente.

³ Monitoreo: observación o registro de datos relevantes, fisiológicos o psicológicos.

⁴ Intervención: cualquier cambio realizado en la terapia o tratamiento médico o quirúrgico.

⁵ Intervención necesaria para mantener la vida del paciente, lo cual incluye el soporte vital cardiovascular y respiratorio (desfibrilación, intubación, etc.). Adoptado el 16 de julio de 1996 y revisado el 20 de febrero de 2001.

(USP), así como al programa *MedWatch* de la *US Food and Drug Administration* (FDA).

Taxonomía por tipos de errores de medicación

De acuerdo con la naturaleza del error, éstos también se pueden clasificar en distintos tipos. En 1993 la *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP)⁸ publicó una clasificación donde se consideran 11 tipos (cuadro 14–3).

Un grupo de trabajo de la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria (Ruiz–Jarabo 2000) realizó una adaptación de la taxonomía del ASHP para los tipos de errores de medicación, con la autorización de la USP. En esta taxonomía (cuadro 14–4) se consideraron 15 tipos de errores de medicación, se incorporaron los errores de frecuencia de administración errónea, preparación incorrecta e incumplimiento del paciente y se excluyó el error de concentración. Esta clasificación diferenció varios subtipos para describir aún mejor los errores. Básicamente amplió los errores relacionados con la prescripción, los cuales, frecuentes en la práctica clínica, no están contemplados en la clasificación de la ASHP, donde la mayor atención se le da a la etapa de dispensación.⁹

Cuadro 14–3. Tipos de errores de medicación. Clasificación de la ASHP

Tipos de error ¹	Descripción
Error de prescripción	Selección incorrecta del medicamento prescrito (según sus indicaciones, contraindicaciones conocidas, tratamiento farmacológico ya existente y otros factores) en cuanto a dosis, forma farmacéutica, cantidad, vía de administración, concentración, frecuencia de administración, concentración o instrucciones de uso; prescripciones ilegibles o prescripciones que induzcan a errores que puedan alcanzar al paciente
Error por omisión ²	No administrar una dosis prescrita a un paciente antes de la siguiente dosis programada, si la hubiese
Hora de administración errónea	Administración fuera del periodo de tiempo preestablecido en el horario programado de administración (el horario debe ser establecido por cada institución)
Medicamento no prescrito ³	Administración al paciente de un medicamento no prescrito
Error de dosificación ⁴	Administración al paciente de una dosis mayor o menor que la prescrita o administración de dosis duplicadas, por ejemplo, una o más unidades de dosificación además de las prescritas
Forma farmacéutica errónea ⁵	Administración al paciente de un medicamento en forma farmacéutica diferente a la prescrita
Preparación errónea del medicamento ⁶	Medicamento incorrectamente formulado o manipulado antes de su administración
Error en la técnica de administración ⁷	Procedimiento o técnica inapropiados en la administración de un medicamento
Medicamento deteriorado ⁸	Administración de un medicamento caducado o cuya integridad física o química ha sido alterada
Error de monitoreo	No haber revisado el tratamiento prescrito para verificar su idoneidad y detectar posibles problemas, o no haber utilizado los datos clínicos o analíticos pertinentes para evaluar adecuadamente la respuesta del paciente a la terapia prescrita
Incumplimiento del paciente	Cumplimiento inapropiado del tratamiento prescrito por parte del paciente
Otros	Otros errores no incluidos en las categorías anteriormente descritas

1. Los diferentes tipos no son mutuamente excluyentes debido a la naturaleza multidisciplinar y multifactorial de los errores de medicación.

2. Asume que no ha habido error de prescripción. Se excluirían: a. los casos en que el paciente rehusa tomar la medicación; b. la decisión de no administrar la medicación al darse cuenta de que existen contraindicaciones. Si hubiera una explicación evidente para la omisión (por ejemplo, el paciente estaba fuera de la unidad de enfermería para hacerse unas pruebas, o la medicación no estaba disponible), esta razón debe documentarse en la historia clínica del paciente.

3. Incluiría, por ejemplo, un medicamento equivocado, una dosis administrada a un paciente equivocado, medicamentos no prescritos y dosis administradas fuera de las guías o protocolos clínicos establecidos.

4. Excluiría: a. desviaciones aceptadas según los márgenes predefinidos que se hayan establecido en cada institución en función de los dispositivos de medida proporcionados a los profesionales encargados de la administración de los medicamentos (por ejemplo, no administrar una dosis en función de la temperatura o el nivel de glucosa determinados en el paciente); b. formas farmacéuticas tópicas cuando la prescripción no haya indicado la cantidad.

5. Excluiría los protocolos aceptados (establecidos por la Comisión de Farmacia y Terapéutica o su equivalente) que autoricen al farmacéutico a dispensar formas farmacéuticas alternativas a pacientes con necesidades especiales (por ejemplo, formas farmacéuticas líquidas para pacientes con sonda nasogástrica o que tienen dificultad para tragar).

6. Incluiría, por ejemplo, dilución o reconstitución incorrecta, mezcla de medicamentos que son física o químicamente incompatibles y envasado incorrecto del producto.

7. Incluiría dosis administradas: a. por una vía de administración errónea (diferente de la prescrita); b. por la vía de administración correcta pero en un lugar erróneo (p. ej., ojo izquierdo en vez del derecho); c. velocidad de administración errónea.

8. Incluiría, por ejemplo, la administración de medicamentos caducados y de medicamentos mal almacenados.

Cuadro 14–4. Tipos de errores de medicación

Medicamento erróneo

- Selección inapropiada del medicamento
 - Medicamento no indicado o no apropiado para el diagnóstico que se pretende tratar
 - Historia previa de alergia o efecto adverso similar con el mismo medicamento o con otros similares
 - Medicamento contraindicado^a
 - Medicamento inapropiado para el paciente por su edad, situación clínica o patología subyacente
 - Duplicidad terapéutica
- Medicamento innecesario^b
- Transcripción, dispensación o administración de un medicamento diferente al prescrito

Omisión de dosis o de medicamento^c

- Falta de prescripción de un medicamento necesario^d
- Omisión en la transcripción
- Omisión en la dispensación
- Omisión en la administración

Dosis incorrecta

- Dosis mayor de la correcta
- Dosis menor de la correcta
- Dosis extra

Frecuencia de administración errónea

Forma farmacéutica errónea

Error de preparación, manipulación o acondicionamiento

Técnica de administración incorrecta^e

Vía de administración errónea

Velocidad de administración errónea

Hora de administración incorrecta^f

Paciente equivocado

Incorrecta duración del tratamiento

- Duración mayor de la correcta
- Duración menor de la correcta^g

Monitoreo insuficiente del tratamiento

- Falta de revisión clínica
- Falta de controles analíticos
- Interacción medicamento–medicamento
- Interacción medicamento–alimento

Medicamento deteriorado^h

Falta de cumplimiento por parte del paciente

Otros

a. Incluye interacciones contraindicadas.

b. Prescribir o administrar un medicamento para el que no hay indicación.

c. Excluye aquellos casos en que el paciente rehusa voluntariamente tomar la medicación.

d. Incluye la falta de profilaxis, así como el olvido de un medicamento al escribir la orden médica.

e. Incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales.

f. Incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo programado en cada institución para la administración horaria de la medicación.

g. Incluye retirada precoz del tratamiento.

h. Incluye medicamento caducado, mal conservado, etc. Adaptación española de la clasificación del ASHP.

Taxonomía por causas de los errores de medicación

El primer estudio que abordó el análisis de las causas de los errores de medicación con enfoque de sistemas fue el *ADE Prevention Study*. Se preguntaron:

1. ¿Por qué se produjo el incidente?
2. ¿Por qué ocurrió el error?
3. Lo más importante, ¿por qué se produjo la causa o las fallas del sistema?, a lo que los autores denominaron búsqueda del tercer porqué.

Mediante este análisis encontraron 13 causas próximas y agruparon en 16 categorías las principales fallas del sistema que contribuyeron a los errores de medicación. Las causas más frecuentes fueron la falta de conocimiento sobre el medicamento (22% de los errores) y la falta de información sobre el paciente (14% de los errores).

La falla más frecuente del sistema fue la incorrecta difusión de información sobre medicamentos a los médicos, a la que se atribuyó 29% de los errores analizados, seguida de una inadecuada disponibilidad de información sobre el paciente, con 18% de los errores. Asimismo, 80% de los errores se relacionaron con problemas de acceso a la información.

Diversos factores ambientales, tales como iluminación deficiente, lugar de trabajo desordenado, ruido, falta de tiempo de descanso, horarios excesivamente largos o interrupciones repetidas favorecen los errores, especialmente de transcripción. En el estudio de Leape¹⁰ se encontró que el 11% de los errores son de prescripción y 12% de administración, mientras que 73% de los de transcripción se debían a lapsus o despistes. El grupo de trabajo de la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria (Ruíz–Jarabo 2000),¹¹ mediante la adaptación de la Tabla de ASHP para las causas de los errores de medicación, realizó un análisis sobre 423 errores de medicación en cuatro hospitales españoles, de los cuales 285 fueron registrados como de factor humano.

Las causas más frecuentes fueron la falta de conocimiento o capacitación sobre los medicamentos (110, 38.6%), los lapsus y despistes (70, 24.6%), los errores de cálculo en la dosis o en la velocidad de infusión (32, 11.2%) y la sobrecarga de trabajo (21, 7.4%). Los problemas de etiquetado, diseño o envasado de medicamentos así como los problemas de interpretación de las prescripciones médicas constituyeron también causas frecuentes (cuadro 14–5).

Las principales causas de errores de medicación identificadas por diversas instituciones como la *Joint Commission*, la *United States Pharmacopeia* (USP), la ISMP y la Fundación Española de Farmacia Hospitalaria, dentro del sistema de utilización de medicamentos son:^{11–14}

- Selección y Adquisición.

Cuadro 14-5. Causas de los errores de medicación y factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo

Causas de los errores de medicación	Factores contribuyentes asociados a los sistemas de trabajo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de interpretación de las prescripciones <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación verbal incorrecta, incompleta o ambigua • Comunicación escrita incorrecta, incompleta o ambigua • Interpretación incorrecta de la prescripción médica 2. Confusión en el nombre o apellidos de los pacientes 3. Confusión en los nombres de los medicamentos <ul style="list-style-type: none"> • Similitud fonética • Similitud ortográfica 4. Problemas en el etiquetado, envasado o diseño <ul style="list-style-type: none"> • Forma de dosificación (comprimido o cápsula): apariencia similar a otros productos en color, forma o tamaño • Acondicionamiento primario: información incompleta, apariencia que induzca a error, etc. • Embalaje exterior: información incompleta, apariencia que induzca a error, etc. • Prospecto incompleto o que induzca a error • Ficha técnica incompleta o que induzca a error • Material informativo o publicitario incompleto o que induzca a error 5. Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación, preparación o administración <ul style="list-style-type: none"> • Equipo o material defectuoso • Fallas del sistema automático de dispensación • Error en la selección del equipo o dispositivo necesario para la administración del medicamento • Fallas del sistema o bomba de infusión • Error en el dispositivo de dosificación • Otros 6. Factores humanos <ul style="list-style-type: none"> • Falta de conocimiento o formación • Cansancio, falta de sueño • Situación intimidatoria • Complacencia o temor a conflictos • Otros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de normalización de procedimientos <ul style="list-style-type: none"> • Falta de protocolos o directrices actualizados de práctica asistencial • Falta de protocolos de seguridad del uso de los medicamentos 2. Sistemas de comunicación o información deficientes <ul style="list-style-type: none"> • Falta de prescripción electrónica • Falta de información sobre los pacientes • Falta de sistemas de comunicación efectivos entre los profesionales 3. Rotura de <i>stock</i> o desabastecimiento 4. Sistemas de preparación o dispensación de medicamentos deficientes <ul style="list-style-type: none"> • Falta de sistema de distribución en dosis unitarias <ul style="list-style-type: none"> • Falta de unidad centralizada de mezclas intravenosas 5. Personal <ul style="list-style-type: none"> • Falta de disponibilidad de un profesional sanitario • Personal insuficiente • Asignación de personal sin experiencia, personal no fijo, cambios frecuentes de tareas, etc. • Insuficiente capacitación. 6. Falta de información a los pacientes sobre los medicamentos 7. Falta de programas de asistencia para pacientes ambulatorios (geriátricos, etc.) 8. Situación de emergencia 9. Factores ambientales <ul style="list-style-type: none"> • Iluminación • Ruidos • Interrupciones o distracciones frecuentes 10. Inercia del sistema 11. Otros

- Excesiva variedad de medicamentos.
- Falta de control del etiquetado y envasado previo a la selección de especialidades.
- Prescripción.
 - Falta de información sobre el paciente.
 - Falta de información sobre los medicamentos.
 - Problemas en los equipos y dispositivos de administración.
 - Incumplimiento de normas o procedimientos y trabajos establecidos.
 - Lapsus o despistes.
 - Sobrecarga de trabajo.
- Transcripción.
 - Transcripciones incorrectas generadas por prescripciones ilegibles, incorrectas o ambiguas.
 - Falta de información sobre el paciente.
 - Falta de información sobre los medicamentos.
 - Similitud en los nombres de los medicamentos.
 - Interrupciones o distracciones frecuentes.
 - Lapsus o despistes.
 - Múltiples transcripciones de una sola prescripción.
- Dispensación.
 - Envases de apariencia similar o etiquetado incorrecto.
 - Sistemas de dispensación de medicamentos deficientes.
 - Similitud en los nombres de los medicamentos.
 - Sobrecarga de trabajo.
- Administración.
 - Confusión en la identificación de los pacientes.
 - Falta de información sobre los medicamentos.
 - Problemas en los equipos y dispositivos de administración.
 - Envases de apariencia similar o etiquetado incorrecto.
 - Falta de información al paciente sobre los medicamentos.
- Monitoreo del tratamiento.
 - Segmentación del sistema sanitario.
 - Dificultad de acceso, especialmente pacientes ambulatorios.
 - Falta de sistemas informáticos de seguimiento.
 - Sobrecarga de trabajo.

SISTEMA DE MEDICACIÓN

Las estrategias de prevención de errores de medicación se basan fundamentalmente en el desarrollo de sistemas de utilización de medicamentos seguros. Para

contextualizar adecuadamente el concepto es importante primero definir lo que es un sistema: conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.¹⁵

En 1989 expertos reunidos por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCHCO) definieron como sistema de utilización de medicamentos al “conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente”. Inicialmente, este panel de expertos identificó cuatro procesos como integrantes de dicho sistema en el ámbito hospitalario, lo que posteriormente se amplió a cinco: selección, prescripción, preparación, dispensación, administración y seguimiento.¹²

Actualmente el sistema de medicación incluye los procesos de selección, almacenamiento, prescripción, transcripción, distribución, preparación, dispensación, administración y control. La selección de los medicamentos requeridos en el hospital está basada en las necesidades de los pacientes y es determinada por un grupo multidisciplinario. El almacenamiento debe ser bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto y resguardo pertinente por el farmacéutico. En nuestro país esta labor la lleva a cabo personal de almacén, enfermería o aquel personal que designe el hospital.

La prescripción de la terapia farmacológica necesaria está a cargo del personal médico, a continuación la validación de la prescripción la lleva a cabo el farmacéutico, quien prepara y dispensa la medicación, luego la enfermera administra el medicamento y por último se realiza el monitoreo de la respuesta del paciente al tratamiento con el fin de controlar sus efectos.¹⁶

En la práctica, y de acuerdo a cada organización o institución, los profesionales pueden variar; sin embargo, el funcionamiento dependerá de todos y cada uno de los que conforman el sistema de medicación, de su capacidad de coordinación, del trabajo en equipo y de la comprensión de la interdependencia con el resto los participantes del sistema.

Con este enfoque, es importante considerar que la reducción de los errores de medicación también radica en establecer una evaluación constante de los procesos que conforman el sistema y analizar la producción de los errores de medicación para integrar procesos de mejora continua.

Conocer los procesos que conforman un sistema de medicación permite a los hospitales organizar de manera efectiva y eficiente los recursos en favor de la atención médica, identificar y evaluar riesgos en cada una de las fases del sistema, analizar los errores de medicación que ocurren a través de las diferentes etapas, así como evaluar periódicamente su seguridad. Distintos organismos expertos en seguridad ofrecen soluciones o recomendaciones para prevenir errores de medicación como la JCAHO, la *Joint Commission International* (JCI) o la OMS, entre otros.

El primer paso para lograr un sistema más seguro es reconocer que se cometen errores. Otro punto importante es el orden y la sistematización para minimizar las posibilidades de error, contar con políticas, definiciones y normas escritas, más los procedimientos minuciosamente descritos sobre el manejo de los medicamentos. Esta es una buena manera de comenzar.

Selección y adquisición del medicamento por un comité de farmacia

Los responsables de la farmacia deben cuidar que todos los medicamentos de aspecto parecido o que suenen similares (medicamentos *LASA* o *Look-Alike, Sound-Alike*),¹⁷ como es el caso del metamizol y el metimazol, que puedan ser confundidos por su similitud fonética y ortográfica, estén claramente diferenciados, identificados y almacenados por separado para evitar el error potencial o real de cambio en la medicación en el momento de la dispensación, utilizando por ejemplo letras diferentes entre cada principio activo, envases de colores distintos, etc.

En la farmacia central y en la estación de enfermería los medicamentos de alto riesgo, como los electrolitos concentrados, están apartados, identificados con alertas y guardados bajo llave para evitar la posibilidad de administración involuntaria.

Prescripción del médico

La prescripción del médico debe realizarse en forma legible y completa, detallando el nombre genérico del medicamento, además de verificar el nombre y apellido del paciente en la historia clínica y en la hoja de tratamiento ya sea en papel o en un registro informático y con el propio paciente, si sus condiciones clínicas lo permiten. El sistema le debe ofrecer la posibilidad de consultar acerca de dosis, contraindicaciones y posibles interacciones. En algunos países se ha facultado otro personal para realizar la prescripción, como el caso de enfermería.

La observación de las prescripciones por parte de un farmacéutico u otro médico que vigila o concilia la medicación ha dado muy buenos resultados. Cuando sea necesario un pedido telefónico, una comunicación efectiva implica que quien haga la solicitud, médico o enfermero, y el receptor de la llamada se identifiquen y que se especifiquen los datos del paciente de referencia con nombre, apellido y un segundo dato identificatorio. El receptor de la información, ya sea la enfermera o el farmacéutico, debe escribir la orden solicitada en el expediente clínico del paciente y leerle sus anotaciones al solicitante para lograr la conformidad (meta 2 de seguridad de los pacientes del JCI).

Cuadro 14–6. Listado de abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación

Abreviaturas y siglas de nombres de medicamentos	Significado	Interpretación errónea	Expresión correcta
AZT	Zidovudina	Confusión con azatriopina o aztreonam	Usar nombre completo del medicamento
HCT	Hidrocortisona	Confusión con hidrocloclotiazida	Usar nombre completo del medicamento
MTX	Metotrexato	Confusión con mitoxantrona	Usar nombre completo del medicamento
ClNa	Cloruro sódico	Confusión con cloruro potásico (ClK)	Usar nombre completo del medicamento
Otras abreviaturas	Significado	Interpretación errónea	Expresión correcta
µg	Microgramo	Confusión con mg	Usar microgramo
Cc	Centímetro cúbico	Confusión con 0 o con u (unidades)	Usar ml
U o u	Unidades	Confusión con 0 o 4, con riesgo de multiplicar por 10 o más la dosis (p. ej., 4U puede confundirse con 40 y 4u)	Usar unidades
d	Día	Confusión con dosis (p. ej., 3d para indicar tres días puede confundirse con tres dosis)	Usar días
IN	Intranasal	Confusión con IM o IV	Usar intranasal
SC	Subcutáneo	Confusión con SL (sublingual)	Usar subcutáneo
Símbolos	Significado	Interpretación errónea	Expresión correcta
+	Más o y	Confusión con 4	Usar y
X	Durante	Confusión con cada (p. ej. x 2 días puede interpretarse como cada 2 días, en vez de durante 2 días)	Usar durante
> y <	Mayor que y menor que	Confusión entre los dos símbolos. Además <10 puede confundirse con 40	Usar mayor que y menor que
Expresiones de dosis	Significado	Interpretación errónea	Expresión correcta
Usar el cero detrás de la coma decimal (p. ej., 1.0 mg)	1 mg	Confusión con 10 mg si la coma no se ve bien	Si la dosis se expresa con números enteros no se debe poner cero detrás de la coma

Cuadro 14–6. Listado de abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación (continuación)

Expresiones de dosis	Significado	Interpretación errónea	Expresión correcta
Escribir juntos el nombre del medicamento y la dosis (p. ej., tegretol 300 mg, propranolol 20 mg)	Tegretol 300 mg; propranolol 20 mg	Confusión con tegretol 1.300 mg; propranolol 120 mg	Dejar suficiente espacio entre el nombre del medicamento, la dosis y las unidades de dosificación
Escribir juntos la dosis y las unidades de dosificación (p. ej., 10 mg)	10 mg	La m se puede confundir con un cero o dos ceros, con riesgo de multiplicar por 10 o por 100 la dosis	Dejar suficiente espacio entre la dosis y las unidades de dosificación
Escribir números grandes e indicar la dosis sin utilizar puntos para separar los millares (p. ej., 100 000 unidades)	100 000 unidades	100 000 se puede confundir con 10 000 o con 1 000 000	Para números superiores a 1 000, usar puntos para separar los millares, o usar expresiones como 1 millón (1 000 000). No usar M para indicar millón porque puede confundirse con mil

La utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados en la prescripción médica para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración es una causa conocida de errores de medicación. Estos errores se agravan con una escritura poco legible o con una prescripción incompleta. El *National Quality Forum* (NQF) recientemente incluyó como una de las 30 prácticas básicas que considera prioritario implantar para mejorar la seguridad clínica el “utilizar solamente abreviaturas y expresiones estandarizadas” y especificó que las instituciones deben establecer normas y procedimientos explícitos al respecto manteniendo una lista de abreviaturas y expresiones de dosis que nunca deban utilizarse. Existen abreviaturas y símbolos que no deben utilizarse en la prescripción médica por haber causado errores de medicación. La lista publicada por el *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) en 2003¹⁸ incluye las formas usadas más frecuentemente y pretende ser un documento de partida para que cada hospital elabore su propio listado de abreviaturas y símbolos no aceptados, según las prácticas habituales de cada organización (cuadro 14–6).

Preparación y dispensación en la farmacia

Cuando se transcriben y validan los tratamientos prescritos los farmacéuticos deben comprobar siempre en la hoja de pedido o en el sistema informático los dos

identificadores del paciente y verificar que coincidan con los datos que constan en la hoja de tratamiento para una correcta dispensación. La validación del tratamiento o verificación de la idoneidad es una práctica segura basada en el análisis del perfil farmacoterapéutico del paciente e incluye la historia medicamentosa, información sobre la utilización previa del medicamento y datos como peso, talla, índice de masa corporal, información fisiológica, alergias o sensibilidades e interacciones entre medicamentos y con los alimentos. En México su implementación todavía no es de aplicación general pues enfrentamos dificultades como la falta de profesionales que lleven a cabo esta tarea en la totalidad de los pacientes.

En la farmacia se deben etiquetar las preparaciones para pacientes con los dos identificadores establecidos para que la enfermera pueda comprobarlos. No se deben elaborar estas preparaciones para más de un paciente a la vez. Se debe efectuar un doble control de la preparación comparando los datos de la etiqueta con la prescripción original, labor realizada por las enfermeras en el sistema mexicano de salud.

Administración del medicamento por el personal de enfermería

La enfermera debe llevar la hoja de indicaciones hasta la cabecera del enfermo junto con los medicamentos correspondientes y en ese momento verificar que los datos del paciente sean correctos. Antes de administrar un medicamento, la enfermera debe preguntar al paciente y leer en la pulsera los dos identificadores establecidos para verificar que la identidad del paciente corresponde con la indicada en la hoja de administración. Además debe comprobar los 7 correctos:

1. Paciente.
2. Medicamento.
3. Dosis.
4. Vía.
5. Tiempo de administración.
6. Caducidad.
7. Velocidad de infusión.¹⁹

Asimismo, la enfermera debe identificar y verificar la etiqueta de cada medicamento que vaya a administrar. En algunos hospitales de México ya cuentan con un código de barras para la lectura y certificación del proceso. Los incidentes por confusión de paciente, conocidos como paciente equivocado, pueden pasar inadvertidos o generar un daño grave. Cuando un paciente recibe la medicación que

le correspondía a otro el error es doble. Por acción y omisión, un paciente recibe un medicamento inapropiado o contraindicado y el otro deja de recibir el tratamiento que necesita.

Mecanismos de supervisión del uso seguro de los medicamentos y del reporte de farmacovigilancia para el control de cada uno de los procesos del sistema de medicación

Los errores de medicación se analizan como fallas del sistema y no como incompetencias de los individuos. Este enfoque es básico y necesario para comprender los fundamentos de la prevención, la colaboración del personal y la aceptación de que las fallas son una sumatoria de defectos que el sistema permitió que ocurriera. Es decir, cuando se analiza un error no se pregunta quién fue, sino cómo y por qué ocurrió. Para eso el ambiente que debe crearse es muy profesional y nada punitivo, de tal manera que la tendencia sea la comunicación del error y el análisis de sus causas con el fin de que no se repita.

En los hospitales es preciso constituir un comité multidisciplinario que articule y coordine los programas y actividades de prevención de errores de medicación. Este comité debe estar integrado por farmacéuticos, médicos, personal de enfermería, gestores de riesgos y representantes de la dirección, así como parte del personal del área de calidad. Las funciones prioritarias a desarrollar por este comité para el uso seguro de los medicamentos serían:

- Establecer un programa de notificación y análisis de errores de medicación que permita identificar las fallas o puntos débiles en el sistema de utilización de medicamentos.
- Implantar en el hospital medidas efectivas de prevención de errores de medicación.
- Formar a profesionales de la salud en cuanto a las causas y las medidas generales de prevención de los errores de medicación.

La OMS define farmacovigilancia²⁰ como las actividades relativas a la detección, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con los fármacos. En México la NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia,²¹ menciona que se considera como una más de las actividades de la salud pública destinada a la detección, identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los posibles riesgos derivados del uso de los medicamentos en humanos. Por lo tanto, es una actividad de responsabilidad compartida entre los agentes relacionados con los medicamentos. La forma de mejorar los sistemas y prevenir los errores es la de analizar cuando éstos se producen en la utilización de medicamentos con el fin de identificar las causas que los originan.

Los pasos tendientes a reducir los factores causales son el programa y el plan destinados a vigilar los procesos con registro de los eventos adversos y su tipificación, la evaluación con análisis modal de fallas, la retroalimentación de la información y las intervenciones correctivas.

No existe una única medida que prevenga los errores de medicación, más allá de la decisión de intervenir en el mismo error. Todos somos parte del sistema, un eslabón más de la larga cadena que compone el desafío de cambiar conductas, establecer hábitos y controlar prácticas para ofrecer más seguridad a los pacientes. El liderazgo de los equipos directivos institucionales es la clave de las organizaciones que han asumido la seguridad como principal prioridad y donde se han observado cambios notables. En el ámbito de la utilización de la medicación se ha pasado al concepto de liderazgo farmacéutico, siendo éste el elemento clave de éxito de un programa de seguridad de la medicación.²²

En este sentido el NQF reconoce la complejidad del sistema de utilización de los medicamentos por el alto nivel de capacitación que requiere y menciona que los farmacéuticos son más eficaces liderando los equipos de gestión en la implantación de prácticas relacionadas con la seguridad de los medicamentos y el desarrollo de estrategias de reducción de errores de medicación. Por consiguiente, son ellos quienes deben liderar los procedimientos y programas para implementar las prácticas de seguridad de la medicación.

Asimismo, esta práctica establece la necesidad de que los farmacéuticos tengan una mayor comunicación (e incluso presencia) con el equipo directivo, para asegurar que esté informado del funcionamiento del sistema de utilización de los medicamentos y que las prácticas de prevención de errores de medicación se implementen. Sin embargo, a pesar de ser una mejor práctica a nivel mundial, en México se enfrentan varias dificultades para su adopción, entre otras, insuficientes instancias educativas que cuenten con esta rama profesional, situación que repercute en la escasa formación de profesionales en farmacia. Por otro lado, las estructuras organizacionales más bien estrechas dentro de las instituciones dificultan su incorporación al ámbito laboral y mucho menos al directivo.

El NQF definió una serie de actividades para lograr una gestión segura de la medicación por los líderes farmacéuticos, convirtiéndose en ventajas cuando podemos contar con este tipo de profesionales (cuadro 14-7).

GESTIÓN DE RIESGOS

Actualmente las organizaciones de alta fiabilidad, que son aquellas que trabajan en condiciones de alto riesgo y que sin embargo presentan una baja frecuencia de accidentes, han permitido conocer que poseen características específicas que

Cuadro 14–7. Las 10 actividades principales que los líderes farmacéuticos deben efectuar para lograr una gestión segura de los medicamentos

1. Identificar sistemáticamente y reducir los riesgos y peligros de la medicación
2. Establecer estructuras y sistemas liderados por farmacia que garanticen el conocimiento por la institución de los puntos débiles de seguridad de la medicación
3. Fomentar una cultura institucional de uso seguro de los medicamentos y medir la cultura de seguridad de los profesionales de farmacia
4. Establecer un comité de seguridad de la medicación para revisar errores de medicación, eventos adversos y situaciones de riesgo e informar de estos datos y de las estrategias de prevención al equipo directivo y al responsable de calidad del paciente
5. Realizar reuniones breves diarias con el equipo de farmacia centradas en aspectos significativos de calidad o seguridad
6. Asegurar que los profesionales del servicio de farmacia trabajen en equipo, fomenten sus destrezas y se formen en técnicas de comunicación
7. Trabajar con los equipos interdisciplinarios para asegurar tratamientos basados en la evidencia en todos los pacientes
8. Participar en la preparación de los planes para implementar la prescripción electrónica asistida, sistemas de código de barras de medicamentos–paciente, bombas de infusión inteligentes y otras tecnologías de la información con impacto en la seguridad de la medicación
9. Trabajar con los equipos interdisciplinarios para asegurar un uso seguro y efectivo de los medicamentos a lo largo de la continuidad asistencial
10. Realizar visitas a las unidades para evaluar los procesos de la medicación y recabar de los profesionales información directa sobre las prácticas seguras con la medicación

explican su escasa siniestralidad. Estas organizaciones consideran la seguridad como un valor corporativo, no confían en su éxito sino que sistemáticamente revisan y controlan su organización y los procedimientos de trabajo, no esperan a que los accidentes ocurran sino que se anticipan e investigan todas aquellas circunstancias y cambios que puedan comprometer su seguridad, confían en la estandarización de sus procedimientos, educan a sus miembros en prácticas de seguridad y de trabajo en equipo y los entrenan para asumir menos y observar más.

Estas organizaciones tienen estructuras de decisión flexibles basadas en la experiencia de los profesionales que trabajan en primera línea. Disponen de sistemas no punitivos de comunicación y flujo de la información, características que se ha intentado introducir al ámbito de la atención médica.

Entre 1985 y 1999 en EUA el elevado consumo de medicamentos y los daños motivados por los errores de medicación han ocupado el segundo lugar en reclamaciones, tanto en frecuencia como en el costo de las indemnizaciones, según el *Physician Insurers Association of America* (PIAA). De ahí se deriva el interés de aplicar técnicas de gestión de riesgos para abatir y prevenir los eventos adversos causados por errores de medicación.

La gestión de riesgos tiene una metodología bien establecida, aunque existen distintos modelos que se pueden aplicar a cualquier actividad. La *Australian Pa-*

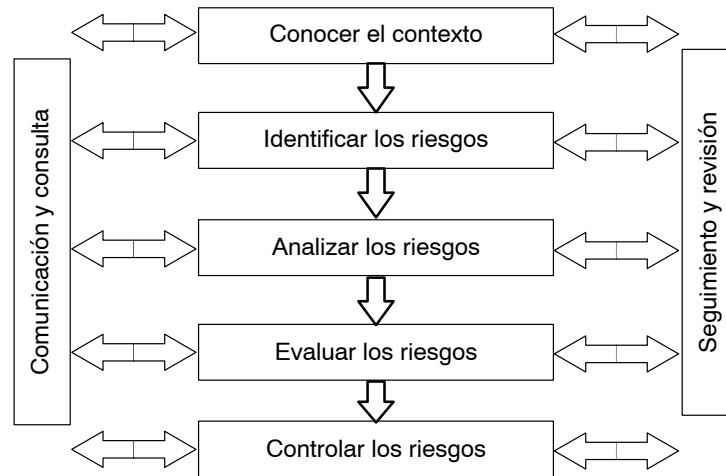


Figura 14–1. Modelo para la gestión de riesgos clínicos propuesto por la *Australian Patient Safety Foundation*.

tient Safety Foundation, a través del *Australian–New Zealand Standard*, estableció un modelo conceptual para un programa de gestión de riesgos clínicos. Utilizando este modelo el programa de gestión de riesgos aplicado a la prevención de los errores de medicación en los hospitales incluiría los siguientes pasos (figura 14–1).

Conocer dónde están los riesgos es la clave para minimizarlos, por lo que es fundamental detectar dónde se producen los errores. Existen distintos métodos para detectar los errores de medicación que ocurren a nivel hospitalario, entre ellos:

- Notificación voluntaria de incidentes.
- Revisión de expedientes clínicos.
- Monitoreo automatizado de señales de alerta.
- Registro de intervenciones farmacéuticas.
- Técnicas de observación.

Los programas de gestión de riesgos se dirigían inicialmente hacia la notificación de los acontecimientos adversos. Sin embargo, la tendencia actual es promover el análisis y registro de todo tipo de errores para que después éstos se clasifiquen por categoría de gravedad y se ordenen para priorizar las medidas de prevención a tomar. En la actualidad la JCHAO incluye además el reporte de acontecimientos adversos potenciales.

La farmacovigilancia también es una actividad importante en la gestión de riesgos. El conocimiento de los procesos de la cadena terapéutica donde se produ-

cen los errores de medicación con mayor frecuencia y la gravedad del daño que producen en los pacientes es útil en el momento de establecer prioridades. Cuando se analizan los errores de medicación en su totalidad se observa que los errores de administración son los más frecuentes. Sin embargo, si se analizan aquellos que causan eventos adversos la prescripción es la que ocupa el primer lugar. El *ADE Prevention Study* observó que 56% de los acontecimientos adversos causados por errores médicos se habían producido en el proceso de prescripción y 34% en el de administración, registrándose un porcentaje reducido en los procesos de transcripción (6%) y dispensación (4%).²⁴

Programa de uso racional de medicamentos

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud²⁵ ha desarrollado algunas acciones relacionadas con el uso seguro de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios, planteando los siguientes objetivos:

- Impulsar el desarrollo de la profesionalización de los servicios farmacéuticos en los hospitales. Potenciar el desarrollo de unidades de farmacia clínica en los hospitales, reconociendo e incorporando al farmacéutico como parte del equipo de salud.
- Fomentar la creación de un Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) que coordine y supervise la política de medicamentos en los establecimientos de salud. Generalizar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria para garantizar la eficacia terapéutica y la reducción de costos.
- Promover estrategias para el acceso a la información a los profesionales de la salud y a los pacientes, para que reciban la información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos.

En el sistema mexicano de salud queda mucho por hacer. El primer paso se ha dado: reconocer que existen problemas en medicación. Sin embargo, se debe profundizar en su estudio y se deben implementar mecanismos de barrera para reducir los eventos adversos y errores de medicación y así mejorar la seguridad del paciente.

Finalmente, sólo compartir un pensamiento que enfatiza lo importante del liderazgo en la implementación de sistemas seguros en la atención médica: “Las prácticas no tienen ningún valor si los líderes no toman las riendas y las adoptan. El éxito en la seguridad del paciente comienza con el liderazgo y termina con el liderazgo y es todo liderazgo” (Charles R. Denham, MD).

REFERENCIAS

1. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP). <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.
2. **Otero MJ, Martín R, Robles MD, Codina C:** Errores de medicación. En: Bonal Falgas J, Domínguez GH, Garamundi PMC *et al.* (eds): *Farmacia hospitalaria*. 3ª ed. Madrid, SCM SL (Doyma), 2002:713–747.
3. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.):** *To err is human. Building a safer health system*. Washington, Committee on Health a Care in America, Institute of Medicine National Academic Press, 1999.
4. **Reason J:** Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320:768–770.
5. **Gostin L:** A public Health approach to reducing error. *JAMA* 2000;283:1742–1743.
6. World Health Organization: Fifty–fifth World Health Assembly A55/13, Professional agenda item 13.9 23 march 2002. Quality of care: patient safety. Report by the Secretariat. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf.
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP): Index for Categorizing Medication Errors. <http://www.nccmerp.org/pdf/indexBW2001–06–12.pdf>.
8. American Society of Health–System Pharmacists: ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1993;50:305–314.
9. **Otero LMJ, Codina JC, Tamés AMJ, Pérez EM,** en representación del Grupo de trabajo Ruíz–Jarabo 2000: Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. *Farmacia Hospitalaria (Madrid)* 2003;27:137–149.
10. **Leape LL, Bates DW, Cullen DJ et al.:** Systems analysis of adverse drug events. *JAMA* 1995;274:35–43.
11. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Memoria. Beca Ruíz–Jarabo 2000. Fundación Española de Farmacia Hospitalaria.
12. **Nadzam DM:** A systems approach to medication use. En: Cousins DD (ed.): *Medication use: a systems approach to reducing errors*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 1998: 5–17.
13. United States Pharmacopeia: Summary of the 1999 information submitted to MedMARxSM, a national database for hospital medication error reporting. www.usp.org/med-marx.
14. ISMP: A call to action: eliminate handwritten prescriptions within three years! Electronic prescribing can reduce medication errors. Huntington Valley, ISMP, 2000.
15. Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*. <http://lema.rae.es/drae>.
16. Accreditation Programs, Hospitals 2011. <http://www.jointcommissioninternational.org/Programs–Hospitals/>.
17. Correo Farmacéutico: Medicamentos LASA. Octubre de 2009. <http://www.correofarmacutico.com/>.
18. **Otero MJ, Martín MR, Domínguez GH:** Seguridad de Medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. *Farmacia Hospitalaria (Madrid)* 2004;28(2):141–144.
19. Consejo de Salubridad General: *Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales 2012*. México, SiNaCEAM.
20. Grupo de trabajo en Farmacovigilancia de la Red Panamericana para la Armonización Farmacéutica (PARF): Buenas prácticas de farmacovigilancia para las Américas. Red PARF Documento, Técnico No. 5. OPS/OMS. Washington, diciembre de 2010:3.

21. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia. COFEPRIS. *DOF* 11 de diciembre de 2012.
22. **Otero MJ:** El papel del farmacéutico en la gestión de la seguridad de los medicamentos 10 años después de la publicación del informe “Error humano”. *Farmacia Hospitalaria* 2010;34(4).
23. **Otero MJ:** Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca, ISMP. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública* 2003;77:527-540.
24. **Cullen DJ, Laird N, Petersen L, Small SD, Servi D et al.:** Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. *JAMA* 1995;274:29-34.
25. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud: *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. 1ª ed. México, 2012:137-138.

Hospital seguro

*Felipe Cruz Vega, Sandra Elizondo Argueta,
Irma Patricia Hernández Olivas, Luis Miguel Méndez Sánchez,
Juan Luis Saavedra Gómez*

INTRODUCCIÓN

Los hospitales son establecimientos de salud que como cualquier edificación se encuentran expuestos a múltiples amenazas y riesgos, pueden verse afectados por fenómenos perturbadores de origen natural o antrópico que sin medidas de seguridad adecuadas pueden ser de tal magnitud que resulten en la pérdida del inmueble e incluso daños o la muerte de sus ocupantes. Es por esto que surge a nivel mundial la iniciativa Hospital Seguro. Para poder decir que nuestras unidades médicas son hospitales seguros se debe observar que pese a la presencia de un fenómeno perturbador los daños provocados por el mismo sean leves, se logre mantener funcional, ampliando su capacidad de atención, y sobre todo salvaguardando la vida de sus ocupantes. En el presente capítulo serán descritos aspectos de índole fundamental para poder considerar a nuestras unidades como hospitales seguros ante desastres y se presentarán ejemplos de los alcances de este programa en nuestro país.

ANTECEDENTES

En enero de 2005 en Kobe, Japón, la Organización de Naciones Unidas (ONU) llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres Naturales, durante la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Pana-

mericana de la Salud (OPS) presentaron la iniciativa denominada Hospital Seguro,¹ previamente aprobada por los Estados miembros de la OPS a través de la Resolución CD45.R8.² Esta iniciativa fue analizada y se recomendó su implementación, dando como resultado que 168 países firmaran los acuerdos del Marco de Acción de Hyogo para el decenio 2005–2015,¹ destacando en el área de servicios de salud el planteamiento:

“Integrar la planificación de la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud; promover el objetivo de ‘hospitales a salvo de desastres’ velando porque todos los nuevos hospitales se construyan con un grado de resistencia que fortalezca su capacidad para seguir funcionando en situaciones de desastre y poniendo en práctica medidas de mitigación para reforzar las instalaciones sanitarias existentes, en particular las que dispensan atención primaria de salud”.

OBJETIVO

El objetivo general de la iniciativa Hospital Seguro es contar con establecimientos de salud cuyos servicios permanezcan accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada en su misma infraestructura e inmediatamente después de un fenómeno destructivo.^{1,3,4} Lo anterior con el propósito de proteger la vida de los ocupantes (pacientes y personal de atención a la salud), proteger la inversión (firmeza estructural de las instalaciones médicas) y mantener la función en todos los establecimientos de salud nuevos y también los previamente construidos, con especial énfasis a los identificados como prioritarios o de alta complejidad en la red de servicios de salud. Este objetivo se logra a través de una evaluación de los elementos que conforman al hospital desde el aspecto estructural, no estructural y funcional.

Elementos estructurales

Se refiere al tipo de estructura, materiales y antecedentes de exposición a fenómenos perturbadores de cualquier origen, así como remodelaciones a la estructura. Considera: columnas, vigas, muros, lozas, entre otros. Es decir, elementos que forman parte del sistema de soporte de la edificación. La evaluación del aspecto estructural define si la estructura física cumple con las normas de construcción que le permitan seguir prestando servicios a la población aún en caso de desastres de gran magnitud. O bien, si dicha estructura física se encuentra potencialmente afectada y que esto altere su seguridad estructural comprometiendo, por lo tanto, la vida de sus ocupantes y su capacidad funcional.^{3,4}

Elementos no estructurales

Todos los elementos móviles localizados dentro del hospital: equipo médico, mobiliario, equipo de oficina, elementos de arquitectura, líneas vitales y otros elementos críticos. Estos últimos deben estar apropiadamente fijos con soporte o anclaje para asegurar que no impacten negativamente en la capacidad funcional del hospital durante un evento provocado por un fenómeno perturbador de cualquier origen.^{3,4}

Elementos de organización funcional

El hospital tiene que estar organizado y dispuesto para responder a emergencias mayores y situaciones de desastre de acuerdo a los planes hospitalarios y procedimientos que haya implementado. Asimismo, el personal tiene que estar bien capacitado y con el debido adiestramiento para el manejo de un saldo masivo de víctimas y se deben contar con los suministros médicos y no médicos listos para ser utilizados.^{3,4}

DESARROLLO EN MÉXICO

En 2006 el Sistema Nacional de Protección Civil implantó el Programa Hospital Seguro (PHS) en el marco de la Ley General de Protección Civil, donde se integraron los sectores público, social y privado.^{3,5} La Secretaría de Gobernación asignó a la Coordinación General de Protección Civil (CGPC) la rectoría de este programa. Para su desarrollo convocó a personal experto de diferentes áreas e instituciones y se constituyó el Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Programa Hospital Seguro (CNEDCPHS). Con el propósito de garantizar la implementación homologada del programa en el país se conformaron los comités estatales y para la ejecución de los acuerdos del CNEDCPHS se integró el Grupo Técnico Asesor con la representación de cada institución participante.

El comité ha puesto en marcha diversas estrategias para impulsar y fortalecer el programa, entre ellas la identificación de los niveles de riesgo por entidad federativa, la clasificación de los hospitales para enfrentar desastres de acuerdo a su nivel resolutivo, la formación, capacitación y acreditación de evaluadores, así como el desarrollo del Protocolo de Visitas de Evaluación Hospitalaria,⁶ donde se describe todo el proceso para la evaluación. Ésta se lleva a cabo por un grupo de evaluadores multidisciplinarios, representado por cuando menos tres institu-

Cuadro 15–1.

Actividades del proceso	Modo de fallo	Posibles causas	Posibles efectos	Puntuación			Índice de probabilidad de riesgo
				F	G	OD	

ciones diferentes a la que se evalúa, quienes aplican la lista de verificación, en la cual se califican los elementos de ubicación geográfica, seguridad estructural, no estructural y organización funcional de acuerdo a múltiples variables. Con la información obtenida, el resultado será el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH),^{7,8} que se calcula a través del modelo matemático (sistema automático de cálculo numérico de la OPS–OMS) y determina la categoría A, B o C de la unidad (cuadro 15–1) correspondiente al nivel de intervención necesaria para mejorar la seguridad hospitalaria así como el plazo recomendado para realizarla.

Articulación del Consejo de Salubridad General y el PHS

A partir de enero de 2012 entró en vigor la articulación entre el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General y el PHS de la CGPC. Para ello se determinó que existe más de 80% de elementos complementarios entre los numerales de la lista de verificación del PHS y el apartado Gestión y Seguridad de las Instalaciones de los Estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General.⁹

Términos de la articulación:

- Los hospitales de alta complejidad deberán contar con al menos una evaluación interinstitucional de la lista de verificación de acuerdo al Protocolo de Visitas de Evaluación Hospitalaria del PHS.
- Si como resultado de dicha evaluación se desprenden hallazgos, observaciones y/o recomendaciones, el cuerpo de gobierno del hospital debe definir y poner en marcha estrategias para solventar lo anterior en un plazo no mayor de 24 meses contados a partir de la notificación de resultados por parte de la CGPC de la Secretaría de Gobernación. Al momento de la auditoría para la certificación del hospital se debe mostrar evidencia de implementación de por lo menos cuatro meses.

Ley General de Protección Civil

No es suficiente que sólo el sector salud se involucre en el PHS para lograr los objetivos, es necesaria también la participación activa de los sectores políticos

y sociales del país, así como la creación de concientización pública para fomentar la participación de la población.

Un gran avance en este aspecto fue la implementación del PHS dentro de la Ley General de Protección Civil publicada en junio de 2012 en el Diario Oficial de la Federación.¹⁰ En el artículo 39 del Capítulo VI referente a los Programas de Protección Civil se señala que las unidades médicas deben atender los lineamientos del PHS. También la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2009 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada e integra el concepto Hospital Seguro en el Apartado 8.¹¹

Programa Unidad Médica Segura

Dada la necesidad de conocer el nivel de seguridad de la infraestructura de las instalaciones médicas de todo el país dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se implementó el Programa Unidad Médica Segura (PUMS) con el aval de la OPS-OMS. Se tomó como base el Programa Hospitales Seguros Frente a los Desastres y se calculó el ISH de todas las unidades médicas. Para realizar esta tarea el programa fue ajustado (sólo toma en cuenta unidades hospitalarias) de tal forma que fuese aplicado a las unidades de primer nivel del IMSS, eslabones fundamentales en la cadena de atención: unidades de medicina familiar, unidades médicas de atención ambulatoria, bancos de sangre, unidades de medicina física y rehabilitación y hospitales rurales del programa IMSS oportunidades.

El PUMS se llevó a cabo durante julio y agosto del 2009 con la autoevaluación de 1 246 unidades y se obtuvo un resultado de 36 unidades en categoría C. Por ser un programa inédito y con la finalidad de verificar y rectificar el proceso de autoevaluación se realizó un ejercicio de validación de resultados por expertos y se observó que 20 unidades mejoraron su ISH. Con la asesoría de la OPS-OMS se recomendó realizar un análisis diferenciado en estas unidades de los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales con el fin de identificar a las unidades que presentaban mayor riesgo frente a un desastre, resultando finalmente que 5 hospitales y 11 unidades de medicina familiar son las que requerían una intervención urgente, la cual se realizó entre 2011 y 2012. Con los resultados de este programa el IMSS estableció una política para que ante la construcción, reestructuración, remodelación o subrogación de infraestructura médica se cumpla con la normatividad del PHS.

El PUMS fue reconocido por autoridades nacionales e internacionales (la OPS y la Subdirección General de Acción Sanitaria en Crisis de la OMS). La CGPC solicitó al IMSS apoyo para iniciar un proyecto similar y realizar la autoevalua-

ción de todos los hospitales del sector salud a nivel nacional, esfuerzo que permitió el desarrollo del Sistema Integral de Información de Protección Civil (SII-PC) para el PHS.

Plan hospitalario frente a emergencias y desastres

Las repercusiones de las fallas de un hospital ante una emergencia o desastre pueden conducir a inmensos riesgos. La muerte de pacientes o personal de atención a la salud durante un desastre, al igual que las fallas en los servicios de emergencia cuando más se necesitan, pueden tener un efecto mayor a nivel social que el mismo desastre externo.

El PHS evalúa el aspecto funcional del hospital al hacer énfasis en que el personal de atención a la salud debe estar capacitado y preparado para la actuación ante una emergencia o desastre, es decir, se debe fomentar la participación de todo el personal de la unidad médica en la identificación y reducción del riesgo, la respuesta ante el desastre y la vuelta a la normalidad.

Ante este reto el IMSS ha implementado planes de actuación ante emergencias y desastres en los que se identifican las acciones a realizar en caso de desastre externo e interno.¹² En el primer caso, se definió la preparación para la atención a saldo masivo de víctimas, donde se incluyen la adecuación de áreas, priorización de servicios e identificación de unidades médicas de acuerdo al nivel resolutivo, entre otros aspectos. En el segundo caso se establecieron parámetros para evaluar la necesidad de evacuación parcial o total de la unidad a través de acciones previamente establecidas y perfectamente coordinadas en las que se incluye el traslado de pacientes a las áreas de seguridad, la evaluación sistemática de daños tanto a nivel estructural como no estructural, la determinación de la viabilidad de mantener ocupadas las instalaciones y en el último de los casos la evacuación, siempre con el objetivo de proteger la vida de los ocupantes de la unidad.

En estos planes se enfatizaron las tres fases fundamentales de la gestión del riesgo: el antes, durante y después de una situación de crisis.

- 1. Fase de preparación.** Serán implementadas las etapas de prevención, mitigación, preparación y alerta. Su finalidad es disminuir al máximo los efectos adversos de una amenaza (minimizar las pérdidas humanas y daños económicos) a través de acciones efectivas en las que se deberá contar con una organización apropiada y los suministros de recursos materiales para la emergencia.
- 2. Fase de respuesta.** El impacto del fenómeno perturbador y las acciones, actividades y medidas organizadas previamente que se desarrollan para hacer frente a situaciones potenciales de desastre, realizadas ya sea en el mismo hospital o en coordinación con instancias externas.

3. Fase de rehabilitación o vuelta a la normalidad. Momento en el cual se inician las medidas previamente establecidas para reiniciar las actividades cotidianas de la unidad médica.

Es importante señalar que estos planes han sido desarrollados sobre la base del diagnóstico de infraestructura, recursos humanos, materiales, análisis de procesos críticos y la experiencia. En ellos se incluyen no sólo las unidades médicas, que son la prioridad dada la necesidad de dar continuidad a la atención médica, sino también unidades no médicas como son guarderías, centros de seguridad social, teatros y áreas administrativas, entre otros, y que al momento de la emergencia desarrollan un papel crucial para el apoyo y atención a la población en general. Estos planes se activan de forma inmediata en todos los niveles y áreas de la institución al momento de darse la alerta por la presencia de algún fenómeno perturbador.

Actualmente se ha implementado el Plan Institucional Frente a Emergencias y Desastres,¹² del cual se desprenden dos capítulos de gran relevancia, el primero enfocado a la atención de fenómenos de origen natural, como son los sismos¹³ y tsunamis,¹⁴ y el segundo enfocado en los incendios.¹⁵ El plan ante sismos del IMSS se equiparó con la Estrategia de la Administración Pública Federal ante un sismo y tsunami de gran magnitud, el llamado Plan Sismo Federal,¹⁶ por lo que se desarrolló el apartado denominado Plan Delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad de Apoyo (UMAЕ).¹³ Este consiste en la preparación para la atención de la emergencia y desastre de 10 delegaciones administrativas del IMSS ubicadas en los 8 estados con cercanía a la brecha de Guerrero (zona considerada con mayor probabilidad de que se presente un sismo de gran magnitud e impacto) y en la organización del resto de delegaciones localizadas en los estados colindantes y más alejados de forma tal que identifiquen inmediatamente a quién, con qué y cómo se brindará el apoyo a las delegaciones afectadas (cuadro 15–2).

Una de las innovaciones en estos planes fue la implementación de los Grupos de Respuesta Inmediata (GRI), que están conformados por un equipo multidisciplinario (médico y no médico) que es movilizadо desde zonas no dañadas (delegaciones de apoyo) a las zonas afectadas (delegaciones afectadas). Se definió también la Reserva Estratégica, que incluye medicamentos, material quirúrgico

Cuadro 15–2. Matriz de riesgo para determinar la magnitud del daño

	Frecuencia (F)	Gravedad (G)		Oportunidad de detección (OD)	
Frecuente	9 a 10	Catastrófico	9 a 10	Baja	9 a 10
Ocasional	7 a 8	Mayor	5 a 8	Moderada	7 a 8
Infrecuente	5 a 6	Moderado	3 a 4	Ocasional	5 a 6
Remoto	1 a 4	Menor	1 a 2	Alta	1 a 4

y de curación, entre otros insumos y se encuentra distribuida en tres sitios estratégicos del país para ser movilizada en caso necesario y hacer llegar los recursos de forma inmediata a las zonas afectadas.¹⁷

Estos planes han sido probados en ejercicios de simulación y en 3 sismos: 10 de diciembre 2011 (6.5° de magnitud), 20 de marzo (> 7°) y 7 de noviembre del 2012 (> 7°). En todos ellos se movilizaron los GRI y la Reserva Estratégica.

Estos planes ante emergencias y desastres están diseñados de forma general y son considerados una guía para que cada hospital o unidad médica los adecúe a sus necesidades. Es decir, cada sitio deberá identificar sus amenazas, su vulnerabilidad y sus riesgos, determinar sus fortalezas y debilidades y, sobre todo, llevar el plan a la práctica a través de simulacros para así encontrar áreas de oportunidad cuyo aprovechamiento permita más tarde una actuación satisfactoria durante una emergencia verdadera.

Al desarrollarse el plan hospitalario deben considerarse aspectos fundamentales para la adecuada coordinación y respuesta, entre ellos nombrar a los integrantes del Comité de Operaciones en Emergencias y Desastres (COED), designar las brigadas y ubicar las zonas de seguridad.

El COED es el responsable de planear las acciones a desarrollar para el óptimo funcionamiento de la unidad médica y para lograr la capacidad para responder ante un desastre natural o emergencia, así como brindar apoyo a otra unidad dañada o incluso de atender un evento interno adverso de la propia unidad.¹⁸ Este comité está integrado al cuerpo de gobierno del hospital y cuenta con personal adicional multidisciplinario según sea necesario. Cada miembro del comité debe tener un suplente en cada turno de la unidad que cuente con una capacitación similar y conozca ampliamente las actividades a realizar.

La misión del Comité es contribuir a elevar el nivel de respuesta de la unidad a su máxima capacidad, así como de todos los servicios frente a situaciones de emergencia y desastre, mediante acciones que favorezcan y faciliten la operación, implantando programas y procedimientos técnico administrativos específicos. Los acuerdos que logre y su trabajo sistemático son un factor esencial para la certera toma de decisiones.

Las brigadas son un componente de suma importancia que debe estar estrictamente constituido de acuerdo a lo recomendado en los lineamientos normativos de cada unidad médica, integradas por personal de todos los turnos y de diversas áreas de acuerdo a las actividades que realizarán.¹⁹ Se deben identificar cinco brigadas básicas: soporte básico de vida; evacuación, control y extinción de incendios; control de fluidos y energéticos y brigada de seguridad. Estas brigadas están constituidas por el personal del hospital que está capacitado para responder de manera efectiva y organizada ante una emergencia o desastre.

Por otro lado, las zonas de seguridad son áreas amplias y seguras elegidas y habilitadas con anterioridad y establecidas para la llegada y recepción de pacien-

tes, familiares y personal de la institución que haya efectuado la evacuación de un área o del hospital completo.²⁰ Pueden estar dentro o fuera de la unidad. Deben contar con una infraestructura y logística básica que permita albergar por un tiempo a los pacientes desalojados, no estar a la intemperie, disponer de agua, electricidad y gases medicinales, capacidad de expansión de acuerdo a necesidades y facilidades de acceso y salida de pacientes.

Evacuación de unidades hospitalarias con énfasis en áreas críticas

El PHS prevé que un hospital no debe ser evacuado, lo cual constituye la premisa fundamental a seguir.^{20,21} Sin embargo, las unidades médicas no están exentas de sufrir un desastre interno en el que los daños presentes a nivel estructural y no estructural sean de tal magnitud que no permitan continuar con la función del mismo. Siendo este el caso se requeriría de la evacuación del inmueble y una evacuación no planificada pondría en riesgo a todos los ocupantes innecesariamente.

Se define como evacuación hospitalaria a la movilización de pacientes, familiares, visitantes y personal del hospital desde áreas de alto riesgo o severamente comprometidas a zonas de seguridad identificadas previamente y que se encuentran en el mismo piso, pisos adyacentes o al exterior a través de rutas de evacuación que de preferencia deben ser amplias, de baja vulnerabilidad y que contemplen una distancia breve a recorrer. La finalidad de una evacuación hospitalaria es “proteger la vida y la salud de los usuarios, así como resguardar la integridad de bienes y documentos indispensables e irremplazables”. Para ello la evacuación deberá ser planificada, rápida, segura y ordenada. La evacuación total de un hospital es poco frecuente, pero no así las evacuaciones parciales, por lo que cada área y servicio del hospital deberá contar con su procedimiento de evacuación, estructurados todos en un plan de evacuación total en el marco del plan hospitalario frente a emergencias y desastres.

Para iniciar la evacuación del hospital primero se movilizará a los pacientes y familiares. Los análisis retrospectivos de hospitales que han realizado procedimientos de evacuación han mostrado que más de 85% de los pacientes hospitalizados en el momento del impacto del fenómeno perturbador pueden desalojar el hospital por sí mismos o con mínima ayuda y casi 10% son completamente dependientes, por lo que requieren auxilio de las brigadas de evacuación y rescata-dores ya sea con soporte de vida o sin él.

Posterior al desalojo de pacientes continuarán los bienes materiales, iniciando por la documentación que pueda ser necesaria para dar continuidad a la atención médica. Finalmente se desaloja el equipo médico que sea indispensable, siempre con el objeto de mantener el bien común por encima de los intereses personales.

En general en la evacuación de los enfermos se maneja el siguiente orden:

1. Enfermos y familiares que puedan desplazarse por sí mismos.
2. Enfermos que requieren apoyo mínimo (uso de bastón o muleta).
3. Enfermos encamados que no pueden moverse por sí mismos y que estén más alejados de la salida.
4. Enfermos encamados que no pueden moverse por sí mismos y que estén más próximos a la salida.
5. Enfermos encamados dependientes de equipo para soporte de vida (casos de UTI y quirófano).

Para decidir la técnica de traslado de cada paciente deberá considerarse el tipo de patología que presenta cada uno de los pacientes, la amplitud y accesibilidad de las rutas de evacuación, los medios disponibles (camillas, sillas de ruedas), si se trata de una evacuación horizontal o vertical y, desde luego, la premura para realizar el procedimiento. Entre las técnicas a aplicar se encuentran el arrastre directo del paciente, arrastre con silla y arrastre en colchón.

Un caso especial durante una evacuación son las unidades de terapia intensiva y los quirófanos, donde las características propias de los pacientes harán que la evacuación sea un reto por el riesgo–beneficio que implica su movilización. La respuesta médica en las UTI cuando se presenta una emergencia o desastre deberá ser liderada por el médico responsable en turno y sus decisiones deben ser respetadas para evitar desorden y acciones fuera de control.

La coordinación para la evacuación no sólo deberá ser entre las diferentes áreas hospitalarias con la UTI, sino también con otros hospitales para que apoyen la evacuación y recepción de pacientes, la forma en la que serán trasladados y, sobre todo, canalizar a cada paciente al hospital adecuado de acuerdo a su patología. Desde el momento de la creación del plan hospitalario se deben haber especificado las necesidades de equipamiento temporal en la zona de seguridad para poder dar continuidad a la atención de los pacientes.

La determinación del orden de evacuación de los pacientes de las UTI es una cuestión que no tiene respuesta precisa en la literatura mundial. Existen criterios para determinar qué paciente deberá ser egresado y dar prioridad en la atención a otros en caso de desastre externo, pero no en caso de evacuación por desastre interno. No hay una escala que permita identificar qué paciente será prioridad ante la evacuación o traslado. Por lo anterior, en el IMSS se desarrolló el plan de evacuación de hospitales con énfasis en áreas críticas.²¹ En base a la experiencia de médicos especialistas que laboran en las UTI y con apoyo bibliográfico se creó un algoritmo con cuatro variables: necesidad de apoyo mecánico ventilatorio, estado de conciencia (determinado por la escala de coma de Glasgow y presencia o ausencia de sedación), clasificación de acuerdo a la escala del *Sequential Organ*

Cuadro 15–3. Prioridad para la evaluación de pacientes

Frecuencia

Remoto: aparición improbable (puede ocurrir una vez en un período superior a 5 años).

Infrecuente: aparición posible (puede ocurrir en alguna ocasión en 2 a 5 años)

Ocasional: es probable que ocurra (varias veces en 1 a 2 años).

Frecuente: probable aparición de forma inmediata o en un período corto (puede ocurrir varias veces en un año)

Nivel gravedad

Menor: sin lesiones, no aumento de la estancia, no necesidad de incrementar el nivel de atención

Moderado: aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes

Mayor: Pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual); necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes.

Catastrófico: muerte o pérdida mayor de la función (sensorial, motora, Fisiológica o intelectual); suicidio, violación, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lado equivocado, robo de u niño, etc.

Oportunidad de detección

Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente.

Moderada: el fallo aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al paciente.

Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento.

Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al paciente.

*Failure Assessment (SOFA)*²² y necesidades de equipo de soporte vital (equipo médico, bombas de infusión, etc.). Es así como se identifican tres grupos de pacientes (cuadro 15–3) y se establece la prioridad de su evacuación.

El *triage* en la UTI deberá permitir identificar los casos que se beneficiarán con recursos limitados y los que necesitan mayor complejidad en el nivel de atención, así como los pacientes para quienes los cuidados críticos serán fútiles y para quienes se debe determinar el riesgo/beneficio ante la movilización, ya que ésta podría significar su muerte.^{23,24} Para lograr lo anterior se tendrá preparada el área de seguridad interna o externa que tenga integrados los elementos de líneas vitales y soporte avanzado que de forma temporal se requieren antes del traslado a sitios definitivos.

Las áreas de quirófano son otro gran reto ante la necesidad de evacuación. Para ello se debe especificar que cada sala de cirugía es un universo en el que el cirujano es el líder del equipo y en el momento de confirmarse la orden de evacuación será él quien coordine a su equipo quirúrgico aplicando de forma inmediata el concepto de control de daños,^{25,26} el cual tiene como objetivo principal la interrupción temporal del acto quirúrgico. Este concepto se ha aplicado tradicionalmente a pacientes politraumatizados graves pero resulta adecuado en un escena-

rio de evacuación para todo tipo de cirugía pues permite establecer roles de actuación para cada uno de los integrantes del equipo, ante todo para salvaguardar su propia vida y la del paciente. En la definición del control de daños se incluyen las actividades prioritarias que debe realizar el cirujano, los ayudantes, el instrumentista y la enfermera circulante, que son: control de la hemorragia, control de la contaminación, taponamiento y cierre temporal de la pared; el anestesiólogo debe encargarse de asegurar la vía aérea y proveerse de los medicamentos e insumos necesarios para el traslado, verificando estabilidad hemodinámica y respiratoria; el instrumentista debe conservar estéril el instrumental especializado que se utilizará al continuar la cirugía en otras instalaciones, entre otros elementos; la enfermera circulante debe apoyar con la adecuación de los tubos y drenajes para el traslado.

Es importante señalar que el jefe de quirófanos es quien debe coordinar la evacuación del área al conocer los diferentes procedimientos que se están llevando a cabo. Deberá, desde el momento en que se da la alerta de evacuación, determinar la prioridad de cada caso, observar que la zona de seguridad esté habilitada y establecer el contacto con otros hospitales para el traslado de pacientes, sobre todo aquellos en que la suspensión del evento quirúrgico ponga en riesgo su vida. También debe observar que el traslado del paciente se realice en conjunto con el equipo quirúrgico correspondiente para así dar continuidad a la cirugía.

Centro virtual de operaciones en emergencias y desastres

En la actualidad la comunicación es fundamental para la coordinación de la respuesta ante una emergencia o desastre y el uso de la web 2.0 y redes sociales ha sido un gran avance para facilitar la comunicación en estos eventos.^{27,28} Por esta razón, en base a esa tecnología el IMSS creó el Centro Virtual de Operaciones en Emergencias y Desastres (CVOED),¹² un sistema informático en internet que permite la comunicación en tiempo real con los tomadores de decisiones a nivel local, estatal y nacional para formar una línea de actuación ante emergencias y desastres facilitando la gestión de información y permitiendo la coordinación de la respuesta durante una crisis. Es decir, permite a los encargados de tomar decisiones estar informados de manera pronta y expedita en cualquier lugar donde se encuentren ya que el sistema funciona en todo equipo de cómputo o dispositivo móvil conectado a internet. Esto posibilita la creación de salas de situación de forma fácil y con poca infraestructura o requisitos.

El CVOED es compartido con otras instituciones del sector salud, integrando a la Secretaría de Salud (SS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Cruz Roja Mexicana y las Unidades Médicas de la Asociación Nacional de Hospitales Privados de México. En noviembre

del 2012 la SS lo presentó ante la CGPC y la Secretaría de Gobernación como el sistema informático que será utilizado por el sector salud en México en caso de emergencias y desastres.

Asesoría virtual frente a eventos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares a través del uso del CVOED

Cada vez es mayor el desarrollo de la actividad industrial a nivel mundial y esto ha obligado a los países a estar preparados ante cualquier contingencia provocada por tal actividad, es decir, las emergencias por accidentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares que han generado y podrían generar múltiples víctimas a nivel mundial, además de las generadas por actos de terrorismo o la guerra.^{29,30}

Por el hecho de que los trabajadores de la industria son derechohabientes del IMSS se requirió de la incorporación de programas y planes para la atención de estas emergencias. Es así como surgió el módulo de eventos químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN) en la plataforma del CVOED, en el cual se encuentra bibliografía con temas relacionados y ligas a páginas de organizaciones expertas y asesoras en cada tema. Si la consulta del módulo no es suficiente, también se puede contactar al CVOED del IMSS las 24 h los 365 días del año y consultar con el coordinador médico de turno en tiempo real, un médico especialista con capacitación en esos temas que brinda asesoría personalizada y, en caso necesario, realiza el enlace con las organizaciones e instituciones nacionales o internacionales expertas para dar solución a la emergencia.

CONCLUSIÓN

Para poder decir que estamos ante un hospital seguro ante desastres éste debe cumplir con múltiples requisitos indispensables, entre ellos el diagnóstico y evaluación de un grupo de expertos, además de que su personal deberá demostrar que es capaz de llevar a cabo su actividad diaria tanto en condiciones normales como en caso de emergencias y desastres sin que exista una merma en la calidad de esa atención y con la salvaguarda tanto de los pacientes como de ellos mismos. Pero lo más importante es que contar con hospitales seguros garantizará que los servicios de salud se mantendrán funcionando cuando más se les necesita, evitando repercusiones de índole social, económica y política ante una emergencia o desastre.

REFERENCIAS

1. Extracto del informe de la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres

- (A/CONF.206/6). Marco de Acción de Hyogo para 2005–2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. 18 al 22 de enero de 2005. http://moodle.mininterior.gov.ar/biblioteca_dnpc/internacional/MAHyogo.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Resolución CD45.R8, preparación y respuesta ante los desastres. Washington, 27 de septiembre a 1 de octubre 2004. <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r8-s.pdf>.
 3. Secretaría de Gobernación, Gobierno Federal: Guía Práctica del Programa Hospital Seguro. http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/hospitalseguro/guia_practica_hospita_lseguro.pdf.
 4. Organización Panamericana de la Salud: Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Serie Mitigación de Desastres. Washington, OPS, 2004:153.
 5. Marco Legal. Programa Hospital Seguro. http://www.imss.gob.mx/programas/seguro/Pages/marco_legal.aspx.
 6. Acciones realizadas. Programa Hospital Seguro. <http://www.imss.gob.m.x/programas/seguro/Pages/Acciones.aspx>.
 7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: Índice de seguridad hospitalaria: formularios para la evaluación de hospitales seguros. Serie Hospitales Seguros frente a Desastres. No. 2. Washington, 2008.
 8. Calculando el Índice de Seguridad Hospitalaria. <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/Safe-HospitalsChecklist.htm>.
 9. Consejo de salubridad general: Estándares para la Certificación de Hospitales 2012. http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Estandares_Hospitales.pdf.
 10. Secretaría de Gobernación: Decreto por el que se expide la Ley General de Protección Civil. *DOF* 6 de junio de 2012. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5249857&fecha=06/06/2012.
 11. Norma Oficial Mexicana NOM–016–SSA3–2009. Secretaría de Gobernación. *DOF* 8 de enero de 2013. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social: Plan institucional frente a emergencias y desastres: marco de actuación general. México, 2011. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/PIFED.pdf>.
 13. Instituto Mexicano del Seguro Social: Plan Delegaciones y UMAE de apoyo: Plan Sismo IMSS. México, 2011. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/PDUA.pdf>.
 14. Instituto Mexicano del Seguro Social: Plan Institucional de Preparación y Respuesta ante un Tsunami. México, 2012. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/Tsunami.pdf>.
 15. Instituto Mexicano del Seguro Social: Plan Institucional de preparación y respuesta ante un incendio. México, 2012. http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/PLAN_INCENDIO_FINALv2_0.pdf.
 16. Coordinación General de Protección Civil, Secretaría de Gobernación, Gobierno Federal: Estrategia de preparación y respuesta de la Administración Pública Federal ante un sismo y tsunami de gran magnitud “Plan Sismo”. 1ª ed. México, 2011. http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Resource/7/1/images/plan_sismo.pdf.
 17. Instituto Mexicano del Seguro Social: Reserva estratégica. México, 2011. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/RE.pdf>.
 18. Instituto Mexicano del Seguro Social: Programa Unidad Médica Segura. Comité de Operaciones en Emergencias y Desastres. México, 2009. <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/>

- normativos/DPM/capacitacion/8_comite_hospitalario_de_emergencias_y_desastres.pdf.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Unidad Médica Segura. Brigadas. México, 2009. http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/capacitacion/2_brigadas.pdf.
 20. Instituto Mexicano del Seguro Social: Programa Unidad Médica Segura. Evacuación de Unidades Médicas. México, 2009. http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/capacitacion/6_evacuacion_de_unidades_medicas.pdf.
 21. Instituto Mexicano del Seguro Social: Evacuación de Unidades Críticas en Hospitales. México, 2012. http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/evacuacion_hospitales/EVAC_U_TERAPIA_INT.pdf.
 22. **Keegan M, Gajic O, Afessa B:** Severity of illness scoring systems in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2011;39:163–169.
 23. **Deveraux A, Dichter M, Christian M, Dubler N, Sandrock C et al.:** Definitive care for the critically ill during a disaster: A framework for allocation of scarce resources in mass critical care form a task force mass critical care summit meeting. *Chest* 2008;133:51–66.
 24. **Shirley PJ, Mandersloot G:** Clinical review: the role of the intensive care physician in mass casualty incidents: planning, organization, and leadership. *Crit Care* 2008;12:214–221.
 25. **Vega MAJ, Velázquez MJD, Vega PAJ, Yañez VJD, Zaldívar LLG et al.:** Cirugía de control de daños. *Ciruj Gen* 2010;32(Supl):37–42.
 26. Guía de Práctica Clínica. Indicadores para Institución de Cirugía de Control de Daños en Adultos con Trauma Abdominal por Proyectoil de Arma de Fuego en el Tercer Nivel de Atención. México, Secretaría de Salud, 2009. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445-09_Cirugxa_de_control_de_daxos/SEDENA-445-09_Cirugxa_de_control_de_saxos_EyR.pdf.
 27. Huang CHM, Chan E, Hyder AA: Web 2.0 and Internet Social Networking: a new tool for disaster management? Lessons from Taiwan. *BMC Medical Informatics Decision Making* 2010;10:57.
 28. Centers for Disease Control and Prevention: The Health Communicator's Social Media Toolkit. 2010.
 29. **Thornton R, Court B, Meara J, Murray V, Palmers I et al.:** Chemical, biological, radiological and nuclear terrorism: an introduction for occupational physicians. *Occupational Medicine* 2004;54:101–109.
 30. **Dueñas LA, Nogué XS, Prados RF:** Accidentes o atentados con armas químicas: bases para la atención sanitaria. *Med Clin* 2001;117:541–554.

La seguridad del paciente al alcance de todos. Principales líneas de acción en seguridad del paciente

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

INTRODUCCIÓN

Una vez identificados y evidenciados los eventos adversos y los riesgos al proporcionar atención a la salud, los sistemas encargados de proporcionarlos se vieron obligados a enfrentarlos y al hacerlo se encontraron con una avalancha de posibilidades de trabajo que de alguna manera paralizaban las acciones requeridas. Al ser tantas, tan diversas y urgentes se dificultaba encontrar la salida al problema o a los problemas, que ahí estaban, que se conocían, pero que no habían sido puestos en relieve y mucho menos como un problema de salud pública.

En esta avalancha de posibilidades cada país ha ido enfrentando sus prioridades de muy diversa forma. Sin embargo, puesto que había problemas comunes la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde que inició con la alianza internacional sobre seguridad del paciente (2005), emitió una serie de recomendaciones que hacían factible proporcionar una serie de propuestas que podrían ser aplicadas de forma universal incidiendo sobre la problemática a tratar.¹

A esas recomendaciones han seguido otras que al irse aplicando y resultando, en la medida de lo posible, en un mayor control de los distintos incidentes, permiten que en paralelo otras condiciones mejoren ostensiblemente.

El presente capítulo se enfoca en resaltar cuáles son las principales líneas de acción en seguridad del paciente en el mundo, de dónde emergieron, a dónde y a quién se dirigen y, en su caso, se presentan algunos de los resultados de su aplicación.²⁻⁷

Cuadro 16–1. Metas internacionales de seguridad del paciente

1. Identificación correcta del paciente
2. Mejora de la comunicación efectiva
3. Mejora del manejo de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugía correcta en el lugar correcto y el paciente correcto
5. Reducción de infecciones adquiridas por la atención
6. Reducción del riesgo de las lesiones al paciente por caídas

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las Seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) fueron publicadas en septiembre del 2006 por la *Joint Commission International* como una de las estrategias prioritarias para establecimientos que quieran someterse a los estándares internacionales (cuadro 16–1).⁸

Meta 1. Identificación correcta del paciente

Las indicaciones señaladas para el cumplimiento de esta meta son la utilización de dos identificadores de paciente antes de administrar algún medicamento o sangre o hemoderivado, entre otras acciones.

La posibilidad de equivocación en la identificación del paciente es muy amplia y se puede dar en cualquier momento de la hospitalización (también es aplicable a pacientes ambulatorios) en pacientes conscientes pero más aún en pacientes sedados, con trastornos de la conciencia, desorientados y pediátricos, entre otros casos. Por ello es conveniente tener en cuenta que la posibilidad siempre está presente para evitar y prevenir que esto suceda.

Los cambios de servicio, de habitación o de lugar dentro del hospital son situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar de forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Los sistemas de salud o el establecimiento donde se esté trabajando deben marcar las políticas y los procedimientos para mejorar los procesos de identificación que se diseñan con la colaboración de todos los miembros del sistema u hospital, en particular los procesos utilizados para identificar a un paciente al que se le administrarán medicamentos, sangre o hemoderivados, que se le extraerá sangre y otras muestras para análisis clínicos o que se le proporcionará cualquier otro tratamiento o procedimiento (incluyendo la cirugía).

Las políticas y procedimientos deben exigir al menos dos formas de identificación de un paciente como, por ejemplo, el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otros métodos. El número de habitación del paciente o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación. Las políticas y procedimientos obligan al uso de dos identificadores diferentes en distintos lugares dentro del establecimiento como serían la de atención externa u otros servicios ambulatorios o el área de urgencias o la de quirófanos. También se deben delinear los mecanismos que incluyan la identificación del paciente desconocido con alteración del estado de conciencia.

Se debe asegurar que se preste atención a todas las posibles situaciones de identificación en todos los momentos de la atención del paciente en el establecimiento de salud.^{9,10}

Meta 2. Mejora de la comunicación efectiva

Esta meta está dirigida a implementar un proceso para la toma de órdenes verbales o telefónicas o para reportar resultados de pruebas críticas, así como para favorecer el mecanismo de retroalimentación de las órdenes a fin de verificarlas, logrando con ello la ratificación de que ambos personajes tienen y comprenden la misma información. Por ejemplo, cuando se recibe una orden del emisor al receptor, éste la repite de forma inmediata para que el emisor la confirme. En forma diagramática sería: E > R luego R > E, ratificándose que la orden es la misma. Esto genera un ambiente de entendimiento y de confianza en la ejecución de las instrucciones.

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, se disminuye la posibilidad de errores y como resultado hay una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados críticos de análisis, como cuando el laboratorio clínico llama a la unidad de atención al paciente para informar de los resultados de un análisis solicitado en urgencias.

El hospital en cuestión debe de elaborar y adoptar algún sistema o procedimiento para el manejo de las órdenes orales y telefónicas que se recomienda que incluya la anotación de la orden o el resultado del análisis completo por parte de quien recibe la información, la lectura de la orden o el resultado del análisis por parte del receptor y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto, al igual que el ejercicio de retroalimentación mencionado antes. En particular se

deberán definir alternativas aceptables para cuando el proceso de relectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos (retroalimentación tardía como opción, llamando más tarde para verificación, si el asunto lo permite).

La comunicación efectiva implica que sea oportuna, precisa, inequívoca, completa y comprendida por quien la recibe. Una buena forma de evitar el error es releer las órdenes o los pedidos frente a quien las proporciona o llamando para corroborarlas, como otro ejercicio de retroalimentación.

Una situación aparte pero no por ello de menor importancia es la letra de los médicos y de las enfermeras, que en muchas ocasiones es de difícil interpretación y más aún cuando se usan abreviaturas o no son muy claros los signos de puntuación (sobre todo cuando se trata de dosis), lo cual requiere de aclaración utilizando cualquier sistema de retroalimentación y verificación a fin de prevenir errores o interpretaciones. Al final lo importante es lograr una amplia comprensión y claridad de las indicaciones escritas, orales o electrónicas.

Es por demás alarmante el número de errores que en esta situación suceden por lo que darle importancia es fundamental para prevenir eventos adversos. De ahí su trascendencia, que no implica más que un ejercicio de revisión que no tiene más costo que el tiempo que en ello se invierta, mientras que en contraparte se obtiene un alto beneficio.¹⁰⁻¹²

Meta 3. Mejora de la seguridad en los medicamentos de alto riesgo

Los medicamentos habitualmente forman parte del plan de tratamiento de un paciente, por ello es fundamental su manejo adecuado a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema es la administración errónea de electrolitos concentrados. Por ejemplo, la administración de cloruro de potasio a una concentración de 2 mEq/mL o mayor, o de fosfato de potasio o cloruro de sodio a más de 0.9% de concentración, o sulfato de magnesio a 50% o más de concentración. Cuando estos elementos son administrados incorrectamente se producen efectos irreversibles y esto puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación, descuido, olvido e inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada. Los medios más efectivos para disminuir o eliminar esta ocurrencia son retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia.

La administración errónea de una dosis de medicamento puede ser fatal, sobre todo cuando se trata de medicamentos de alto riesgo u otros medicamentos que tienen más de una vía de administración, sólo por destacar dos de las posibilidades más frecuentemente relacionadas con este evento adverso.

Por eso se debe insistir en algunas de las medidas de prevención como los etiquetados, que deben de ser claramente leídos y releídos para identificar nombres, concentraciones, dosis y la vía indicada, actividad en la cual perderemos menos de un minuto, mientras que si nos equivocamos será en menos de un minuto que pongamos en riesgo una vida.

Independientemente de que la solución más eficaz es eliminar tales soluciones de las unidades de enfermería por su responsabilidad en la aplicación de medicamentos, se recomienda también el evitar la colocación de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, tener claramente identificadas las áreas donde este tipo de soluciones deben de estar, realizar un etiquetado inconfundible y en letras fosforescentes que señalen “DEBE SER DILUIDO” y almacenarlos en un sitio seguro (enviarlos al resguardo diseñado para su manejo, con llave). Todo esto sin olvidar la conveniencia del uso permanente de bombas de infusión para la administración de estos medicamentos. Cabe aquí poner en relieve una vez más la utilización de los cinco correctos: paciente, medicamento, dosis, vía, y rapidez, promulgados como una de las reglas de oro de la enfermería.¹²

El reconocer las prácticas seguras en el uso de medicamentos permite la prevención de eventos adversos, por lo que se han descrito prácticas específicas al respecto:¹³

- Aplicar medidas que hagan difícil que ocurran los errores, por ejemplo utilizar jeringas especiales para las soluciones orales o eliminar de las unidades las soluciones de cloruro de potasio.
- Utilizar protocolos y hojas preimpresas. Cuando se siguen protocolos pre-establecidos se crean de forma automática múltiples controles a lo largo del sistema, esto favorece la labor del personal nuevo porque le da rumbo y claridad a su trabajo y logra disminuir la dependencia de la memoria.
- Revisar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo efectuando revisiones periódicas a fin de identificar los productos con nombres parecidos o etiquetados similares, elaborando así barreras de protección para su uso.
- Reducir el número de opciones de presentación del mismo producto ya que cuanto mayor sea el número de presentaciones de un mismo medicamento, mayor es la posibilidad de error. Tal es el caso de la heparina a 1 y 5%, o de la insulina.
- Centralizar la preparación de medicamentos.
- Utilizar preferentemente técnicas de doble chequeo.
- Estandarizar y simplificar la comunicación de los medicamentos a utilizar y de la dosificación.
- Favorecer el acceso a la información del personal sanitario, la generación de programas de educación a los pacientes y su participación y la de los cuidadores en el tratamiento farmacológico.

Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto

Las cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado son problemas muy serios y por desgracia comunes en los hospitales. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del sitio de la operación.

Además de la evaluación inadecuada del paciente o la revisión inadecuada del expediente clínico dentro de una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, se suman los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas como factores que contribuyen al error.

Para evitar esto se ha difundido un procedimiento que ha demostrado ser efectivo para la disminución de este preocupante problema con el apoyo de buenas prácticas basadas en la evidencia, tales como las descritas en el Protocolo Universal TM para la prevención de cirugías en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o a la persona equivocada establecido por la *Joint Commission International*.¹⁴

Los pasos esenciales encontrados en el Protocolo Universal son el marcado del sitio quirúrgico, un proceso de verificación preoperatorio y el uso de la lista de verificación o tiempo fuera (*time-out*) justo antes del comienzo de un procedimiento.

El marcado del sitio quirúrgico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo con una marca inequívoca. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por la persona que llevará a cabo el procedimiento, debe hacerse estando el paciente despierto y consciente, si fuese posible, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de las manos y de los pies) o niveles múltiples (columna vertebral).

El propósito del proceso de verificación preoperatorio es ratificar que sean el sitio, el procedimiento y el paciente correctos, asegurar que estén disponibles todos los documentos, imágenes y estudios relevantes y que estén debidamente etiquetados y exhibidos, y verificar la presencia de todos los equipos o implantes especiales necesarios.

El tiempo fuera o *time out* es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, lo que permite resolver cualquier pregunta pendiente o confusión. La confirmación previa se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo quirúrgico.

El establecimiento determina el modo en el que el proceso será documentado y los responsables del mismo, a fin de darle trazabilidad al protocolo.¹⁵

Meta 5. Reducción de las infecciones adquiridas por la atención

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen el mayor desafío en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices demuestran que el aumento de infecciones representa una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son comunes e incluyen las asociadas con el uso de catéteres, con las vías urinarias, con el torrente sanguíneo y la neumonía (asociada con la respiración asistida).

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas al cuidado de la salud es la higiene adecuada de las manos, pues se ha demostrado que es ésta la vía por la cual se difunden. Tan es así que existen múltiples opciones de información o difusión internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos propuestas por la OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de EUA (CDC, por sus siglas en inglés) y otras organizaciones nacionales (SICALIDAD, en México).

El propósito es reducir el riesgo de infecciones mediante la adecuada higiene de manos y para ello se han establecido diversas pautas internacionales basadas en los lineamientos de la OMS o en aquellos adoptados por los sistemas de salud o por las unidades médicas dentro de los programas de higiene de manos elaborados para este fin.

Hay múltiples detalles que se acompañan de esta práctica que son omitidos o en el peor de los casos desconocidos, que comprenden las medidas estándar, el manejo correcto de los fluidos, los diferentes tipos de aislamiento y su aplicación en los diversos casos.

Todas ellas son cosas simples y que deben ser llevadas a cabo por todos. No es sólo tarea de las enfermeras, es tarea de todos los trabajadores de la salud. Es un trabajo en equipo.

¿Por qué la dificultad de una tarea simple? ¿Higiene de las manos? ¿Cuántas veces hemos escuchado o leído dentro de los hospitales: “te lavas las manos antes y después de tocar un paciente”? o “¿mantienes las uñas cortas y limpias?”

Parece mentira, pero siendo un proceso simple que incluso nos protege, no se utiliza. Se trata de una responsabilidad de todo el equipo de salud que implica, además de protección para el paciente, también protección para el personal, que debe adoptar e incluir esta práctica como parte de la cultura de la seguridad del paciente.^{16,17}

Meta 6. Reducción del riesgo de lesiones del paciente por caídas

Las caídas representan una parte importante de las lesiones sufridas en pacientes hospitalizados. En México es uno de los eventos adversos que se presentan con mayor frecuencia.^{18,19}

La incidencia de caídas en medio hospitalario es tres veces superior que la de mayores de 65 años de edad en la comunidad en general. La mayor parte de las caídas no son presenciales. De ellas 30% generan lesión y 6% daño grave, incluso hasta la muerte, independientemente del costo social y económico que esto tiene.

No es raro conocer algún caso de algún paciente que llegó por una gastroenteritis a un hospital y salió con alguna fractura porque se cayó de la cama. Así, conociendo que los pacientes pediátricos y ancianos son quienes más riesgo tienen (identificados como población en riesgo), se debe enfocar la atención en ello con acciones sencillas como subir o colocar un barandal de forma correcta, acto que previene lesiones y un mal rato, así como involucrar a los familiares en el cuidado de los pacientes en condiciones de riesgo.

Recordar que las caídas tienen que ver con las capacidades del paciente, sus condiciones de conciencia y de enfermedad, además de reconocer el contexto del sitio donde se le atiende, los servicios que se prestan y las características de sus instalaciones es básico. Por ello es muy importante que el trabajador de la salud tome en cuenta todo eso para identificar el riesgo real de caídas y en consecuencia diseñar medidas para reducirlas o bien minimizar las lesiones en caso de ocurrir una caída.

La evaluación e implementación del programa debe partir de un diagnóstico de riesgo a cada paciente que contemple los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación del andar y el equilibrio y las ayudas para caminar empleadas por el paciente a fin de que se implementen los procedimientos tendientes a disminuir los riesgos.²⁰

UNA ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

Primera alianza mundial en seguridad del paciente

Cada año el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas se enferman más gravemente que si no se hubieran infectado. Algunas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren. Además del

costo en vidas humanas, esta situación genera una importante carga económica adicional para los sistemas de salud.^{2,3,21}

Es tan importante lo señalado que el tema elegido para el Primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue el de las infecciones asociadas a la atención sanitaria o infecciones nosocomiales (IN). Bajo el lema “Una atención limpia es una atención más segura”, el reto tiene como elemento clave el fomento de la higiene de las manos para prevenir la transmisión de patógenos.

Las IN presentan muchas de las características de un problema importante de salud pública y de seguridad del paciente. Se producen por numerosas causas relacionadas tanto con los sistemas de la prestación de la atención sanitaria como con comportamientos individuales.^{22,23}

Para abordar este reto en todo el mundo la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP) y los expertos asociados han formulado estrategias de bajo costo que ayudan a disminuir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente adoptó esas estrategias y ha promovido acciones e intervenciones específicas que tienen efectos directos en términos de las IN y la seguridad del paciente. Estas acciones se han combinado con la labor en pro de la aplicación de las directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria.

Muchos proyectos, tanto de países desarrollados como en desarrollo, han demostrado que la aplicación de intervenciones y estrategias disponibles puede reducir considerablemente la carga de morbilidad por IN. Existen estrategias de la OMS de eficacia comprobada que permiten hacer frente a algunos de estos riesgos en áreas como la calidad y el uso de productos sanguíneos, las prácticas de inyección e inmunizaciones, el agua salubre, el saneamiento básico y la gestión de residuos y los procedimientos clínicos, sobre todo en la atención de emergencia del primer nivel.

La OMS estima que en estos momentos 1.4 millones de personas en todo el mundo están padeciendo alguna infección transmitida por trabajadores de la salud que puede causar la muerte y diversas discapacidades y propicia la resistencia a los antibióticos. Se ha cuantificado que entre 5% y 10% de los pacientes ingresados en hospitales del mundo desarrollado contraen una o más infecciones, siendo una tasa entre 2 y 20 veces más elevada que la de los países en vías de desarrollo. En algunos casos la proporción de pacientes afectados puede superar 25%. Esta información se consolida con el estudio ENEAS, el cual muestra que 21.2% de los eventos adversos en pacientes ingresados están relacionados con alguna infección nosocomial, considerándose que 56.6% de ellos son evitables. Resultados similares se obtuvieron en el estudio INEAS, donde nuestro país tuvo una importante participación y donde no varió el porcentaje de eventos adversos encontrado ni tampoco las prioridades e incidencia.^{24,25}

Existen otros factores que se han denominado como carga de morbilidad debida a las IN. En cuidados intensivos las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan a 30% de los pacientes, aproximadamente, y la mortalidad atribuible puede llegar a 44%. En algunos países más de la mitad de los bebés ingresados en unidades de neonatología contraen infecciones asociadas a la atención sanitaria, con una tasa de letalidad comprendida entre 12 y 52%. Entre los neonatos, la tasa de infección asociada a dispositivos vasculares es de 3 a 20 veces más alta en los países en desarrollo que en los desarrollados.

La prevención de las IN puede lograrse a través de la integración y del mejor uso de las soluciones existentes para prevenir y controlar las infecciones. La higiene de manos, una acción muy simple, continúa siendo la principal medida para reducir las IN y la proliferación de resistencias antimicrobianas.

La forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes es a través de las manos del personal sanitario. Para evitar esto deben utilizarse productos que eliminen la flora transitoria. El concepto clásico de lavado de manos ahora se engloba en la higiene de manos. En las últimas décadas las medidas de precaución universal han llevado a una sobreutilización de guantes, a pesar de que si no se usan correctamente pueden actuar también como vehículos de transmisión. El nivel de cumplimiento de las medidas de higiene de manos y uso de guantes es bajo por diversas circunstancias:

- Sobrecarga de trabajo.
- No disponibilidad de puntos de higiene.
- Ignorancia o desconocimiento.
- Intolerancia a productos higienizantes.

Los Jabones no antisépticos son eficaces para eliminar suciedad y algunas sustancias orgánicas, pero no son eficaces para eliminar patógenos por lo que se recomiendan para eliminar suciedad visible. Por otro lado, los alcoholes y soluciones alcohólicas como el isopropanol, etanol y n-propanol sí son útiles, siendo los preparados con 60 a 95% de alcohol los más eficaces ante gérmenes grampositivos y negativos, *Mycobacterium tuberculosis* y ciertos hongos y virus con membrana lipídica (VIH, VHB, VHC, VRS, influenza), pero tienen poca efectividad frente a esporas y virus de otros tipos.

Se ha demostrado que el uso de clorhexidina (con un efecto residual), cloroxilenol, hexaclorofeno, iodóferos (povidona yodada), amonio cuaternario (muy contaminante) es más eficaz que los jabones antisépticos, entre otros que tienen ventajas y desventajas así como algunos efectos secundarios.

Las indicaciones para el lavado y antiseptia de manos en general proceden cuando estén visiblemente sucias, debiéndose usar agua y jabón, antiséptico o no (figura 16-1). Los pasos para el lavado de manos con jabón son:



Figura 16–1. Técnica de lavado de manos.

1. Mojar primero las manos con agua.
2. Aplicar la cantidad de producto recomendada por el propio fabricante.
3. Frotar vigorosamente ambas manos durante 15 segundos y prestar especial atención en zonas interdigitales, pliegues ungueales.
4. Enjuagar con agua.
5. Secarlas completamente con papel de secado.
6. Con el mismo papel de secado cerrar la llave del agua.

Cuando las manos no estén visiblemente sucias se debe usar soluciones alcohólicas (efecto descontaminante).

La técnica para uso de soluciones alcohólicas consiste en aplicar el producto en la palma de la mano y frotar ambas manos cubriendo toda la superficie hasta que estén completamente secas (figura 16–2).

Las manos deben descontaminarse antes de un contacto directo con un paciente. Cuando se vaya a colocar un catéter intravascular central se deben descontaminar las manos antes de colocarse guantes estériles. Cuando se inserten catéteres urinarios o vasculares periféricos u otros dispositivos que no requieran técnica quirúrgica se deben descontaminar las manos. También se recomienda la descontaminación de las manos después de tocar la piel intacta de un paciente (tomar el pulso o la TA), después de contactar con fluidos corporales o piel no intacta, si pasamos de una zona contaminada a otra limpia del mismo paciente, después de tocar o utilizar productos que estén cerca del paciente (bombas de infusión) y después de retirar los guantes (figura 16–3).

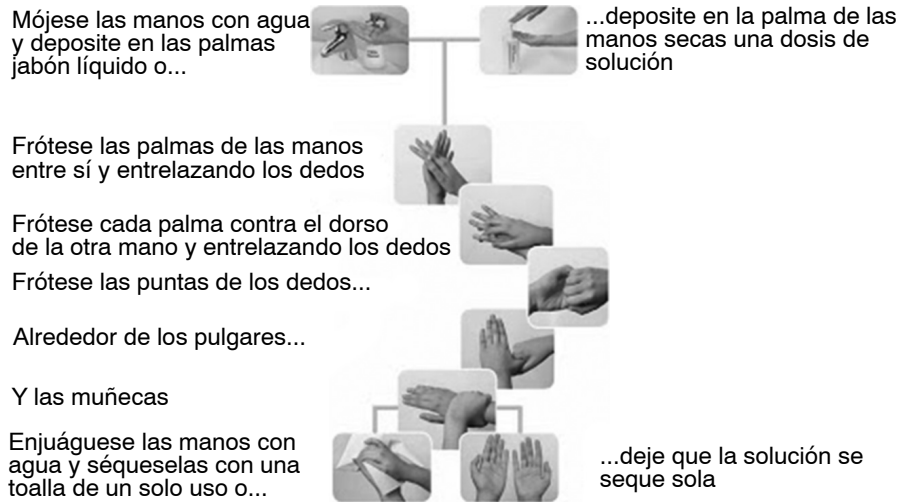


Figura 16–2. Técnica para uso de gel alcohol.

El lavado de manos con jabón no antiséptico se recomienda antes de iniciar la jornada de trabajo y al finalizarla, cada vez que las manos estén visiblemente sucias, antes y después de preparar, repartir, o servir la comida, antes y después de comer, después de ir al cuarto de baño y después de estornudar o sonarse.

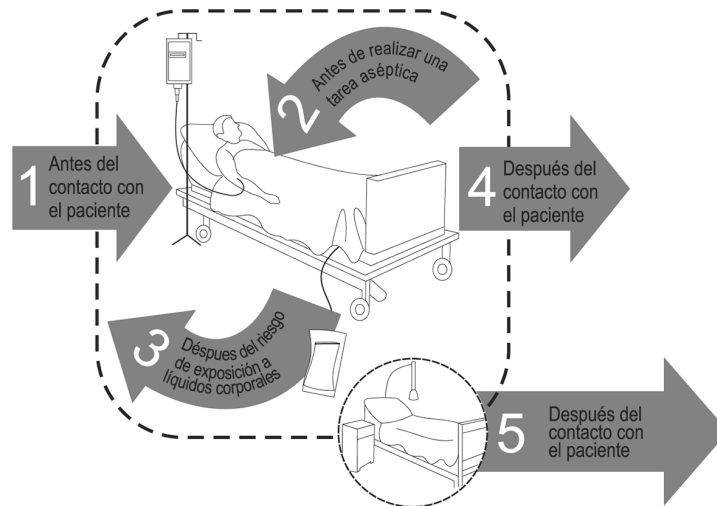


Figura 16–3. Los cinco momentos para la higiene de manos.

Los resultados de la aplicación de este tipo de medias son asombrosos, con reducciones impresionantes en la tasa de infecciones (Provonost). El gran problema es que siendo una medida tan simple pocas la respetan, a pesar de que su aplicación debe estar incluida como parte de la cultura de la seguridad en todas nuestras acciones como trabajadores de la salud.^{4,5}

CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS

Si el primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, el tema elegido para el segundo reto mundial por la seguridad del paciente es la seguridad de las prácticas quirúrgicas.²⁶ La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, la importancia de la cirugía en los sistemas de salud públicos continuará en aumento.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, destacando estos cinco puntos que enmarca el programa de la OMS:

- De los pacientes quirúrgicos hospitalizados 25% sufren complicaciones posoperatorias.
- La tasa bruta de mortalidad registrada tras cirugía mayor es de 0.5% a 5%.
- En los países industrializados casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
- El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
- Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

El problema de la seguridad de la cirugía es ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo.

“La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. La iniciativa Cirugía segura salva vidas pretende modificar esta situación subiendo el listón de la calidad y la seguridad que los pacientes pueden esperar dondequiera”, Dr. Atul Gawande.

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos.

- Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica. La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada como la profilaxis antibiótica durante la hora justo anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización. Por ejemplo, la administración perioperatoria de antibióticos se hace tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente.
- Seguridad de la anestesia. Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5 000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100 a 1 000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno.
- Equipos quirúrgicos seguros. El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el

quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de la práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debe facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente.

- Medición de los servicios quirúrgicos. Otro problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos.

El segundo reto mundial por la seguridad del paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:²⁷

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (estadísticas vitales quirúrgicas) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo (figura 16-4).

De esas cuatro líneas de acción surgieron grupos de trabajo que definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica. Esos objetivos se condensaron en una lista de verificación de una página que los profesionales sanitarios podrán utilizar para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad. Esa lista, denominada Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, ha sido evaluada en centros piloto para comprobar que es robusta, ampliamente aplicable y capaz de mejorar la seguridad y la

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano
Entrada	Intermedio quirúrgico	Salida
<input type="checkbox"/> El paciente ha confirmado <ul style="list-style-type: none"> • Su identidad • El sitio quirúrgico • El procedimiento • Su consentimiento 	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función	El equipo de enfermería confirma verbalmente con el equipo quirúrgico
<input type="checkbox"/> Marcado y asepsia del sitio quirúrgico	<input type="checkbox"/> Entre el cirujano, anestesiólogo y enfermería confirman verbalmente <ul style="list-style-type: none"> • La identidad del paciente • El sitio quirúrgico • El procedimiento a realizar 	<input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado
<input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso colocado y en funcionamiento	Previsión de eventos críticos <input type="checkbox"/> El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista	<input type="checkbox"/> Que el recuento de instrumental quirúrgico, gases y agujas sea correcto
<input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente?	<input type="checkbox"/> El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico	<input type="checkbox"/> La identificación y el etiquetado de las muestras (que figura el nombre del paciente)
<input type="checkbox"/> Alergias conocidas No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos y el conteo del mismo	<input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
Vía aérea difícil/Riesgo de aspiración No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 min? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> El cirujano, el anestesiólogo y el equipo de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente
Riesgo de hemorragia > 500 mL (7 mL/kg en niños) No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¿Existieron eventos adversos? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso líquidos adecuados		<input type="checkbox"/> Reporte del evento adverso
<input type="checkbox"/> Hemoderivados disponibles		<input type="checkbox"/> Verificó
<input type="checkbox"/> Cruce de sangre		<input type="checkbox"/> Nombre

Figura 16–4. Lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud.

calidad de la atención quirúrgica en diversos entornos, de ahí su amplia difusión y recomendación. El análisis resultante de lo acontecido en cada uno de los hospitales en las seis regiones de la OMS indica que los índices de serios problemas operatorios se redujeron de 11% a 7% en el periodo de introducción del listado de medidas, representando con ello una disminución total de hasta un tercio en el número de problemas. Con la aplicación del listado de medidas a seguir, el número de muertes posoperatorias luego de intervenciones de seriedad en estos hospitales experimentó una reducción de más de 40% (de 1.5 a 0.8%), por señalar lo más significativo.²⁸

Pero quizás lo más importante de la lista de verificación es que se trata de una evaluación de riesgos y un sistema de prevención de daños (cuadro 16–2).

Antes del inicio de la cirugía y antes de la inducción anestésica

Para dar inicio al procedimiento se requiere de la presencia del anestesiólogo, del grupo quirúrgico (cirujano y ayudantes), del personal técnico de ser necesario y del personal de enfermería.

Cuadro 16–2. Los diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía incorporados dentro de la lista de verificación

1. Operar al paciente correcto en el sitio anatómico correcto
 2. Utilizar métodos que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor
 3. Preparar eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocer esas situaciones
 4. Preparar eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocer esas situaciones
 5. Evitar provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente
 6. Utilizar sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica
 7. Evitar dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica
 8. Guardar e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas
 9. Comunicar eficazmente e intercambiar información sobre el paciente como tarea fundamental para que la intervención se desarrolle de forma segura
 10. Establecer una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos
-

El coordinador o responsable de hacer la verificación en la lista de verificación, generalmente personal de enfermería, puede completar esta sección de una vez o secuencialmente dependiendo de los pasos para la preparación de la anestesia y de la cirugía, buscando el mejor momento u oportunidad en la que tenga la atención de todos los participantes. El proceso se desarrolla como sigue:

- Obtención del consentimiento informado. Confirmar que el paciente (o el representante del paciente) ha dado su consentimiento para la cirugía y la anestesia y que esté debidamente requisado y dentro de la documentación del expediente clínico.
- Confirmación de la identificación del paciente, localización quirúrgica y procedimiento. Se confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. A pesar de que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Cuando no sea imposible la confirmación por parte del paciente, como ante un niño o paciente incapacitado, un tutor o miembro de la familia puede asumir este rol, previo al traslado del paciente a la sala de cirugía.
- Marcaje del sitio quirúrgico o No aplica. El responsable de la lista de verificación ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (normalmente con un marcador permanente y de

acuerdo a las políticas de la institución), fundamentalmente en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra).

- Verificación de seguridad anestésica completada. El responsable rellenará este paso preguntando al anesthesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprenden la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en y para cada caso. Una regla nemotécnica útil es realizar un ABCDE*: *Airway equipment*, un examen del equipo para la vía aérea; *Breathing system*, sistema de respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios); *SuCTION*, aspiración; *Drugs and Devices*, drogas y dispositivos; *Emergency medications*: medicación de emergencias, equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento. *Existen distintos listados de verificación anestésica respaldados por sociedades profesionales que se utilizan en la actualidad con este propósito.
- Pulsioximetría en el paciente y funcionando. El responsable de la lista de chequeo confirmará antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que funciona correctamente. La lectura del pulsioxímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, es necesario utilizar sistemas audibles de alarma para la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno.
- ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida? El responsable de la lista de chequeo realizará las siguientes dos preguntas al anesthesiólogo: primero preguntará si el paciente tiene o no alergias conocidas, y si es así ¿cuál? Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anesthesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente.
- ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la vía aérea? Aquí el responsable confirmará verbalmente con el anesthesiólogo que ha valorado objetivamente si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Existen varios modos de clasificar la vía aérea (tales como la escala de Mallampati, la distancia tiro mentoniana y la clasificación de Bellhouse–Doré o extensión atlanto–occipital). Una evaluación objetiva de la vía aérea utilizando un método validado es más importante que el tipo de método en sí. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado (un segundo anesthesiólogo, el cirujano, o un miembro del equipo de enfermería) que esté físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos. En pacientes con una reconocida dificultad de la vía aérea la casilla correspondiente debería mar-

carse sólo (empezada la inducción anestésica) una vez que el anestesista confirma que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente junto al paciente.

- ¿Tiene el paciente riesgo de perder > 1 000 cc de sangre? Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de un litro de sangre durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre. Ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente con una pérdida de sangre > 1 000 cc (o 15 cm³/kg). En el caso de niños, la lista de chequeo está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre/fluidos.

Al completar hasta aquí la lista de verificación el equipo quirúrgico puede proceder a la inducción anestésica.

El *time out* o pausa quirúrgica

Se trata del momento que se toma el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales, que comprenden los siguientes rubros:

- Cirujano, enfermera y anesthesiologo confirman verbalmente los datos del paciente, la localización, el procedimiento y la posición, justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel. La persona responsable de la lista de verificación, u otro miembro del equipo, pedirá a todos en el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmará verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: Vamos a realizar una pausa, y a continuación seguir: ¿Está todo el mundo de acuerdo que este paciente X va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha en posición supina? El anesthesiologo, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que confirme esto mismo también.
- En este punto se revisa lo relativo a la profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos para reducir el riesgo de infección quirúrgica. El responsable preguntará en voz alta durante la Pausa quirúrgica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis

antibiótica no se ha administrado debería administrarse ahora, antes de la incisión. Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis o bien no hacer anotación alguna o dejarse en blanco si no se proporciona dosis o no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica (en casos en los que no hay incisión en la piel o en casos de contaminación en los que se está proporcionando tratamiento antibiótico), en cuyo caso puede marcarse “No aplica” una vez que el equipo confirma esto.

- Visualización de las imágenes esenciales. Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones como en los procedimientos ortopédicos/vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la Pausa quirúrgica el responsable preguntará al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso. Si es así, se deberá confirmar verbalmente que las imágenes están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla “No aplica”.
- Anticipación (previsión) de incidentes críticos. La comunicación efectiva del equipo es un componente esencial de la seguridad quirúrgica. De esto se trata precisamente la pausa, de asegurar que se comunican aquellas cuestiones críticas del paciente. Durante ella el equipo o su responsable de la lista de verificación comentará al equipo en una rápida discusión del cirujano, del personal de anestesia y del personal de enfermería acerca de los peligros críticos y de los planes de la intervención. Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las consideraciones (o preocupaciones) específicas de cada miembro del equipo. El orden de la discusión no importa, todos deben participar. Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo el cirujano simplemente expone: Este es un caso de rutina de X duración, para luego preguntar al anestesista y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial. El cirujano repasa: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados, cuál es la duración de la intervención o previsión de pérdida de sangre? Como un ejemplo informativo al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria. Es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial. El anestesista repasa: ¿cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hay? En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y cualquier complicación, característica o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o arritmia. Se entiende que en mu-

chas intervenciones, no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesista puede simplemente decir: No hay ninguna precaución especial en este caso.

- La enfermera repasa: ¿cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente? La enfermera instrumentista debería confirmar verbalmente el indicador de esterilización, que verifica que el instrumental ha sido esterilizado satisfactoriamente. Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que la enfermera instrumentista o la enfermera circulante puedan tener, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesista. Si no existen precauciones especiales, la enfermera instrumentista puede decir: Esterilización verificado. No hay precauciones especiales.
- Otras verificaciones. Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad para procedimientos específicos. El propósito es usar la pausa quirúrgica como una oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente. Antes de comenzar con la Pausa quirúrgica se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique a sí mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención. Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial o medidas médicas, como la heparina, cuando estén indicadas; la disponibilidad de los implantes esenciales (como una malla o una prótesis) y la revisión de los resultados de una biopsia preoperatoria, resultados de laboratorio, o tipo de sangre.

De corroborarse lo señalado el equipo puede proceder con la incisión e intervención.

Verificación antes de salir de la sala de operaciones

Idealmente debe realizarse y completarse al término de la cirugía y antes de retirar el campo estéril. Puede iniciar por la enfermera circulante, cirujano o anestesista y ha de cumplirse durante la preparación final de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. El cirujano, el anestesista y la enfermera deberían revisar los eventos intraoperatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del posoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas

e instrumental. Cada casilla se chequea únicamente después de que cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida.

- El cirujano repasa con todo el equipo: ¿Qué procedimiento se ha realizado? Los eventos intraoperatorios importantes. El plan previsto a fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente. La persona responsable de la lista de chequeo pedirá al cirujano que revise en voz alta lo siguiente: Qué procedimiento se ha realizado exactamente, si se hizo como estaba planificado ya que el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas se verifica el diagnóstico preoperatorio y posoperatorio. Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente en el posoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso como una anastomosis). El plan posoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar: éste ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales.
- El anestesiólogo revisa con todo el equipo: Los eventos intraoperatorios importantes. El plan de recuperación. El responsable deberá pedir al anestesiólogo que revise en voz alta cualquier evento ocurrido durante el procedimiento relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardíaca y dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos. El anestesiólogo debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación posoperatoria. Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, el anestesiólogo puede simplemente afirmar: La anestesia ha sido rutinaria y no hay precauciones especiales.
- La enfermera revisa con todo el equipo: El recuento de gasas e instrumental, la identificación de muestras (incluyendo el nombre del paciente) y los eventos intraoperatorios importantes—plan de recuperación. La enfermera instrumentista o la circulante deben confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental. La enfermera debe confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier otra marca. La enfermera circulante o la enfermera instrumentista deben revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso in-

traoperatorio importante o pendiente para recuperación que no haya sido tratado por los otros miembros del equipo. Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de drenaje, medicación y fluidos que no estén claros.

Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad quirúrgica. Sería deseable que en la lista de chequeo figure la firma y fecha y que se adjunte al expediente clínico del paciente, o que se conserve simplemente para revisiones de garantía de calidad.

Consideramos que el valor real de este documento se enriquecerá si se analizan los casos por periodos de tiempo, por especialidad, por procedimiento y se logra con ello obtener una buena base de datos que permita efectuar un análisis adecuado para sacar conclusiones y retomar los puntos sueltos y las ventanas de oportunidad y reforzar los logros obtenidos con el uso de esta herramienta, informando a todos los usuarios de los resultados como un estímulo al trabajo realizado y re-entrenamiento de esta herramienta que ha mostrado beneficios que ya se han detectado, sumado y comunicado en la literatura médica especializada.²⁹

BACTERIEMIA CERO

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS ha puesto en marcha el proyecto Bacteriemia cero de prevención de bacteriemia relacionadas con catéteres venosos centrales (BRC o CVC) en las unidades de cuidados intensivos (UCI) inicialmente en España y a seguir en diversas partes del mundo, donde México no es la excepción.

El objetivo principal del proyecto es reducir la tasa de bacteriemia relacionada con BRC de acuerdo a los datos del diagnóstico del sitio (UCI) donde se aplique el protocolo. En segundo lugar se pretende crear una red de UCI que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y promover una cultura de seguridad en las UCI de los distintos sistemas de salud.

La campaña de Alto a la bacteriemia, o Bacteriemia cero, tiene como ingredientes el sumar otras prácticas ya antes puestas en marcha por la misma OMS como lo es la higiene adecuada de manos, la desinfección de la piel con clorhexidina, las medidas de barrera total durante la inserción de los CVC, a los que se suman las prácticas de retiro temprano de CVC innecesarios y manejo higiénico de los catéteres, por señalar algunos de los puntos más importantes.

Esta campaña tiene dos etapas de importancia capital: la inserción del catéter, que generalmente está a cargo del médico, y el manejo de las conexiones y la aplicación de medicamentos por esta vía, actividad propia del personal de enfermería, al igual que el mantenimiento del sitio de inserción.

De esta alianza, de mayor complejidad y con énfasis en el personal médico y de enfermería, se han derivado algunas recomendaciones después de las pruebas piloto efectuadas, donde se destacan las siguientes prácticas seguras relacionadas con los cuidados específicamente de enfermería, tales como: Enfatizar a familiares y pacientes que jamás deben conectar ni desconectar los dispositivos. Mantener un control de las fechas de instalación, cambio y curación de los catéteres y conexiones, con nombres, así como membretados clara y ampliamente aquellos que se han considerado de alto riesgo.⁶⁻⁸

Cuando se haga el traspaso o traslado de pacientes de una unidad a otra comunicar, verificar y comprobar todas las conexiones, haciendo las maniobras pertinentes para evitar contaminación u obstrucción y verificar que están sirviendo todas y cada una de ellas, así como los dispositivos. Desarrollar la costumbre de mantener libres de medicamentos todas las líneas desde su origen hasta el puerto de conexión cuando se administren medicamentos y soluciones diferentes a las de base. Promover la información sobre los peligros de conectar mal los dispositivos de tal manera que se evite y que en el caso fortuito de que esto suceda se identifique con facilidad para su inmediata corrección. Idealmente, incorporar dispositivos de seguridad que estén diseñados para evitar las conexiones incorrectas, destacando en este punto la prohibición del uso de jeringas Luer para la administración de medicamentos orales o enterales.

Los tubos, catéteres y jeringas son un aspecto fundamental en la administración de medicamentos. Los errores que se tienen con el uso inadecuado son en la actualidad evitables, pero existen denuncias de lesiones o muerte en nuestro entorno todos los años (EUA, 2004, nueve casos). Entre las causas más frecuentes están el uso de jeringas y conectores que no respeten las reglas de seguridad, tales como los conectores Luer, que permiten la conexión de tubos y catéteres funcionalmente diferentes aunque están diseñados para aplicaciones vasculares y nunca para uso enteral u oral, por lo que se debe distinguir claramente el uso rutinario de tubos y catéteres con fines para los que no fueron diseñados. En muchos pacientes en unidades de cuidados intensivos existe la posibilidad de que sea necesario tener diversas vías de abordaje del paciente y es en este caso donde los cuidados deben de ser extremos para evitar las confusiones, las cuales se pueden incrementar con el cambio de turnos, el movimiento del paciente de un servicio a otro y el cansancio del personal asociado con trabajo en turnos consecutivos.

Punto destacado dentro de la medicación es que después de haber administrado un medicamento se vigilen los efectos farmacológicos del mismo, sobre todo aquellos que se han identificado como secundarios o posibles. Para lograrlo, además del conocimiento de ello, es conveniente mejorar la comunicación y el oportuno reconocimiento y respuesta ante el deterioro del estado de los pacientes, recordando que el desarrollo de complicaciones no detectadas es la causa principal de mortalidad evitable en los hospitales donde se incluyen estas situaciones.

Es conveniente recordar el reconocimiento de signos de alarma en lo general, pues se ha reportado que en la mayoría de los casos el evento está precedido de signos de alerta de 6 a 8 h antes. De las PCR fuera de unidades críticas 78% son potencialmente evitables.⁷

¿CUÁL ES LA PERSPECTIVA A FUTURO DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Para dar respuesta a esta pregunta y causar nuevas expectativas es posible referirse a la comunicación que la OMS realizó en el año 2007, donde se promueven Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños, texto que se reproduce cabalmente a fin de dar claridad al mensaje:

“En los países desarrollados se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención. Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

“Las soluciones guardan relación con los siguientes conceptos: medicamentos de aspecto o nombre parecidos; identificación de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes; realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto; control de las soluciones concentradas de electrolitos; asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente, estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los pacientes y evitar errores humanos perjudiciales para ellos.

”Aplicar esas soluciones es una manera de mejorar la seguridad del paciente. En todo el mundo, los sistemas de salud reconocen hoy día que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria. El programa de trabajo de Soluciones para la Seguridad del Paciente aborda varias áreas cruciales de riesgo para los pacientes. Las medidas claras y concisas propuestas en las nueve soluciones han demostrado ser de gran utilidad para reducir las cifras inaceptablemente altas de lesiones iatrogénicas observadas en todo el mundo”.

Cuadro 16–3. Nueve soluciones para la seguridad del paciente.

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

El programa Soluciones para la Seguridad del Paciente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS intenta asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en cualquier lugar del mundo se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. "Estas soluciones ofrecen a los estados miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles". "Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en acciones concretas que efectivamente salven vidas" (cuadro 16–3).^{30–32}

REFERENCIAS

1. Alianza de seguridad del paciente OMS. <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
2. Documentos sobre higiene de manos OMS. <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>.
3. Llamamiento mundial a la campaña de Higiene de manos OMS. http://www.who.int/entity/gpsc/5may/hhsa_framework/es/.
4. Cirugía segura salva Vidas OMS. <http://www.who.int/entity/patientsafety/campaigns/es/>.
5. Manual de aplicación de la Hoja de verificación. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44233?locale=es>.
6. Campaña de Bacteriemia Zero en España. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6108&Itemid=1&lang=es.
7. Bacteriemia Zero. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf.
8. Antecedentes de metas internacionales en seguridad del paciente de la Joint Commission. <http://ceis-infectologia.blogspot.com/2011/01/metas-internacionales-para-la-seguridad.html>.
9. Acerca de la identificación del paciente. http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Solucixn_2_xIdentificacixn_de_pacientesx.pdf.
10. Identificación del paciente en la seguridad del paciente: una prioridad nacional. Colección Memoria. México, Alfil, 2009.
11. Modelos de Comunicación en la relación médico paciente En: Wilsow L: La comunicación

- humana y el derecho sanitario. México, CONAMED, 2004:21–37.
12. Administración de Medicamentos. Apuntes. <http://www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/ADMINISTRACION%20DE%20MEDICAMENTOS.doc>.
 13. Guía de practica segura para la administración de medicamentos de alto riesgo. http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&cad=rja&ved=0CFsQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Fagenciadecalidadsanitaria%2Fobservatorioseguridadpaciente%2Fgestor%2Fsites%2FPortalObservatorio%2Fusosegurodemedicamentos%2Fdocumentos%2FGPS_MANEJO_MEDICACION_ALTO_RIESGO_VALORADA.pdf&ei=ArnpUcq7MIG88wSDzoDoCQ&usg=AFQjCNHbeobW-Eklp7vixaFb1m7YyTaFWA&sig2=8Cr2JX34LYuVC8QFFzT5Q.
 14. Protocolo Universal para la prevención de sitio erróneo de cirugía. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol>).
 15. Asunción MJ *et al.*: Cirugía del lado erróneo: implicación del paciente y los profesionales. Experiencia en la cirugía mayor ambulatoria de la unidad del pie. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2011. http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&cad=rja&ved=0CFsQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Fagenciadecalidadsanitaria%2Fobservatorioseguridadpaciente%2Fgestor%2Fsites%2FPortalObservatorio%2Fusosegurodemedicamentos%2Fdocumentos%2FGPS_MANEJO_MEDICACION_ALTO_RIESGO_VALORADA.pdf&ei=ArnpUcq7MIG88wSDzoDoCQ&usg=AFQjCNHbeobW-Eklp7vixaFb1m7YyTaFWA&sig2=8Cr2JX34LYuVC8QFFzT5Q.
 16. Ducei G, Fabry J, Bernard C Nicolle L (rev.): *Prevención de las infecciones nosocomiales Guía práctica*. 2ª ed. http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf.
 17. Prevención de transmisión de infecciones en personal de salud. http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&cad=rja&ved=0CFgQFjAG&url=http%3A%2F%2Fdiposit.ub.edu%2Fdspace%2Fbitstream%2F2445%2F43349%2F1%2F527112.pdf&ei=zLvUaaAN4ny9gSQuICg&usg=AFQjCNGllc4IJ27S3JtY8n_DyTYyG1plbA&sig2=siPT6wGFRw9vozXKKhdudQ.
 18. Prevención de caídas de pacientes hospitalizados. <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&cad=rja&sqi=2&ved=0CFAQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.chospab.es%2Fpublicaciones%2FprotocolosEnfermeria%2Fdocumentos%2Fe16faaec77d5e943d6515699ca107e3.pdf&ei=RL3pUegHof28gSo1oDgAw&usg=AFQjCNHEBGIr4PmrGY00XE2MlutPyEEGgg&sig2=OqJ57pDEadxGxGP3k7Zf6g> (acceso 23 abril 2013)
 19. Sistema Vencer del IMSS para reportar eventos adversos. http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.calidad.salud.gob.mx%2Fdoctos%2Fcalidad%2Fconacas_exp_imss_vencer.pdf&ei=tL3pUZeYL4Os9ATE2YAI&usg=AFQjCNHzjETaNyE6oueDGqP9In4BF2GyTw&sig2=IT8WNeG3SaLvi6WRhnE33w.
 20. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados. http://sgm.issste.gob.mx/medica/certificacion/estandares_2011_CSG_para_aprobacion.pdf.
 21. Atención limpia, atención segura. http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/hojainformativa_handhygiene.pdf.
 22. Una atención más limpia es una atención más segura. <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>.
 23. Iniciativa "Salve vidas: límpiese las manos". Programa de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/gpsc/5may/es/>.
 24. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2001.

- Febrero de 2006. http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf.
25. Identificación de eventos adversos a partir de la queja médica. http://conamed.gob.mx/simposio/simposio_conamed_2008/nov28/iden_even_adv_que_med.pdf.
 26. WHO Guidelines for Safe Surgery. 1ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf.
 27. Campaña Cirugía segura salva Vidas, lista de verificación quirúrgica. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_Checklist_spa.pdf.
 28. N Engl Med J 2009.
 29. Para cirugía segura descripción de los pasos de la lista de verificación. <http://www.who.int/patientsafety/es/index.html>.
 30. Futuro de los programas de seguridad del paciente. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.
 31. Prácticas seguras en las transiciones asistenciales. <http://www.slideshare.net/rafagone/practicas-seguras-en-las-transiciones-asistenciales>.
 32. Para seguridad del paciente comunicación efectiva en transición de pacientes. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo52/capitulo52.htm>.

Sistemas de registro y reporte de incidentes en seguridad del paciente

Javier Rodríguez Suárez

INTRODUCCIÓN

El tema de la seguridad del paciente ha adquirido mayor relevancia desde que se empezó a reconocer que las fallas que ocasionan daño (eventos adversos) o que no lo hacen (cuasi errores) pueden ser identificadas y prevenidas. Así, muchas instituciones de salud han realizado cambios importantes en el diseño y desempeño de sus sistemas tomando en cuenta las lecciones aprendidas en industrias que tienen tradición en el uso de métodos de calidad y que han alcanzado altos niveles de confiabilidad. Una modificación fundamental en ese sentido ha sido el desarrollo y uso de sistemas de registro de fallas que se presentan durante el proceso de la atención médica. Estos han permitido el acceso a información sobre los riesgos hospitalarios que pueden traducirse en daño a los pacientes, lo que ha facilitado la toma de decisiones sobre las intervenciones que deben implementarse para la mejora de la atención.

ANTECEDENTES

En 1954 el psicólogo John C. Flanagan publicó la Técnica del incidente crítico (desarrollada para analizar accidentes aéreos),¹ describiéndolo como “aquel que contribuye de manera significativa en la aparición de una actividad o fenómeno”. Los procedimientos de esta técnica incluyen la identificación, revisión y determi-

nación de los puntos clave relacionados con tal incidente, así como la utilización de la información para la toma de decisiones. Este modelo, con variaciones para el campo de la salud, se ha estado utilizando para análisis de los incidentes críticos y con un interés específico en la prevención de su recurrencia.² Sin embargo, debe enfatizarse la diferencia del concepto de Flanagan con el definido por el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad de los Pacientes (CISP) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se anota que “un incidente es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente”.³ Esto tiene especial relevancia ya que existen estudios en éste ámbito en los que el término es utilizado de manera diferente, haciendo difícil la comparación de resultados. La razón, por lo menos en parte, es que todavía no hay un modelo aceptado universalmente para la identificación y descripción explícita de los mismos, variando ampliamente en sus objetivos, estructura y conceptualización, así como en la metodología de detección. Lo anterior implica la estandarización de la terminología de acuerdo a los avances internacionales, para homologarla y aplicarla correctamente en la práctica cotidiana.

OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE REGISTRO

La notificación y registro de las fallas de los sistemas se orientan principalmente a la mejora de la atención médica, a la educación y a la investigación. En el primer caso, se trata de identificar, comunicar y analizar las fallas a diferentes niveles hacia el interior de los sistemas de salud, pudiendo compartir las experiencias de otras similares. El punto crucial es que los sistemas deben producir respuestas objetivas y útiles para proporcionar servicios de óptima calidad. El segundo objetivo pretende que la información sirva para el aprendizaje de los problemas que se presentan durante el proceso de la atención médica así como de las medidas de mitigación, prevención de riesgos y medidas de mejora integral de las instituciones de salud. El tercer punto, la investigación, permite determinar los efectos de las intervenciones para la mejora de los sistemas de atención y su impacto sobre la disminución del daño.

La investigación puede generar información sobre la incidencia y prevalencia (puntual o periódica) de los eventos adversos y de las cuasifallas, su tipología, así como de las condiciones en que se presentan en cuanto a grupos de edad, grado de daño, etc.

Las soluciones actualmente existentes para algunos riesgos como los quirúrgicos, como es la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS, se han basado en investigaciones en este campo, en las que se han utilizado diferentes diseños, entre

los que se encuentran la correlación estadística, tendencias, análisis de riesgos y causales.

Correlaciones

El registro de las diferentes variables sobre los eventos adversos y cuasifallas permite realizar un análisis de correlación para evaluar la fuerza de asociación entre dos variables. Por ejemplo, si los condicionados por medicación se presentan más en adultos mayores o en poblaciones vulnerables que en las otras poblaciones. También pueden identificar las relaciones entre variables y proporcionan la posibilidad de realizar análisis que aclaran situaciones en el proceso de la atención médica. Todo lo anterior permite realizar el análisis y la emisión de recomendaciones para la realización de modificaciones específicas de estructuras y procesos.

Tendencias

Este tipo de análisis permite calcular y observar las tasas de presentación a través del tiempo de los incidentes, pudiendo identificar cambios significativos en el comportamiento de los mismos sobre todo cuando se aplican medidas de intervención y se busca ver el efecto que tienen. A través del monitoreo pueden verse las fluctuaciones normales con patrones bien definidos y detectar cualquier desviación de las mismas que requiera un análisis más profundo. De esta forma, los reportes permiten documentar el seguimiento que haga una institución de sus propios problemas a través del tiempo.

Análisis de riesgos

Los sistemas de registro pueden proporcionar información invaluable sobre los riesgos, de tal manera que con un número grande de ellos se pueden realizar estimaciones de la probabilidad de recurrencia de tipos específicos de fallas. También pueden ser útiles en cuanto a la severidad promedio de daño condicionado por ellas, lo cual sirve para calcular puntajes que permitirán establecer prioridades para lograr un mejor desempeño hospitalario.

Análisis causal

El registro de un gran número de variables permite elaborar un conjunto de correlaciones más complejas pudiendo en algunos casos establecer la relación de causa–efecto, lo que a su vez puede dar luz sobre la vulnerabilidad de los sistemas.

SISTEMAS VOLUNTARIOS Y OBLIGATORIOS

El proceso de notificación en general es voluntario y debe distinguirse de los sistemas de vigilancia que son obligatorios y que funcionan desde hace décadas en prácticamente todo el mundo, varios de los cuales son el resultado de acuerdos internacionales, como los de infecciones hospitalarias y de mortalidad materna. Los obligatorios han sido implementados en algunos países y representan una ventaja indudable para tener un conocimiento más completo del estado funcional de los hospitales. Su orientación se relaciona en buena medida con la responsabilidad social que tienen las instituciones prestadoras de servicios de contar con registros muy controlados y con altos grados de validez para la toma de decisiones, en tanto que el propósito de los sistemas de notificación voluntarios están más enfocados hacia la promoción cultural y educativa y a la implementación de las acciones para la mejora sustentada en el interés que tengan las instituciones.

Por otra parte, los voluntarios permiten que sean las instituciones las que decidan si notifican o no. Pueden hacerlo exclusivamente sobre los eventos más severos como son los centinelas o inclinarse por consignar los de mayor afectación económica o los producidos por fármacos (como la FDA, orientada a las reacciones adversas a fármacos), así como los producidos por alimentos o por dispositivos y equipos médicos. Es importante señalar que los sistemas voluntarios tienen desventajas manifiestas ya que en algunos casos responderán a la necesidad de priorizar los problemas que se desean conocer y tratar, por lo cual se pueden obviar otros importantes como pudieran ser las desviaciones en el funcionamiento de la administración clínica, documentación, etc. Sin embargo, en ambos casos debe reconocerse que con frecuencia se ven afectados en su implementación por la escasez de recursos humanos dedicados a estas funciones.

Ambos sistemas tienen componentes formales e informales y requieren contar con personal asignado a tareas específicas y capacitado en el conocimiento de las variables para la detección, tipificación y registro de las mismas, así como del proceso integral de análisis y soluciones. Una variable que debe consignarse de manera sistemática es la de egresos hospitalarios, la cual permitirá establecer las tasas de presentación así como el efecto de las medidas de intervención sobre las mismas.⁴

FASES PARA NOTIFICACIÓN Y REGISTRO

En este proceso se deben distinguir varias etapas generales. En cualquier momento de las mismas se puede requerir de un análisis y de la generación de recomendaciones para la implementación de medidas de mejora.^{5,6} Es obvio que se debe

realizar un análisis preliminar y un manejo inmediato para la mitigación del daño en el momento en que se ha reconocido el problema, quedando para después un estudio más profundo.

Detección

Esta etapa implica el reconocimiento de la existencia de un evento que no corresponde al curso esperado de un diagnóstico, tratamiento o medida de prevención, lo cual puede ser realizado por cualquier persona. Esto puede ser muy sencillo o puede requerir de metodologías específicas, involucrando disciplinas médicas y de enfermería, principalmente.⁷ Los eventos que ocasionan un daño severo pueden ser identificados muy fácilmente; sin embargo, existen otros de naturaleza fisiopatológica, temporales y leves, que pueden pasar inadvertidos cuando no existen datos clínicos observables. Otros daños pueden ser incluso orgánicos, pero no reconocibles, como sucede con una resección quirúrgica indebida de tejido que no produce manifestaciones objetivas. Sin embargo, en ocasiones éstos pueden manifestarse días después de ocurridos y dificultar no sólo su reconocimiento sino también su manejo, por lo cual el análisis de las causas raíz también podría ser muy complejo.

Además de la identificación por observación de datos manifiestos, la misma puede realizarse también mediante mecanismos formales y estructurados, realizando un trabajo sistemático y científico como el análisis de casos por los comités hospitalarios así como de las quejas médicas, utilizando información proveniente de autopsias y, desde luego, mediante el análisis sistemático o aleatorio de los expedientes clínicos, lo que se considera el estándar de oro para efectos de detección. Esta última metodología requiere de clínicos capacitados específicamente en la calidad de la atención y detección de errores hospitalarios y su prevención. Algunas barreras que obstaculizan el uso de este recurso son el llenado incompleto o la falta de consignación explícita de los problemas que se presentan en el curso de la atención médica, así como el consumo de tiempo y gasto, lo cual lo hace inviable para uso cotidiano. Sin embargo, puede optarse por la revisión aleatoria de los mismos y en casos específicos hacer revisiones extensas que proporcionarán información epidemiológica relevante. En estos casos, la clasificación de la OMS tiene una gran utilidad como guía para la detección y notificación, sin importar la fuente de información que se utilice.

Notificación

Cuando la notificación es realizada por personal no médico tiene menor precisión, ya que depende en gran medida de la educación y cultura que tenga la per-

sona que avisa de su ocurrencia. Sin embargo, una vez que se ha reconocido su presencia deberá ingresar a un sistema formal estructurado para tomar decisiones sustentadas en evidencias válidas.⁸ Aquí cabe destacar la importancia de que todos, profesionales y trabajadores de la salud, usuarios de los servicios y familiares, reconozcan a la hospitalización como un factor de riesgo que puede resultar en eventos que pueden lesionar a los pacientes y que estén alertas para reconocerlos y notificarlos oportunamente.

Esto ha sido enfatizado en estudios como el de Hauck y Zhao,⁹ en el que se determinó que la hospitalización conlleva 5.5% de riesgo de reacciones adversas a medicamentos, 17.6% de riesgo de infección y 3.1% de riesgo de úlceras para tiempos de estancia promedio.

Por otra parte, otro concepto del que se habla con frecuencia y que también tiene que ver con la notificación es el daño prevenible, el cual no tiene una definición exacta. Aunque varios autores establecen mediciones con resultados estadísticos, éstos no pueden ser confirmados en otros estudios debido a la falta de una definición aceptada en todos los países. En este sentido, una revisión sistemática de 127 estudios realizada por Nabhan,¹⁰ demostró que existe información empírica limitada de la validez y confiabilidad de las definiciones disponibles y ninguna está soportada por evidencias válidas. La más común es “la presencia de una causa de daño identificable y modificable”.

En dicha revisión se expuso que los tres daños prevalentes y prevenibles más incluidos en los estudios fueron: eventos adversos por fármacos (33/127, 26%), infecciones de líneas centrales (7/127, 6%) y tromboembolismo venoso (5/127, 4%). Se encontraron siete temas o definiciones de daño prevenible, siendo las tres principales la presencia de una causa identificable y modificable (58/132 definiciones, 44%); la percepción de que la adaptación razonable del proceso prevendrá recurrencias futuras (30/132, 23%) y la adherencia a las guías como medio para prevenirlos (22/132, 16%).

Registro

Se define desde el punto de vista informático como el “conjunto de datos relacionados entre sí que constituyen una unidad de información en una base de datos”. Este concepto orientado hacia los sistemas electrónicos es relevante pues aunque inicialmente se realice en papel, en cualquier momento será necesario transferir la información a una hoja de cálculo o a un sistema electrónico de estructura similar para elaborar estadísticas, sobre todo cuando se acumula un número elevado de casos. Esto constituye el insumo obligado para el desarrollo de trabajos de investigación y entre mayor veracidad científica tenga, mayor validez tendrán los resultados obtenidos.

Reporte

En los reportes se concentra la información y ésta puede incluir el cruce de diferentes variables que permitirán encontrar tendencias y correlaciones. Son fundamentales ya que los reportes pueden ser piedras angulares del conocimiento por su consistencia y alto grado de validez científica. Esto último queda demostrado en estudios con alto rigor metodológico como el *Harvard Medical Practice Study* realizado por Leape en 1991, donde una revisión extensa de expedientes clínicos mostró que 3.7% de las personas hospitalizadas había sufrido algún evento adverso, aunque deban considerarse diferencias significativas con otros estudios internacionales en cuanto a la metodología aplicada.¹¹ Los reportes publicados también pueden evidenciar la relación entre el tipo de incidente y el grado de daño que producen, como en la investigación de Lucas,¹² en la que se mostró que 14.3% estuvo vinculado a la medicación, 26.5% a infecciones nosocomiales, 35.7% a problemas técnicos en procedimientos, 11.2% a diagnósticos y el resto a otras causas. De tales eventos, 12.2% implicó un daño leve, 78.6% moderado y 8.2% daño serio.

A pesar de la utilidad que pueden tener los resultados de estos y muchos otros estudios para un mejor trabajo asistencial, todavía existe resistencia para el reporte, aún ante la evidencia de que una buena parte de los problemas se presenta en sitios tan importantes y aparentemente controlados como son las terapias intensivas. Los incidentes pueden estar muy por encima de lo que se cree, ya que, según algunos autores, lo que no se informa llega a ser hasta 20 veces mayor que lo que sí se reporta.¹³

Lo anterior tiene que ver con el hecho de que los hospitales tienen su propia inercia y cultura, que en ocasiones no coincide con la necesidad de dar a conocer formalmente las fallas que se producen en la atención, ya que lo realizan de acuerdo a sus propios enfoques o responden de manera lenta. Ejemplo de esto es el informe elaborado por Levinson,¹⁴ en que se describen los sistemas de registro y reporte de eventos adversos en 50 estados de EUA y en el Distrito de Columbia. En 26 de los 50 se contaba con criterios para su aplicación, basados en políticas formales y procedimientos específicos, mientras que los restantes no contaban con ellos. Para 2008 10 sistemas tenían menos de tres años de existencia, 8 habían estado funcionando entre 4 y 9 años, y 8 habían estado operando por 10 años o más. En 18 estados que enviaron el número de eventos adversos reportados por los hospitales durante 2006, éstos variaron de seis a 16 442, siendo diferentes además en cuanto a tipo y criterios utilizados para su selección. Por otra parte, 26 hospitales establecieron sus propias listas de eventos adversos reportables y tres utilizaron la lista del *National Quality Forum* (NQF), pero referidos principalmente al nivel de daño. A continuación se muestran algunos ejemplos de sistemas y su orientación, la cual evidencia diferencias de enfoque y metodología.

Cuadro 17–1. Orientación de algunos sistemas de registro y reporte de eventos adversos

Autor	Orientado a
Phansalkar S <i>et al.</i> ¹⁵	Análisis textual para detección de eventos adversos por medicamentos
Penz JF <i>et al.</i> ¹⁶	Reporte de eventos adversos en colocación de catéteres venosos centrales
Richesson RL <i>et al.</i> ¹⁷	Manejo de eventos adversos en redes clínicas
Kohl KS <i>et al.</i> ¹⁸	Reporte de incidentes en inmunizaciones
Kilbridge PM <i>et al.</i> ¹⁹	Identificación de eventos adversos en pediatría
Taft LM <i>et al.</i> ²⁰	Identificación de factores de riesgo con reconocimiento de patrones electrónicos para mejorar la detección de eventos adversos
Bilimoria KY <i>et al.</i> ²¹	Identificación de patrones de eventos adversos en cirugía
FDA ²²	Reporte en internet de eventos adversos de fármacos y productos biológicos autorizados
CDC ²³	Reporte en internet de eventos adversos por vacunación

Estos sistemas obvian las cuasifallas o cuasierrores a pesar de que pueden contribuir a conocer las debilidades de los servicios de salud (cuadro 17–1).

REQUISITOS PARA LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES

Decisión del nivel gerencial o directivo de alto nivel

El desarrollo de un sistema de notificación y reporte requiere ante todo del convencimiento y decisión política de la gerencia hospitalaria. El apoyo es fundamental porque el liderazgo de ese nivel es deseable para establecer un ambiente no punitivo, de tal manera que estimule al personal a dar a conocer cualquier evento que se presente y que ponga en peligro a los pacientes.

Designación del responsable de la administración del sistema

Es clave que la administración esté a cargo de un profesional comprometido con su institución, con experiencia en estos temas y con facilidad para socializar y transmitir al personal los objetivos y metas y motivarlos para que utilicen el sistema. En los hospitales este proceso puede ser una de las actividades de su perfil

de puesto. Sin embargo, es frecuente que se deba acudir a profesionales que ya tienen otras actividades que desarrollar, por lo cual es importante racionalizar el uso de los recursos humanos y priorizar las acciones de acuerdo a las necesidades y posibilidades de cada unidad.

Equipo interdisciplinario de análisis

Un objetivo fundamental de estos sistemas es aprender a partir de la experiencia. Sin embargo, es necesario reconocer que notificación y reporte constituyen solamente una parte del proceso, ya que las fallas registradas deben ser analizadas periódicamente por un grupo de trabajo interdisciplinario con el propósito de formular respuestas e implementar cambios que posteriormente deben ser medidos para determinar su impacto. De preferencia, este grupo debe ser liderado por el director del hospital y los jefes de servicio, aunque también es importante que el personal sin cargo directivo participen quienes conozcan bien la operación de los servicios. En este grupo se pueden constituir comités específicos o bien utilizar grupos de trabajo ya existentes. Su función será la de realizar el análisis, formular estrategias de intervención, definir el monitoreo así como el seguimiento y evaluar el impacto institucional de acciones específicas. Aquí es muy importante recordar que el trabajo hospitalario rebasa con frecuencia los recursos humanos disponibles, motivo por el cual debe simplificarse en la medida de lo posible.

Incorporación del registro y análisis a las actividades institucionales cotidianas

Quizá sea ésta la parte más compleja ya que se trata de lograr modificaciones de conducta, lo cual implica un cambio cultural. Esto sólo se logrará si el personal percibe que hay liderazgo, apoyo de la dirección, retroalimentación no punitiva para el personal y, sobre todo, capacitación específica sobre estos temas.

Manejo de las barreras para implementar los sistemas

Aun cuando es obvia la necesidad de contar con estos recursos, su desarrollo y aplicación han sido lentos debido a numerosos factores que los inhiben, como son la cultura inadecuada, el temor a la sanción o el escaso compromiso de los directivos. Lo anterior, junto con el uso de distintas metodologías, ha conducido a una gran variabilidad estadística que todavía no se resuelve. Como consecuencia de ello, también se ha obstaculizado la implementación de medidas de mejora comu-

nes a problemas similares. Esto ha cobrado mayor relevancia en vista de que las desviaciones del proceso de la atención médica que producen daño, además de ser consideradas como problemas de salud pública, también perjudican a los médicos, quienes con frecuencia se convierten en segundas víctimas. Por otra parte, la presión de tiempo en los servicios de atención debido al exceso de demanda, junto con la percepción de que tales medidas no reportarán ningún beneficio a los médicos, dificultan su implantación. De cualquier manera, el enfoque para vencer estas barreras implica acciones intensivas de naturaleza educativa con una orientación proactiva para incrementar la cultura organizacional. Es necesario mencionar que a nivel de la operación la extensión de algunos sistemas hacen muy laborioso el registro en papel, lo que obliga al uso de sistemas automatizados pues se acelera tanto la obtención de reportes como el análisis de la información.²⁴

DESARROLLO DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Aunque ya para el año 2000 se habían utilizado algunas taxonomías y clasificaciones para el registro de eventos adversos generalmente no tomaban en cuenta los cuasierrores y su análisis, independientemente de que no tenían un diseño que se orientara hacia la homologación de terminologías e integración de las diferentes variables (cuadro 17–2). Lo anterior motivó que en 2003 la OMS reconociera

Cuadro 17–2. Taxonomías y clasificaciones para identificación de fallas

Dovey Error médico ²⁷	Taxonomía con categorías de error médico, contexto y consecuencias
Brixey Error de medicación ²⁸	Categorías: información del paciente, evento de error de medicación, desenlace en el paciente, información del producto, personal involucrado, tipo de error de medicación, causas, factores contribuyentes
Zhang y Patel ²⁹ 1. Taxonomía cognitiva del error basada en la acción 2. Taxonomía cognitiva de falla basada en la acción	1. Errores basados en falta de conocimiento (errores de metas, errores de intención) o seguimiento de reglas (errores de especificación de acciones) 2. Fallas de ejecución (fallas de metas, de intención, de especificación de acción, de ejecución) y fallas de evaluación (de percepción, de interpretación y de evaluación)
Makeham ³⁰ Errores en la práctica general	Sistema de cinco niveles con inclusión de 171 tipos de error orientado a la descripción de problemas con los procesos de la práctica médica general
Pace ³¹ Taxonomía basada en las dimensiones de los desenlaces médicos	Incluye cinco dominios y 38 ejes. Codifica todos los pasos de los procesos, diagnósticos, pruebas y medicación asociada, participantes, desenlaces y prestadores de servicio que descubrieron el evento

la necesidad de estandarizar y analizar la información sobre las diferentes herramientas de registro con el fin de proporcionar un medio de comparación y aprendizaje local, regional, nacional e internacional. Con esos antecedentes, en 2005 la OMS reunió a un grupo de expertos para desarrollar una estructura conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), realizando una encuesta con el método Delphos para identificar la relevancia y aceptación de la misma.²⁵ Con la participación de 250 expertos internacionales se establecieron conceptos clave y definiciones y términos preferidos, incorporando esfuerzos previos de otras instituciones con reconocimiento internacional, así como de la propia OMS. En el 2009 se divulgó una segunda publicación (versión 1.1) y se puso a disposición de los profesionales de la salud para su adecuación y uso. En ella se incluye el marco conceptual y las 10 categorías, los términos y conceptos básicos y una descripción detallada de las variables primarias y secundarias de la CISP.²⁶

Uso de la clasificación internacional para la seguridad del paciente de la OMS para el desarrollo del sistema de registro automatizado de incidentes en salud

En 2009 y con base en las indudables ventajas de la CISP, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se realizó la traducción de todos los términos incorporados en esa clasificación, así como su adecuación a México, con la finalidad de crear el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS). En ciertos casos la adaptación implicó la eliminación de algunos términos que no tenían un equivalente en el país o que no eran de uso común, así como la adición de importantes variables no contenidas en la clasificación. El segundo paso consistió en el desarrollo de software, inicialmente diseñado para uso local pero que luego sentaría las bases de la versión web. Para determinar la utilidad del sistema se llevó a cabo un estudio piloto mediante el análisis de 1 000 expedientes clínicos de egresos hospitalarios (considerado como el estándar de oro en la identificación de incidentes).³² Dicho estudio mostró las ventajas del registro electrónico en relación al registro convencional en papel, entre las que se encontraron:

- a. Facilidad para el reconocimiento de eventos adversos y cuasi errores.
- b. Registro fácil y rápido.
- c. Recuperación sencilla y estructurada de la información en reportes electrónicos e impresos, según necesidades.

En el proceso de adecuación de la terminología y de desarrollo de software se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

1. En México existen diferentes regiones en las que puede variar tanto la terminología como su significado.
2. La inclusión de los cambios que se realizaron a la clasificación en 2008.
3. La revisión de la traducción por expertos de las diferentes especialidades para la optimización de la misma.
4. La adición de variables para la aplicación operativa de la CISP, como datos demográficos sin identificación de instituciones o personas, los egresos hospitalarios, la lista de eventos centinela y otras no menos importantes.
5. El desarrollo de un software de uso fácil para cualquier persona con el mínimo de preparación en informática médica.
6. La vinculación con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE 10) de la OMS y con documentos normativos y legales vigentes en México.
7. Las pruebas de campo de la primera versión de software y versiones subsecuentes.
8. La elaboración de un manual en español para el uso del sistema.
9. La evaluación técnica del software.

Estructura del SIRAIIS de acuerdo con la CISP

Se hicieron modificaciones estructurales del software en algunos aspectos relacionados con necesidades operativas, modificando algunos puntos de la CISP, pero conservando las diez categorías de la misma.

Categorías

1. Tipo de incidente. Incluye 15 tipos diferentes, como son las infecciones hospitalarias asociadas a la atención médica, por medicación, producidas por dispositivos y equipo médico, por transfusión, etc.
2. Características del incidente. En esta sección se registra la fecha de presentación del mismo, el estado del tratamiento, las disciplinas involucradas, la persona que reporta, así como los involucrados (el tipo de profesional o persona, pero sin identidad).
3. Características del paciente. En esta categoría se encuentra el motivo de consulta y procedimiento, donde se pueden seleccionar los diagnósticos, así como el tratamiento y las acciones de prevención.
4. Resultados del paciente. Se consigna en esta sección el tipo de daño, si el evento es único o múltiple, si se considera cuasierror, evento adverso o evento centinela. El usuario puede agregar cualquier otro comentario en el cuadro de texto correspondiente.
5. Resultados organizacionales. Aquí se anotan los daños a las instalaciones

y aumento de requerimientos, como la prolongación de la estancia hospitalaria.

6. Factores contribuyentes/riesgos. En esta categoría hay seis subcategorías principales: factores del personal médico, del paciente, de trabajo y ambientales, de organización, de servicio y externos.
7. Detección. Incluye cinco subcategorías de personal involucrado en el incidente. Pueden capturarse datos sobre el personal, familiares del enfermo, proceso de detección, etc.
8. Acciones para reducir riesgos. Contiene cinco grandes grupos entre los que destacan los factores del paciente, factores del personal médico, del ambiente organizacional, así como del equipo y del agente.
9. Factores atenuantes. Entre éstos se encuentran los dirigidos al enfermo, al personal médico, a la organización y al agente.
10. Acciones de mejora. Se incluyen las relacionadas con el paciente y con la organización, el manejo de las quejas y lo relacionado con las mismas, así como la notificación local y reintegración, reclamos, conciliación y mediación, educación, capacitación, cultura, incapacidad y compensaciones.

Cambios que incluye la versión Web del SIRAI

1. Simplificación de los Motivos de consulta.
2. Inclusión de una opción que permite registrar los eventos como únicos o múltiples, así como de los términos evento adverso, evento centinela y cuasierror en la categoría Resultados del paciente. También se agregaron cuadros de texto con tamaño variable de acuerdo a la información que el usuario desee agregar. Además se incorporaron eventos centinela específicos, como muerte materna, retención de material o instrumental quirúrgico, caída con secuelas, lesión/muerte perinatal, relacionado con anestesia, infección intrahospitalaria mortal y otros.
3. Inclusión de la posibilidad de registrar la prolongación de la estancia hospitalaria en días en la categoría Resultados organizacionales.
4. Inclusión de la fecha de presentación del primer incidente.
5. Inclusión de la variable Egresos con el fin de determinar la tasa de presentación hospitalaria.
6. Inclusión de tres formatos para la generación de reportes: listados, tablas y gráficas, pudiéndose exportar los resultados a Excel®. Los resultados pueden obtenerse con la frecuencia que se desee (diaria, semanal, mensual, etc.) de acuerdo a las necesidades de cada hospital.

Integración del SIRAIS con otros sistemas de registro

Uno de los problemas fundamentales de la información en este contexto es la fragmentación de la misma debido a la existencia de un gran número de sistemas desvinculados entre sí. Esto ha dificultado el análisis adecuado de la información, impidiendo el cruce de variables que en su conjunto pueden servir para implementar medidas de mejora comunes. Es por ello que se ha considerado la integración del SIRAIS con otras herramientas como los indicadores de seguridad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), así como la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS. En el primer caso los indicadores son 26 (hasta la versión 2009 de la OCDE), dispuestos en cinco categorías. Éstos son similares a algunos eventos centinela reportados en la literatura disponible, así como de algunos consignados en la CIE 9. La integración de estos indicadores se realizó a través de su inclusión en la base de datos del SIRAIS. En el segundo caso se desarrolló una sección en la interfase del SIRAIS para anotar comentarios de lo sucedido durante actos quirúrgicos en los que se hubiese presentado alguna falla contenida en la lista de verificación, pudiendo darle seguimiento, para efectos de mejora, a través de la consulta de su propia base de datos. Todo ello requiere del consenso de los usuarios del SIRAIS, proceso que deberá cumplirse antes de disponer estos cambios para uso general.

Implantación y resultados del SIRAIS

Tanto durante la fase de prueba piloto como en el uso subsecuente de la versión web la información capturada ha sido confidencial, sin datos de identificación institucional ni personal, y se ha resguardado en una base de datos de acceso restringido y desde la cual cada institución puede recuperarla en el momento que lo requiera. La labor de implantación se ha realizado de acuerdo a las cargas de trabajo y recursos humanos disponibles en cada hospital, así como en base al interés y a las prioridades que han tenido en particular. Es importante señalar que a pesar de que el menú de opciones es muy amplio, los hospitales pueden seleccionar lo que desean registrar en base a la problemática prioritaria que enfrentan y elegir si lo hacen para determinar su magnitud o para establecer acciones de corrección y prevención. La captura electrónica es fácil y rápida dado que los datos recogidos generalmente no incluyen demasiadas variables, por lo que también es sencilla su revisión. Por otra parte, los informes se obtienen en tiempo real, actualizándose las estadísticas de manera dinámica, lo que favorece un mejor control.

Los registros se iniciaron en octubre de 2010 y desde entonces se han realizado varios estudios que han permitido obtener un panorama de lo que sucede en hospitales mexicanos.^{33,34} Así, para abril de 2013, 36 hospitales de diferentes estados

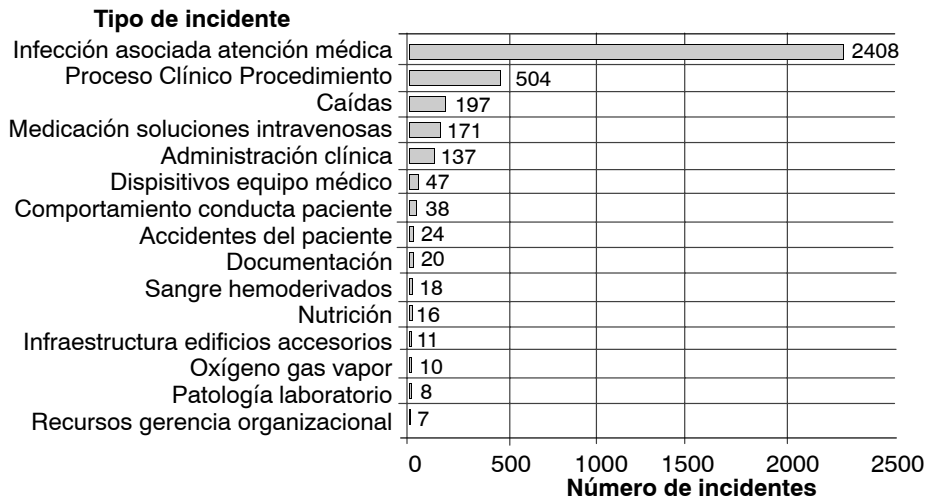


Figura 17-1. Tipos de incidentes registrados en el SIRAI (N = 3 481).

de la república habían capturado 3 481 incidentes en el SIRAI (figura 17-1). De ellos, 2 916 fueron eventos adversos que mostraron diferente grado de daño. El resto, 565, no mostraron daño, lo cual correspondió a cuasifallas o a registros relacionados con documentación, gerencia organizacional u otra categoría de administración médica (figura 17-2).

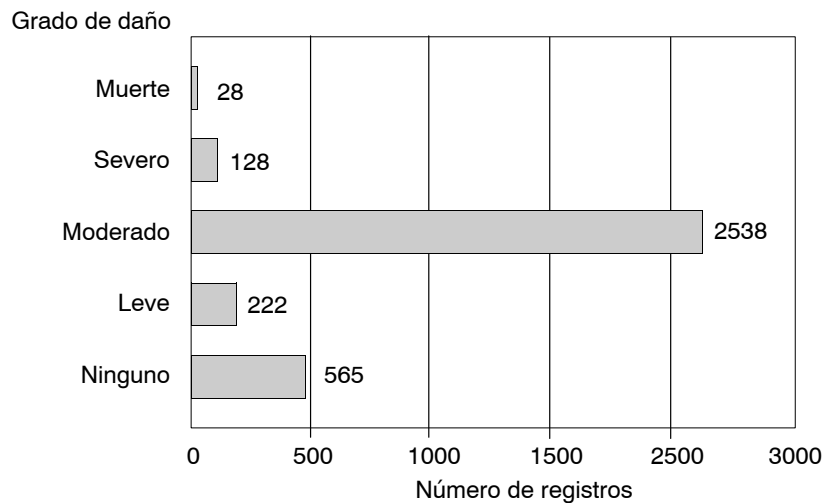


Figura 17-2. Grado de daño producido por los eventos adversos (N = 3 481).

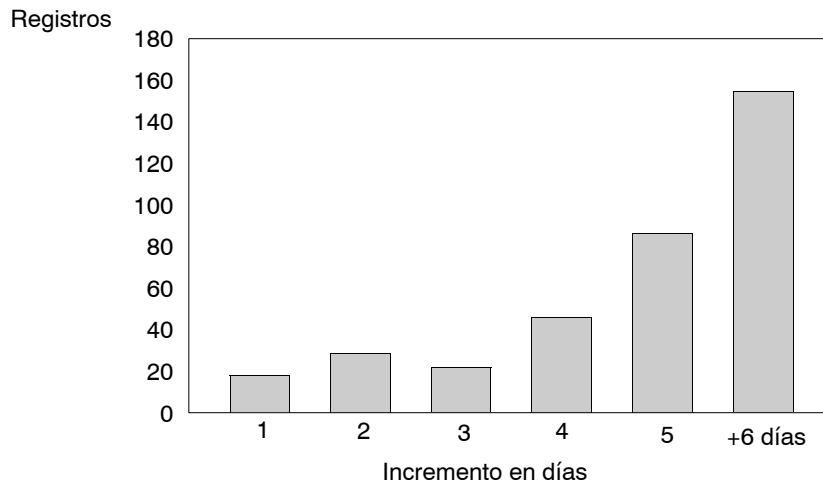


Figura 17–3. Prolongación de estancia hospitalaria como consecuencia de incidentes con daño (N = 395).

La prolongación de la estancia hospitalaria como consecuencia de los eventos adversos ha sido capturada en los registros en diferente medida (figura 17–3) y constituye una situación que conlleva una mayor probabilidad de sufrir cualquier otro evento adverso como las infecciones hospitalarias, mismas que generan cargas económicas y otros efectos no menos relevantes.³⁵

Con estos datos se puede concluir que el SIRAIIS es un sistema de registro y reporte de incidentes que permite conocer el estado de la seguridad de los servicios de atención médica colectando datos sobre variables de interés que pueden cruzarse entre sí en forma dinámica. Esto facilita la obtención de reportes, los cuales pueden servir de base para efectos de comparación cuando se implementen medidas de intervención tanto correctivas como preventivas, pudiendo además determinar su efectividad. Así, se ha podido constatar el interés de los hospitales por mejorar sus sistemas de atención médica. De los 3 481 registros mencionados, en 3 097 se ha anotado alguna o más acciones de mejora (88.96%), mientras que en 2 996 registros se ha señalado alguna o más acciones para reducir riesgos (86.06%). Aunque son deseables mejores estadísticas, lo obtenido hasta ahora habla por sí mismo del interés que tienen los profesionales de la salud y las instituciones en participar activamente en el proceso de notificación y registro, lo cual puede interpretarse como un avance de la cultura para la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. **Flanagan J:** The critical incident technique. *Psychol Bull* 1954;51:327–358.
2. **Woloshynowych M, Rogers S, Taylor AS, Vincent C:** The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess* 2005;9(19):1–143.
3. **Thomson R, Lewalle P, Sherman H, Hibbert P, Runciman W et al.:** Towards an International Classification for Patient Safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):9–17.
4. **Fajardo DG, Rodríguez S, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF et al.:** Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Ciruj* 2010;78:527–532.
5. **Harpaz R, Dumouchel W, Lependu P, Bauer–Mehren A, Ryan P et al.:** Performance of Pharmacovigilance Signal–Detection Algorithms for the FDA Adverse Event Reporting System. *Clin Pharmacol Ther* 2013.
6. **Chen HC, Tsong Y, Chen JJ:** Data mining for signal detection of adverse event safety data. *J Biopharm Stat* 2013;23(1):146–160.
7. **Simpson RL:** Innovations in transforming organizations. *Nurs Adm Q* 2009;33(3):268–272.
8. **Rodríguez SJ, Santacruz VJ, Fajardo DG, Hernández F:** Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: aprendizajes. *Rev CONAMED* 2012;17(2):81–86.
9. **Hauck K, Zhao X:** How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients. *Med Care* 2011;49(12):1068–1075.
10. **Nabhan M, Elraiyah T, Brown DR, Dilling J, Leblanc A et al.:** What is preventable harm in healthcare? A systematic review of definitions. *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):128.
11. **Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR et al.:** The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324(6):377–384.
12. **Lucas FJ, Aranaz JM, Gea MT, Gallardo D, Limón R et al.:** Clinical safety plan in a university hospital complex. Initial diagnosis: study of adverse events. *Rev Calid Asist* 2012.
13. **Edlavitch SA:** Adverse drug event reporting. Improving the low US reporting rates. *Arch Intern Med* 1988;148:1499–1503.
14. **Levinson DR:** Adverse events in hospitals: state reporting systems. Department of Health and Human Services, diciembre de 2008 OEI–06–07–00471. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei–06–07–00471.pdf>.
15. **Phansalkar S, Patel VL, Hoffman JM, Hurdle JF:** Use of verbal protocol analysis for identification of ADE signals. *AMIA Annu Symp Proc* 2006:1063.
16. **Penz JF, Wilcox AB, Hurdle JF:** Automated identification of adverse events related to central venous catheters. *J Biomed Inform* 2007;40(2):174–182.
17. **Richesson RL, Malloy JF, Paulus K, Cuthbertson D, Krischer JP:** An automated standardized system for managing adverse events in clinical research networks. *Drug Saf* 2008;31(10):807–826.
18. **Kohl KS, Magnus M, Ball R, Halsey N, Shadomy S et al.:** Applicability, reliability, sensitivity, and specificity of six Brighton Collaboration standardized case definitions for adverse events following immunization. *Vaccine* 2008;26(50):6349–6360.
19. **Kilbridge PM, Noiro LA, Reichley RM, Heard KM, Dunagan WC et al.:** Computerized surveillance for adverse drug events in a pediatric hospital. *AMIA Annu Symp Proc* 2008:1004.
20. **Taft LM, Evans RS, Shyu CR, Egger MJ, Chawla N et al.:** Countering imbalanced data-

- sets to improve adverse drug event predictive models in labor and delivery. *J Biomed Inform* 2009;42(2):356–364.
21. **Bilimoria KY, Kniecik TE, DaRosa DA, Halverson A, Eskandari MK et al.:** Development of an online morbidity, mortality, and near-miss reporting system to identify patterns of adverse events in surgical patients. *Arch Surg* 2009;144(4):305–311.
 22. U. S. Food and Drug Administration. <http://www.fda.gov/ForHealthProfessionals/default.htm>.
 23. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov.
 24. **Mira JJ, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J, Santacruz J:** Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(1):1–7.
 25. **Runciman W, Hibbert P, Thomson R, van der Schaaf T, Heather S et al.:** Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care* 2009;21(1):18–26. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
 26. Organización Mundial de la Salud: Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Enero de 2009. http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf.
 27. **Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE et al.:** A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002;11:233–238.
 28. **Brixey J, Johnson TR, Zhang J:** Evaluating a medical error taxonomy. *Proc AMIA Symp* 2002;71–75.
 29. **Zhang J, Patel VL, Johnson TR, Shortliffe EH:** A cognitive taxonomy of medical errors. *J Biomed Inform* 2004;37(3):193–204.
 30. **Makeham M, MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR:** An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *MJA* 2002;177(2):68–72.
 31. **Pace WD et al.:** Developing a taxonomy for coding ambulatory medical errors: a report from the ASIPS Collaborative. *Advances in patient safety: from research to implementation. Concepts and Methodology*, 2005:2. NLM Online Bookshelf. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20493/>.
 32. **Fajardo DG, Lamy P, Rodríguez SJ, Fuentes DMA, Lucero MJ et al.:** Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Rev CONAMED* 2010;15(1):29–36.
 33. **Rodríguez SJ, Lamy P, Fajardo DG, Santacruz VJ, Hernández T:** Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos mediante el sistema SIRAS. *Rev CONAMED* 2012;17(2):52–58.
 34. **Villanueva ELA, Rodríguez SJ, Lucero MJ:** Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios. *Rev CONAMED* 2012;17(3):109–113.
 35. **Plowman RP, Graves N, Griffin MAS et al.:** The rate and cost of hospital acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *J Hosp Infect* 2001;47:198–209.

Medicina basada en evidencias y seguridad del paciente

Esteban Hernández San Román

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se analiza con argumentos recientes la situación actual de la medicina como ciencia y arte y se describe la necesidad de los profesionales que actúan en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS) de contar con información confiable, relevante y útil para la adecuada toma de decisiones, destacando la importancia y la realidad de la aplicación de la medicina basada en evidencias (MBE) para fortalecer la calidad de la atención médica y, sobre todo, de su influencia para mejorar la seguridad del paciente. Finalmente, se abordan los conceptos vigentes sobre guías de práctica clínica y se describen los avances y retos que hay en México sobre este tema.

MEDICINA: ¿ARTE O CIENCIA?

*Se ha vuelto espantosamente obvio que nuestra
tecnología ha excedido nuestra humanidad.*

Albert Einstein

Los avances científicos y tecnológicos que han ocurrido en las últimas décadas y el surgimiento de la MBE están cambiando la práctica clínica y ello obliga a reflexionar acerca del antiguo pero siempre vigente debate sobre la naturaleza de la medicina como arte o como ciencia.

La medicina es a menudo concebida como una combinación de arte y ciencia. Sus aspectos científicos consisten en la riqueza del conocimiento que surge de la investigación epidemiológica, biomédica y de laboratorio que provee el conocimiento que puede ser generalizable para todos los profesionales de la salud. Sus aspectos artísticos derivan de la experiencia de los médicos en la forma de intuiciones, heurística, reglas prácticas y recuerdos de experiencias pasadas con pacientes específicos. De alguna manera esos dos aspectos son integrados en la práctica médica, la cual hace uso de los conocimientos derivados de la ciencia y de la experiencia.¹

En años recientes ha habido un énfasis creciente en la medicina científica. La necesidad de establecer las bases científicas para la práctica médica se fundamenta en la superioridad inherente del conocimiento derivado de la investigación científica sobre el conocimiento derivado de la experiencia. Esta afirmación surge, entre otras cosas, de los resultados de los estudios que muestran importantes variaciones en la práctica médica para la atención de problemas de salud aparentemente homogéneos.¹

Los defensores de la MBE buscan que los pacientes, clínicos, gerentes sanitarios y elaboradores de políticas pongan atención a los mejores hallazgos de la investigación en el cuidado a la salud y que cumplan el requerimiento dual de que sean científicamente válidos y disponibles para su aplicación clínica. Al hacer esto la MBE ha proclamado un nuevo paradigma y enfrenta el tradicional fundamento del conocimiento de la medicina, en el que los elementos clave son el entendimiento de los mecanismos básicos de la enfermedad asociados con la experiencia clínica. La última es representada por la autoridad individual (experto) o, mejor aún, por la autoridad médica colectiva, tal como un panel de expertos convocados por una sociedad profesional para proveer directrices de práctica clínica.² La MBE afirma que los expertos son más falibles en sus recomendaciones acerca de lo que funciona y lo que no funciona en el cuidado de los pacientes en comparación con la evidencia derivada de la observación sistemática profunda (por ejemplo, la investigación del cuidado a la salud). Esta falibilidad ha sido especialmente agudizada durante las décadas recientes con el desarrollo, en el ámbito clínico cada vez más naturalista y complejo, de métodos de investigación aplicada para la observación y la experimentación.³

Los argumentos en favor de la aplicación del conocimiento científico en la atención médica enfrentan, sin embargo, tres cuestionamientos relevantes:

1. La mayor parte de las intervenciones que se requieren en la práctica clínica no han sido estudiadas científicamente.
2. Muchas de las recomendaciones establecidas en reportes de las intervenciones estudiadas carecen del rigor y de la fortaleza científica necesaria o bien no son aplicables al contexto en el que frecuentemente los clínicos trabajan.

3. Hasta ahora no hay evidencia directa convincente de que los resultados de la atención médica proporcionada por los clínicos cuya práctica está basada en el entendimiento y la aplicación de la información científica, sean superiores a los obtenidos por los clínicos que confían en el entendimiento de los mecanismos básicos de la enfermedad y de la aplicación del conocimiento derivado de la experiencia.

La medicina no es una ciencia exacta y su práctica es un arte. La medicina moderna es más científica y especializada y menos humanista, donde el médico y el paciente se despersonalizan y se privilegia la tecnología sobre la entrevista y el examen clínico, los cuales constituyen la parte fundamental del acto médico. El clínico debe tener la capacidad de entender las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de cada paciente y de establecer una relación empática con él, informándole con claridad de su estado de salud y de las alternativas diagnósticas y terapéuticas que existen para que, juntos, respetando los intereses y valores del paciente, decidan sobre la mejor opción. Sólo de esa manera el médico ganará la confianza del paciente para lograr el mayor apego posible a las recomendaciones.

En consideración a los argumentos antes descritos, la medicina es una combinación de arte y ciencia. Por lo tanto, el clínico debe tener una sólida formación humanista y científica.

TOMA DE DECISIONES EN SALUD BASADA EN EVIDENCIAS

La palabra evidencia es comúnmente usada en muchos contextos pero en ninguno se le ha dado más importancia que en las ciencias y en algunos campos profesionales, tales como la medicina, donde los cuestionamientos de la validez de las teorías o de las hipótesis están basados en su grado de soporte empírico. En esos contextos la evidencia ha venido a significar evidencia científica. Los procedimientos médicos requieren el soporte de la evidencia científica más que de la opinión, bajo la bien fundamentada suposición de que la evidencia científica es más confiable que otros tipos de evidencia.¹

En la actualidad existen dos grandes movimientos que promueven la aplicación del conocimiento derivado de la investigación (evidencia) al cuidado de la salud, la evaluación de tecnologías en salud y la medicina basada en evidencias.

Evaluación de tecnologías en salud

Inicialmente desarrollada (de forma sistemática) en EUA a partir de la creación de la Oficina de Evaluación de Tecnologías (OTA, por sus siglas en inglés), la

cual operó de 1972 a 1995. El propósito de la OTA fue proveer a los miembros y comités del Congreso de ese país de análisis objetivos y confiables sobre asuntos científicos y técnicos. La OTA fue líder en la promoción y práctica de la prestación de servicios públicos de manera innovadora y a bajo costo, incluyendo la difusión de documentos gubernamentales a través de publicaciones electrónicas. Este modelo fue ampliamente copiado en todo el mundo.⁴ En las siguientes dos décadas, la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES) se diseminó a otros países de América, Europa y Asia con el apoyo de organizaciones internacionales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OTA definió a la ETES como “una forma amplia de investigación que examina las consecuencias clínicas, sociales, económicas y éticas que se producen a corto y largo plazo derivadas del uso de la tecnología, tanto directas como indirectas y tanto sobre los efectos deseados como los no deseados”.⁵

La Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías en Salud (INAHTA, por sus siglas en inglés) define actualmente la evaluación de tecnologías en salud o sanitarias como “el análisis multidisciplinario de las implicaciones médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y uso de las tecnologías en salud”.⁶

La OMS define las tecnologías en salud como la “aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de medicamentos, dispositivos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida”.⁷

El nacimiento, desarrollo y aplicación de la ETES ha permitido el abordaje de importantes retos de los sistemas nacionales de salud, ya que por una parte pretenden lograr la cobertura universal con mejora en la calidad de los servicios y, por la otra, enfrentan, en un entorno de insuficiencia de recursos, el constante y desproporcionado incremento en los costos de la atención que deriva fundamentalmente del gasto en tecnologías sanitarias de prevención, diagnóstico y tratamiento. Además, este gasto no siempre está asociado a una mejoría del estado de la salud individual y colectiva.

Muchas tecnologías son incorporadas de manera rápida sin una evaluación pertinente, debido sobre todo a la presión de grupos de interés que inducen entre los pacientes, los médicos y los administradores la necesidad de nuevas y habitualmente costosas tecnologías que frecuentemente no reportan mayores beneficios clínicos que las tecnologías en uso o que incluso pueden resultar inútiles o perjudiciales.

La ETES, al realizar de manera sistemática, objetiva, rigurosa y transparente la evaluación de la eficacia, efectividad y seguridad y el análisis de las implicaciones económicas, organizacionales, éticas y sociales de la incorporación y uso de las tecnologías, aporta información confiable para su adopción y uso apropiado.

Los informes o reportes que derivan de la evaluación de tecnologías deben ser oportunos y adaptados al ámbito de la toma de decisiones, pues su característica fundamental es su rigor científico.

- Nivel macro. Los políticos y altas autoridades toman decisiones para la elaboración de políticas públicas sobre cobertura, priorización, organización y prestación de servicios de salud.
- Nivel meso. Los gestores y administradores de servicios de salud deciden sobre la incorporación, utilización y desuso de tecnologías médicas.
- Nivel micro. Los clínicos deciden sobre los mejores cuidados para la atención de problemas de salud específicos en pacientes individuales.

La ETES destaca que sus reportes son un elemento importante pero de ninguna manera el único que los actores en los diferentes niveles del SNS deben tomar en cuenta para su toma de decisiones, en las que el contexto (político, ético, social, legal, organizacional, económico y clínico) frecuentemente es el componente principal.

Medicina basada en evidencias

En 1992 el Grupo de Trabajo sobre Medicina Basada en la Evidencia, de la Universidad de McMaster de Ontario (Canadá) publicó en la revista JAMA el artículo que se considera fundacional de la MBE, la cual conforma el otro gran movimiento que promueve la aplicación del conocimiento derivado de la investigación (evidencia) al cuidado de la salud.

En ese artículo se propuso un nuevo paradigma en la práctica clínica y en la educación médica que le resta importancia a la intuición, a la experiencia clínica no sistemática y a la lógica de la fisiopatología para la toma de decisiones clínicas y hace hincapié en la aplicación de la evidencia derivada de la investigación clínica, así como puntualiza que la MBE requiere nuevas habilidades del médico, incluyendo la búsqueda eficiente de la evidencia en la literatura y su evaluación.⁸

La MBE se fundamenta en el principio de que para proveer el óptimo cuidado a sus pacientes los clínicos necesitan conocer acerca de los principios de la investigación aplicada para detectar estudios publicados en la literatura médica que sean científicamente fuertes y estén disponibles para su aplicación clínica.²

La MBE es “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales”. Esto significa integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa a partir de la investigación sistemática.⁹

Una definición más pragmática de la MBE es: “un conjunto de herramientas y recursos para hallar y aplicar la mejor evidencia disponible, obtenida de la in-

vestigación, en el cuidado de la salud de pacientes individuales”. Esta explicación práctica refleja que ahora hay más recursos de información en los cuales la evidencia recabada de la investigación ha sido pregradada de acuerdo a su validez y relevancia clínica. Así, la tarea de los usuarios es cambiar de la desesperante labor de leer la literatura médica original para aprender acerca de los mejores cuidados, a la labor de sólo encontrar la evidencia preevaluada procedente de la investigación, determinar si ésta aplica al problema de salud que se enfrenta e integrar la evidencia en las decisiones que deban tomarse.²

Los estudiosos de la toma de decisiones con fundamento en la evidencia mencionan que es importante que se elimine el doble rasero. Es decir, los gestores y los políticos no deben instar a los clínicos a que apliquen los resultados de la investigación en la práctica clínica si ellos mismos no utilizan (o no están dispuestos a hacerlo) de manera explícita las evidencias científicamente sólidas o no aplican los conocimientos derivados de la investigación cuando tienen la oportunidad de hacerlo.¹⁰ Bajo ese razonamiento surgieron los conceptos de Atención a la salud basada en la evidencia y Políticas de salud basadas en evidencia, cuyos objetivos son la atención de grupos de pacientes o poblaciones y los sistemas nacionales de salud en su conjunto. Estos conceptos corresponden esencialmente a los niveles meso y macro de la toma de decisiones mencionados anteriormente, en tanto que la MBE correspondería al nivel micro.

La ETES y la MBE tienen fundamentos similares que se identifican con las ideas de Archie Cochrane, quien en su libro *Eficacia y eficiencia—Reflexiones al azar sobre servicios de salud*, publicado en 1972, argumentó que los principios de eficacia, de seguridad y de costo—efectividad deberían ser parte de las decisiones clínicas y fue muy crítico con el desperdicio de recursos derivado del uso de tecnologías no probadas.

Asimismo, hizo causa común con Alan Williams, profesor de economía de la Universidad de York que desarrolló el análisis de costo—utilidad como un medio para asignar y cuidar los recursos en salud.¹¹

La MBE y la ETES en la evaluación clínica (nivel micro) tienen la misma metodología de trabajo que, en términos generales, cuenta con cinco pasos:

1. Formulación sistematizada de preguntas clínicas.
2. Búsqueda sistematizada de la evidencia.
3. Evaluación crítica de la validez y relevancia de la evidencia.
4. Toma de decisiones integrando la evidencia a la experiencia clínica y a los valores del paciente.
5. Evaluación y mejora continua de los procesos.

En virtud de que la MBE y la ETES tienen fundamentos y métodos de trabajo similares es necesario definir cuáles son los ámbitos de acción de cada una de ellas y cómo se interrelacionan.

La ETES comienza con una evaluación clínica (análisis de la evidencia sobre eficacia, efectividad y seguridad). En este sentido, la MBE puede considerarse como una parte de la ETES, mientras que las otras partes de esta última son la evaluación económica (análisis de los costos y de los resultados en salud) y la evaluación del impacto organizacional, ético y social de las tecnologías en salud. Es necesario mencionar que las evaluaciones siempre comparan la tecnología de prevención, diagnóstico o tratamiento que analizan en un momento dado con otra u otras tecnologías que idealmente deberían ser el estándar de oro o al menos las más frecuentemente usadas al momento de la evaluación.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La MBE contribuye a la seguridad del paciente mediante la formación de estudiantes de pregrado y posgrado de medicina, enfermería y otras disciplinas afines, capacitándolos en la búsqueda, valoración y aplicación de la mejor evidencia científica en su práctica profesional.¹²

La MBE sustenta muchos proyectos orientados a mejorar la calidad del cuidado de la salud, entre los que podemos citar la Campaña 5 Millones de Vidas, que incluye múltiples intervenciones desde la prevención de la neumonía asociada al uso de ventiladores, la reducción de complicaciones quirúrgicas y la prevención de úlceras por presión, hasta brindar atención al infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca.¹²

Entre las críticas que ha recibido la MBE destacan la falta de evidencia de su efectividad en cuanto a mejorar los resultados en el cuidado de la salud, así como su utilidad limitada al tratarse de atender a pacientes individuales.

La utilidad limitada de la MBE en la atención de pacientes individuales se explica en gran medida por la Heterogeneidad de los Efectos del Tratamiento (HET) que ocurre cuando el mismo tratamiento aplicado a diferentes pacientes dentro de la misma población genera diversos resultados.¹³

La HET tiene implicaciones importantes en los estudios clínicos, los cuales deben caracterizarse por ser experimentos controlados que miden una muestra de la población. A menos que se hagan esfuerzos extraordinarios para probar una muestra aleatoria de la población estratificada en subgrupos estadísticamente importantes, un estudio clínico prueba típicamente tratamientos en un solo subgrupo dentro de la población. “Cuando la HET está presente el modesto beneficio asociado a muchos tratamientos en ensayos clínicos puede ser engañoso, ya que efectos modestos promedio pueden reflejar una mezcla de beneficios sustanciales para algunos, poco beneficio para muchos y daño para unos pocos”.¹³

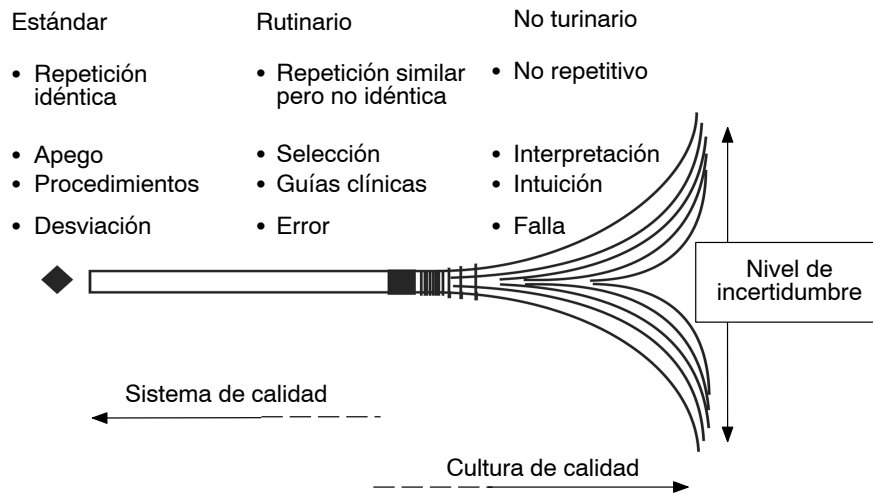


Figura 18–1. La escoba de la calidad.¹⁴

Lillrank y Liukko,¹⁴ con base en estudios e investigaciones relacionadas con la mejora de calidad crearon una metáfora útil: la escoba de la calidad, la cual tiene claras implicaciones para la MBE y la seguridad del paciente. En la figura 18–1 se muestra una escoba tradicional con un mango rígido y delgado, una sección media ancha uniendo al mango y las cerdas y, al final, una sección más ancha que son las cerdas de la escoba. Esta metáfora ejemplifica las tres categorías de los procesos del cuidado a la salud de acuerdo a su nivel de incertidumbre: estándar, rutina y no rutinarios. Los procesos estándar (el mango rígido y delgado) tienen muy poca incertidumbre y pueden ser repetidos sin ninguna desviación importante. Los procesos de rutina (la sección media que une el mango y las cerdas de la escoba) son grupos de subprocesos estándar combinados con las variantes relacionadas con el paciente.

Los procesos de cuidado de rutina se refieren a métodos para valorar el riesgo de la enfermedad del paciente sin tratamiento, especificar criterios de decisión para generar un tratamiento apropiado basado en la respuesta del paciente, la vulnerabilidad a efectos secundarios y las preferencias e implementar un tratamiento para eliminar o aliviar la enfermedad del paciente. Lo esencial en manejar procesos de rutina no es la repetición idéntica (como en los procesos estándar) sino la valoración y clasificación de la información de entrada (por ejemplo, los pacientes) y la selección de un número finito de algoritmos alternativos y acciones (p. ej., MBE).¹²

Por último, algunos procesos de cuidado de salud son no rutinarios (las cerdas de la escoba). En muchas instancias la información recibida de los síntomas de

los pacientes no es clara y no es fácilmente diagnosticable. En otras instancias, con un diagnóstico confirmado la eficacia de varios tratamientos para la enfermedad puede ser incierta y con poco entendimiento de los posibles resultados.¹²

Lillrank y Liukko¹⁴ establecieron que los problemas de calidad en el cuidado de la salud son diferentes de acuerdo a los tipos diferentes de procesos:

- La falta de apego en los procesos estándar produce una desviación del objetivo.
- La selección inapropiada de alternativas conocidas en un proceso de rutina produce un error.
- La evaluación incorrecta de la información de entrada en un proceso no rutinario produce una falla.

La MBE funciona mejor en procesos estándar con poca o moderada incertidumbre. En procesos de rutina, una combinación de MBE y juicio clínico es necesaria para prevenir errores que puedan resultar de un diagnóstico erróneo o de la selección de tratamientos o terapias equivocadas. Para procesos no rutinarios, el juicio clínico y la cultura organizacional se vuelven de mayor importancia, mientras que la MBE retrocede a segundo plano. De forma interesante, un juicio clínico sólido está mejor soportado por una cultura fuerte de seguridad y calidad desarrollada a través del entrenamiento clínico a los profesionales de la salud y reforzada por valores organizacionales e institucionales.¹²

En la publicación *Medicina Basada en Evidencias y Seguridad del Paciente: Limitaciones e implicaciones*, de Savage y Williams,¹² se menciona que para mejorar la seguridad del paciente las organizaciones al cuidado de la salud no deben apoyarse únicamente en la MBE, sino también reconocer la necesidad de mejorar la atención dentro de las profesiones médicas y desarrollar sistemas de alta confiabilidad centrados en los pacientes, así como crear organizaciones con cultura de aprendizaje.

Savage y Williams establecieron también que las organizaciones de cuidado en salud de alta confiabilidad se enfocan en desarrollar métodos para convertir los procesos efectivos de cuidado no rutinarios en procesos de rutina. Esta transición es afín a los procesos de desarrollo e investigación. Como complemento a la MBE los investigadores en servicios de salud deben enfocarse en crear sistemas para evaluar las innovaciones en los procesos no rutinarios que reducen las variantes dadas por el paciente. Sin embargo, en el cuidado de la salud la difusión de las innovaciones es notoriamente lenta. Así, una buena oportunidad de investigación aplicada es el desarrollar sistemas para entrenar en, y difundir tanto la MBE como las innovaciones médicas complementarias, una vez que han demostrado ser seguras y efectivas.

Finalmente, Savage y Williams destacaron que los médicos y aquellos que trabajan en mejorar la seguridad del paciente y la calidad en el cuidado vía la MBE

ven a la mayoría de los procesos para el cuidado de la salud de diferente forma. En esencia, ven la mejora de calidad a través de diferentes ópticas. Los médicos, en sintonía con las incertidumbres médicas personificadas en los pacientes individuales, ven la mayoría de los procesos de cuidado como no rutinarios. En contraste, los investigadores en servicios de salud, quienes ven la salud de la población a través del lente de la epidemiología y la bioestadística, consideran que la mayoría de los procesos de cuidado son rutinarios.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

En 1990 el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) definió las Guías de Práctica Clínica (GPC) como "declaraciones desarrolladas sistemáticamente para apoyar las decisiones de médicos y pacientes sobre el cuidado apropiado de la salud en circunstancias clínicas específicas".¹⁷

En julio de 2009 el secretario de salud y servicios humanos de EUA, a petición del Congreso de ese país, contrató al IOM, a través de la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), para la realización de un estudio centrado en "los mejores métodos utilizados en el desarrollo de GPC, con el fin de garantizar que las organizaciones que desarrollan tales guías tengan información sobre los enfoques que son objetivos, científicamente válidos y consistentes".

Como resultado del estudio se establecieron ocho estándares que abarcan una serie de elementos esenciales para la elaboración de GPC confiables:

1. Transparencia.
2. Manejo de conflictos de interés.
3. Directrices para la conformación de los grupos de desarrollo.
4. Interrelación de revisiones sistemáticas (RS) y GPC.
5. Fundamentación en la calidad de la evidencia y clasificación de la fortaleza de las recomendaciones.
6. Articulación de las recomendaciones (cuál es la acción recomendada y en qué circunstancias debería ser realizada).
7. Revisión externa.
8. Actualización.

En consecuencia, se decidió establecer una nueva definición más alineada a los estándares: "las Guías de práctica clínica son declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención del paciente, que se basan en una

revisión sistemática de la evidencia y en una evaluación de los riesgos y beneficios de las opciones de cuidados alternativos".¹⁶

El Instituto de Salud recomienda que de manera óptima los desarrolladores de GPC deben adherirse a los estándares propuestos y los usuarios deben adoptar GPC que cumplan con ellos, pero en realidad los estándares sugeridos aún deben ser probados para demostrar su confiabilidad y validez y también para evaluar sus efectos sobre la calidad de la atención médica y los resultados en los pacientes (incluyendo su seguridad).

En México el Gobierno Federal está realizando el proyecto de Integración Funcional del Sector Salud, que bajo la rectoría de la Secretaría de Salud implica un esfuerzo de coordinación y sinergias entre las instituciones del sector para brindar acceso efectivo, equitativo y homogéneo a los servicios de salud a todos los mexicanos en un marco de uso eficiente de los recursos.

El proyecto considera como un elemento importante disponer de GPC basadas en la mejor evidencia disponible para reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica, con el propósito de mejorar y homologar en la medida de lo posible la calidad de la atención médica en las instituciones públicas del SNS.

En junio de 2008 se creó el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica con el objetivo de unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, difusión, implantación y utilización de GPC, en el que participan representantes de instituciones prestadoras de servicios de salud, de instituciones académicas y de educación superior así como de organizaciones civiles.¹⁵ El Comité tiene tres grupos de trabajo estratégicos:

1. Desarrollo de GPC, que coordina el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
2. Difusión e implantación de GPC, que coordina la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
3. Evaluación de la Utilización de GPC, que coordina la Dirección General de Evaluación del Desempeño.

En un gran esfuerzo de coordinación sectorial y gracias a la colaboración responsable y entusiasta de autoridades y de 2 900 profesionales de la salud adscritos a la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, la SEDENA, la SEMAR y el DIF, se ha logrado conformar el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, que a diciembre de 2012 contaba con 539 GPC, cuyo propósito era recomendar las intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento que han demostrado su efectividad y seguridad a nivel internacional para la atención de las enfermedades que mayor impacto tienen en la salud de los mexicanos.

Es importante mencionar que las GPC se desarrollan bajo una metodología que adopta las mejores prácticas internacionales, misma que fue diseñada y se actualiza de manera consensuada por las instituciones participantes. Además, el

personal involucrado en la integración de las GPC ha sido capacitado en Medicina Basada en la Evidencia, por lo que cuenta con las habilidades para la búsqueda, evaluación crítica, selección, síntesis y calificación de la evidencia científica que se utiliza para la elaboración de las recomendaciones.

El IOM mencionó que “aunque el número de Guías de Práctica Clínica y de desarrolladores de las mismas han aumentado sustancialmente en los últimos años, nuestra comprensión de su impacto en los resultados de la práctica clínica es limitada. Sin embargo, la investigación ha demostrado que las GPC tienen el potencial de reducir la variabilidad inapropiada de la práctica médica, mejorar la aplicación de la investigación a la práctica y mejorar la calidad asistencial y la seguridad”.¹⁶

En 2012 el grupo de trabajo estratégico correspondiente concluyó la elaboración de la Estrategia para la Difusión e Implantación de las Guías de Práctica Clínica en el SNS, la cual orienta a los tomadores de decisiones acerca de cómo abordar el proceso de implantación en sus distintas etapas de difusión, capacitación y seguimiento. A finales de ese año se reportó que en 10 758 unidades médicas se realizaron actividades de difusión activa encaminadas al conocimiento de las GPC y en 7 897 unidades se llevaron a cabo acciones de capacitación para la implantación de GPC. Asimismo, se colocó en la plataforma electrónica de las instituciones de salud y educativas el acceso ágil a una biblioteca virtual que contiene el Catálogo Maestro para consulta de los profesionales de la salud. Las GPC se emplearon como apoyo para el diseño de reactivos e integrarlos al banco para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM).

En nuestro país ya existen estudios que nos permiten confirmar el impacto positivo en la salud de la población de la utilización de las GPC. En los Hospitales Federales de Referencia se capacitó a 635 médicos y enfermeras de los tres niveles de atención en la utilización de las GPC relacionadas con la salud materna. Como resultado de esa intervención en el año 2012 se registró una reducción de 48.3% en la mortalidad materna en esos hospitales.¹⁸

El éxito de las GPC no depende solamente de sus características, pues aún cumpliendo con los estándares propuestos por el Instituto de Salud de los Estados Unidos sus beneficios potenciales pueden lograrse siempre y cuando se utilicen estrategias adecuadas para su implantación, identificando las condiciones generales y locales que facilitan u obstaculizan su uso. En añadidura, la evaluación de su utilización debe incluir indicadores de impacto sobre la salud, preferentemente sobre calidad de vida, morbilidad y mortalidad.

En México el desarrollo de las GPC ha sido exitoso y se está mejorando continuamente la calidad del proceso y de los productos. El grupo de trabajo estratégico acordó adoptar de manera progresiva los estándares propuestos por el IOM para fortalecer el desarrollo de las guías. Sin embargo, el gran reto consiste en realizar de manera efectiva la implantación de las GPC, un punto crítico donde

los avances son diversos entre las instituciones públicas del sector salud, siendo aún insuficientes en la mayor parte de ellas.

CONCLUSIONES

Los investigadores y los clínicos deben abandonar posturas unilaterales y estériles entre la concepción de la medicina como ciencia o arte y entre la aplicación de la evidencia científica y la experiencia en la práctica médica, pues por la naturaleza de la medicina y del acto médico siempre serán complementarios.

Los profesionales de la salud están expuestos a una cantidad inmanejable de literatura con grados de calidad y sesgos muy diversos por lo que se recomienda que, ante la habitual falta de tiempo, de información especializada y de recursos metodológicos, hagan uso de los Reportes de Evaluación de Tecnologías en Salud, de las Guías de Práctica Clínica y de las Revisiones Sistemáticas, instrumentos que, cuando están elaborados con el rigor metodológico que los deben caracterizar, garantizan la búsqueda, análisis y selección críticas de la literatura, así como la calificación y síntesis de la evidencia científica.

Es importante señalar que los instrumentos mencionados son elementos que apoyan la toma de decisiones pero no los únicos y, a veces, ni siquiera los más importantes, por ejemplo cuando en contextos específicos se dan situaciones legítimas (complejidad, recursos disponibles, incertidumbre, valores y preferencias del paciente, etc.) que limitan su aplicación y donde la experiencia y el juicio del profesional tienen mayor relevancia siempre y cuando también se conozca la mejor información sustentada en la evidencia que podría usarse en el momento.

REFERENCIAS

1. **Farand L, Arocha J:** A cognitive science perspective on evidence-based decision-making in medicine. En: Lemieux CL, Champagne F (eds.): *Using knowledge and evidence in health care. Multidisciplinary perspectives*. Canada, University of Toronto Press, 2004: 173–198.
2. **Haynes RB:** An evidence-based medicine perspective on the origins, objectives, limitations, and future developments of the movement. En: Lemieux CL, Champagne F (eds.): *Using knowledge and evidence in health care. Multidisciplinary perspectives*. Canada, University of Toronto Press, 2004:227–241.
3. **Haynes RB:** What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research* 2002;2:1–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC99045/pdf/1472-6963-2-3.pdf>.
4. **Banta D:** What is technology assessment? *Int J Technol Assess HealthCare* 2009;25(Suppl 1):7–9.
5. **Conde JL:** *Evaluación de tecnologías médicas basadas en evidencias*. Ministerio de Sani-

- dad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 1998:1–14
6. INAHTA. <http://www.inahta.net/>.
 7. Organización Mundial de la Salud: *Tecnologías sanitarias. Resolución WHA60.29*. En: Punto 12.19 del orden del día. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. 23 de mayo de 2007.
 8. Evidence-Based Medicine Working Group: Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *J Am Med Assoc* 1992;268:2420–2425.
 9. **Sackett DL, Straus S, Richardson SR, Rosenberg W, Haynes RB**: *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2ª ed. London, Churchill Livingstone, 2000.
 10. **Bonfill CX (ed.)**: *Asistencia sanitaria basada en la evidencia*. Barcelona, Sanidad y Ediciones (SANED), 2000.
 11. **Kelly MP, Moore TA**: The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment. *Social Theory Health* 2012;10:1–19.
 12. **Savage GT, Williams ES**: Evidence-based medicine and patient safety: limitations and implications. En: *Patient safety and health care management. Advances in health care management*. Emerald Group Publishing Limited, 2008:17–31
 13. **Kravitz RL, Duan N, Braslow J**: Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Quarterly* 2004;82:661–687.
 14. **Lillrank P, Liukko M**: Standard, routine and non-routine processes in health care. *IJQHC* 2004;17:39–46.
 15. *Diario Oficial de la Federación*. 13 de junio de 2008. http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_02.pdf.
 16. Institute of Medicine: *Clinical practice guidelines: we can trust*. Washington, The National Academies Press, 2011.
 17. Institute of Medicine: *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington, The National Academies Press, 1990.
 18. **Peña A**: *Impacto de las GPC en la reducción de la mortalidad materna en los Hospitales Federales de Referencia*. Acta de la Décimo Novena Sesión Ordinaria del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. 16 de noviembre de 2012.

Herramientas de calidad

Carolina Ortega Vargas

INTRODUCCIÓN

La gestión de la calidad y seguridad hospitalaria requiere una serie de métodos de trabajo y procesos que se deben desarrollar en la organización con el objetivo de promover la mejora continua y controlar las situaciones adversas o de riesgo que pudieran presentarse durante la atención de las personas. Para que este proceso se desarrolle y se establezca de manera eficiente se ha tendido a incorporar programas o sistemas de gestión de riesgo que se definen como métodos en los cuales se contienen las actividades clínicas y administrativas llevadas a cabo para identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesión a los pacientes, personal y organización.¹

Dentro del esquema de desarrollo del sistema de gestión de riesgos, específicamente en el análisis de los riesgos, se incorporan una serie de técnicas o herramientas para la recolección de evidencias, la interpretación y el análisis de los datos, la realización de pruebas y la implantación de soluciones. Estas herramientas incluyen las herramientas básicas de la calidad que sirven de apoyo para al proceso de análisis, pero de manera fundamental se deben integrar herramientas que promuevan una profunda investigación ya sea de las causas de un evento o de la severidad del riesgo, así como del comportamiento a través del tiempo y de las intervenciones realizadas.

Se considera que una herramienta para la calidad es una técnica o método que se emplea para recopilar, analizar y determinar aspectos importantes ligados a situaciones que podrían mejorar o advertir de posibles mejoras en materia de segu-

riedad y calidad hospitalaria. También permiten distinguir los problemas según su importancia y magnitud, identificar las causas más importantes del problema, decidir de entre las soluciones factibles cuál podría ser la mejor y planificar la aplicación de la solución elegida e implementarla. La utilidad de una herramienta de calidad puede ser proactiva al centrarse en la identificación de riesgos potenciales con el objetivo de prevenir que se produzcan los sucesos adversos, daños o alteraciones. También puede tener utilidad de carácter reactivo, donde el objetivo al aplicarla una vez que se produjo un evento adverso es el de evitar que sobrevengan situaciones similares a las que ya provocaron un riesgo o daño.²

En este capítulo se describen algunas herramientas que se aplican para la gestión de la calidad y seguridad hospitalaria y que permiten un análisis profundo desde las perspectivas antes mencionadas y tienen como objetivo principal hacer un análisis de la situación o contexto para reducir la posibilidad de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

El Análisis de Causa Raíz (ACR), o *Root Cause Analysis* en inglés, es una herramienta que de forma reactiva busca evitar que las situaciones que desencadenaron un evento indeseable se vuelvan a presentar. Fue desarrollada originalmente hace más de 30 años dentro del sector industrial (empresas de transporte, industria química y nuclear) como un método para investigar y analizar accidentes serios y de graves consecuencias.³ Una de las características destacables es que el ACR es un proceso de deducciones lógicas en el marco de una investigación sistemática que profundiza en la identificación de causas, factores, acontecimientos, eventos, contextos o ambientes que interactuaron como raíz de un problema que produjo un evento adverso.^{4,5} Cabe mencionar que para algunos autores el ACR no es un método o una sola herramienta, sino que es una colección de técnicas y herramientas conjugadas que siguen un orden lógico, subsecuente y concatenado de pasos que guían a una respuesta de las causas primordiales de un accidente.⁶

Por su metodología esta herramienta tiene un alto grado de confiabilidad y promueve la identificación de fallas en los procesos y en el sistema que pueden no ser detectadas de forma inmediata ya que se mezclan en una estructura variada e interdependiente. En general el ACR se utiliza para analizar incidencias, quejas, reclamaciones, cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas. Sin embargo, también permite mejorar procedimientos específicos o al propio sistema como eje generador de atención o servicios.

Hay varios modelos de ACR según su tendencia en aplicación:

1. ACR basado en la seguridad. Se enfoca en analizar accidentes, seguridad ocupacional y seguridad en la salud.
2. ACR basado en la producción. Originado en el ámbito de control de calidad de la manufactura industrial.
3. ACR basado en el proceso. Dirigido esencialmente a procesos de negocios.
4. ACR basado en la falla. Es el análisis de fallas utilizado en áreas de ingeniería y mantenimiento.
5. ACR basado en los sistemas. Es una mezcla de los anteriores e incorpora conceptos del ámbito de la gestión de cambios, gestión de riesgos y análisis de sistemas.⁷

Metodología para su aplicación

Para el desarrollo del ACR se establecen una serie de procesos que parten de la detección de un problema. Sin embargo, antes de aplicar esta herramienta es necesario considerar las siguientes premisas:

- El ACR evita centrar la culpa en un individuo o en un grupo de personas ya que una de las principales metas consiste en encontrar los fallos del sistema y no de las personas.
- El plantear estrategias de mejora continua basadas en el ACR es más efectivo que simplemente tratar las consecuencias de un evento.
- Una fortaleza que asegura la eficacia de esta herramienta es que su desarrollo es sistemático y las causas deben estar respaldadas por pruebas documentadas.
- Por ser de carácter profundo el ACR deja a la luz que generalmente hay más de una causa de un determinado problema.
- Se deben tomar en cuenta todas las relaciones causales que puedan existir entre la o las causas y el problema definido.
- El ACR promueve un cambio en la cultura de calidad y seguridad, ya que las personas aprenden a reaccionar en búsqueda de la resolución de los problemas antes de que se intensifiquen, creando una reducción de la variabilidad y una actitud para evitar riesgos.^{7,8}

Etapas de desarrollo:

1. Identificar qué incidentes es pertinente analizar con ACR. De manera general se considera que deben ser aquellos eventos adversos graves con severi-

dad de daño potencial. Por supuesto, se incluyen los eventos centinela, dando prioridad a los que han causado mayor daño, incluso aquellos que han desencadenado reclamaciones legales. También se considera que se deben analizar con esta herramienta aquellos cuyas consecuencias no son severas pero que ofrecen un amplio y profundo aprendizaje para toda la organización.

2. Recopilar información. De la cantidad de información que se obtenga depende que se logre realizar un análisis más certero. Lo ideal es que esta información sea copiosa y que posteriormente se seleccione la que más aporte datos cuantitativos y cualitativos relevantes. Es importante que previamente y como parte de un plan para la aplicación del ACR se establezca quién o quiénes son los responsables de recopilar la información. El perfil sugerido es que sea una persona con autoridad moral, reconocida por la organización, que conozca las áreas y los procesos, que tenga acceso al lugar del incidente sin restricciones y que cuente con cierta independencia respecto al sujeto o los datos objeto de análisis. Las fuentes de información son los expedientes clínicos, los protocolos y guías de atención, los reportes, las bitácoras de servicio, de áreas físicas y de insumos y las entrevistas con el personal (involucrado o no) e inclusive los pacientes y familiares. El objetivo de la recolección de la información es conocer qué ocurrió y por qué, así como qué se hizo y qué se dejó de hacer, incluyendo toda la información complementaria posible. Se sugiere hacer un resumen en secuencia cronológica de los hechos para determinar las fuentes de datos a consultar, organizando la información como lo plantea la siguiente propuesta:
 - Descripción breve del suceso.
 - Cuándo ocurrió el suceso y dónde.
 - Servicios o áreas involucradas.
 - Insumos relacionados o base del problema.
 - Factores relacionados, internos o externos.
 - Factores humanos.
 - Grado de competencia académico, funciones y responsabilidades del personal involucrado.
 - Índices de personal.
 - Procesos clave relacionados.
 - Vías de comunicación, formales e informales.
 - Medio ambiente prevalente.
 - Percepción de la cultura organizacional, de calidad o seguridad.^{9,10}
3. Organización de la información. Se establecen de forma lógica y secuencial los sucesos que se presentaron hasta llegar al error final. Para esta actividad se puede solicitar el apoyo de las personas involucradas y se pueden utilizar las herramientas de mapa de hechos o diagrama de flujo, las cuales permiten

visualizar y comenzar a inferir los factores que podrían haber contribuido para desarrollar el incidente. También se puede detectar si la información es insuficiente o incorrecta y recapitular antes de pasar a la siguiente fase.^{10,11}

4. **Análisis de la información.** Con la finalidad de establecer las causas reales es necesario reunir un grupo multidisciplinario, con cierta antigüedad y experiencia, que a través de diversas técnicas contribuya a la distinción de los diferentes componentes y factores subyacentes. Las técnicas recomendadas son: *brainstorming* (lluvia de ideas), *brainwriting*, grupo nominal, cinco ¿por qué? y el diagrama causa-efecto.^{10,11}

El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido propone que para desarrollar un análisis más eficaz la técnica más apropiada es el diagrama causa-efecto (figura 19-1) con el siguiente esquema:

- Condiciones del paciente.
 - Factores individuales.
 - Factores relacionados con las tareas.
 - Factores relacionados con la comunicación.
 - Factores relacionados con el trabajo en equipo.
 - Factores relacionados con la formación y el aprendizaje.
 - Factores relacionados con el equipamiento y los recursos.
 - Factores relacionados con las condiciones de trabajo y del entorno.¹²
5. **Análisis de barreras.** Una barrera es una defensa o medida de control del sistema u organización para prevenir, evitar o minimizar las consecuencias de un daño. En esta etapa se plantea identificar qué barreras del sistema deberían estar presentes para evitar el evento, si existen o no, si sí existen ¿por qué fallaron? y si no existen ¿qué barreras se pueden implementar a futuro para evitar que se presente el suceso? A este respecto hace alusión el modelo del queso suizo, de James Reason, en donde establece que cuanto más consistentes y fuertes son las barreras menores es la probabilidad de que ocurran daños. Se describen distintos tipos de barreras:
 - Barreras físicas. Relacionadas con el medio ambiente, entorno, inmueble, recursos materiales, equipos biomédicos y áreas físicas.
 - Barreras naturales. Situaciones relacionadas con el tiempo, las distancias, las comunicaciones, los espacios y los lugares.
 - Humanas. Acciones de una o más personas que interactúan en la atención de las personas y que previenen la ocurrencia de fallas.
 - Administrativas. Las relacionadas con protocolos, guías, procedimientos, advertencias, alertas y avisos establecidos para reducir la posibilidad de errores.
 6. **Generación de soluciones y elaboración del plan de mejora para la seguridad.** En esta fase se debe considerar como objetivo principal establecer ac-

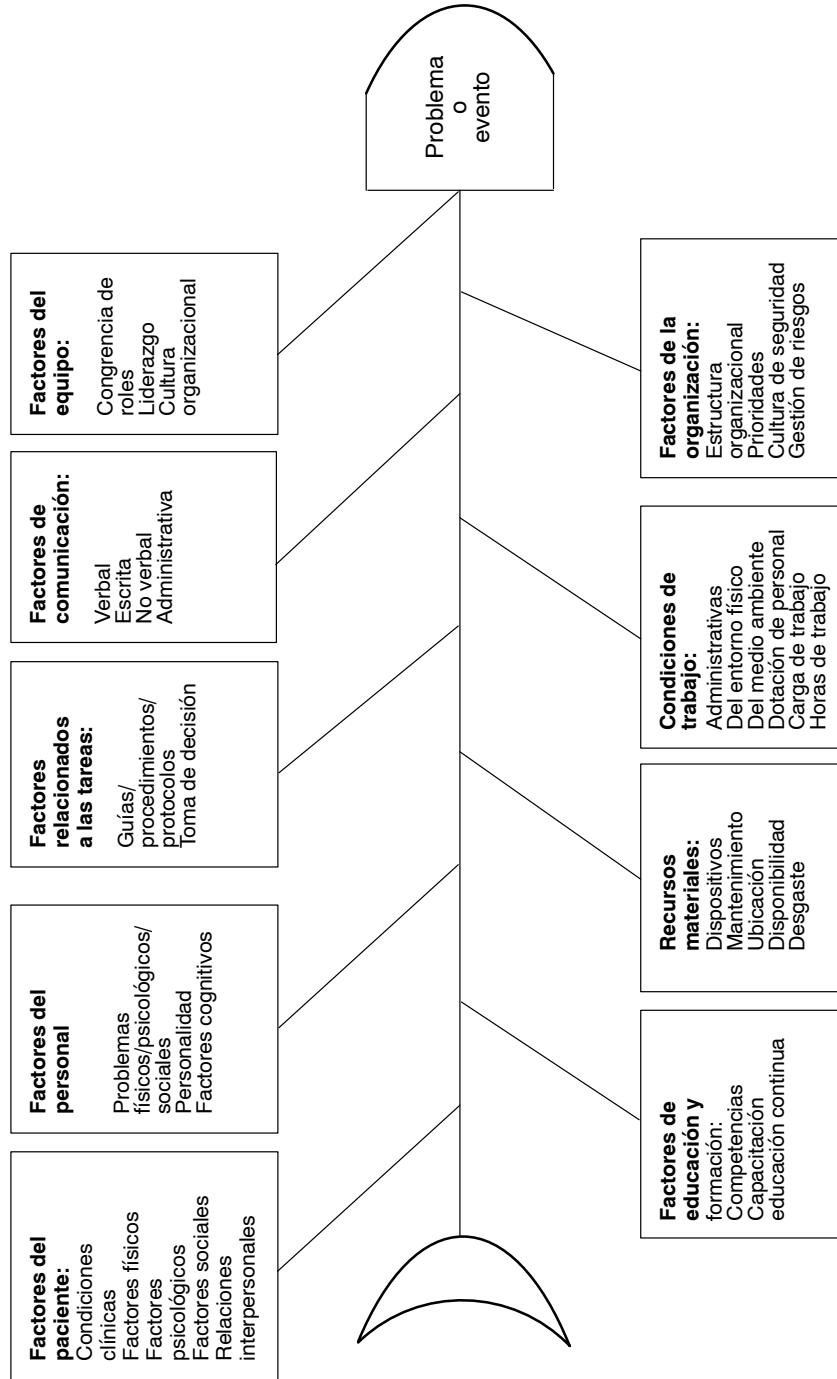


Figura 19-1. Diagrama de espina de pescado. Fuente: Root cause analysis investigation. Fishbone diagram-tool. The Joint Commission, Topic Library item, 2013.

ciones para corregir las causas-raíz detectadas. Es necesario tomar en cuenta que cada causa puede tener una o más estrategias de mejora y que ninguna actividad se debe subestimar si lo que se pretende es evitar un nuevo evento centinela. De manera general se sugiere que las acciones estén contenidas en un plan que incluya:

- Acciones o actividades específicas a desarrollar.
- Responsables de desarrollar las acciones.
- Tiempo en el cual se realizarán.
- Lugar o áreas en las que se implementará el plan.
- Impacto o alteraciones colaterales.

Es importante resaltar que una vez establecido el plan debe comunicarse y difundirse a todos los niveles de la organización.^{13,14}

7. Informe final. Debe incluir la información suficiente y comprensible para las personas involucradas y el personal directivo, pero siempre contemplando los principios de confidencialidad en relación a la información de identificación de las personas involucradas en el suceso. El objetivo de este informe es aprender del caso específico y comunicar lo que se dejó de hacer y lo que se puede hacer para disminuir los fallos, así como las sugerencias en base a las causas encontradas.¹⁰

HERRAMIENTAS PROACTIVAS: ANÁLISIS DE MODOS Y EFECTOS DE FALLAS

Se denominan herramientas proactivas a aquellas estrategias de recolección de datos y análisis para la seguridad de la atención que están encaminadas a identificar los posibles eventos adversos que puedan ocurrir y a prevenir que se presenten, a que nunca ocurran. Tiene su origen en el sector alimenticio y manufacturero.

Entre estas herramientas una de las más efectivas y recomendadas por los sistemas de seguridad hospitalaria es el Análisis de Modos y Efectos de Falla (AMEF). En las referencias existentes sobre este método de trabajo se puede encontrar variedad en su denominación, así como en las diversas formas de desarrollarlo, según lo hayan adaptado los autores. De tal forma, se pueden encontrar descripciones como Análisis Modal de Fallas y Efectos (AMFE), Análisis de Efecto y Modos de Fallos (AEMF) o Análisis Modal de Fallos, Efectos y su Criticidad (AMFEC).¹⁵⁻¹⁸

El AMEF fue formalmente introducido por los militares a EUA a finales de la década de 1940 y aplicado por la industria aeroespacial en la década de 1960. Diez años después la empresa Ford la aplicó en el desarrollo de sus productos ex-

tendiéndose a varias empresas automotrices. Esta técnica fue diseñada para ser aplicada en la fase de diseño de un producto o proceso y se adapta a cualquier tipo de proceso o situación, incluyendo los procesos de servicio de las organizaciones hospitalarias. Específicamente, se adaptó por primera vez a ese sector en EUA, donde se diseñó la herramienta *Healthcare Failure Mode & Effect Analysis* en el *National Center for Patient Safety*, en 1998. Actualmente la *Joint Commission* utiliza esta metodología en sus estándares de acreditación y certificación, solicitando a los hospitales que se evalúan que desarrollen un AMEF de un proceso de alto riesgo cada año.^{18,19} En México, el Consejo de Salubridad General en el Sistema Nacional de Certificación Hospitalaria de Establecimientos de Atención Médica lo incorpora como una herramienta recomendada en los Estándares para la certificación de hospitales 2012, específicamente en el estándar de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, siendo la herramienta propuesta para el programa de identificación y reducción de eventos adversos y riesgos inesperados de seguridad para los pacientes y el personal.²⁰

El AMEF se define como un método cualitativo que permite relacionar una falla potencial con sus efectos o consecuencias en caso de que la falla ocurriese, además de clasificar el impacto de estas consecuencias de acuerdo a su severidad dentro del sistema. Este análisis evalúa cada actividad de un subsistema, producto, servicio o proceso específico en la organización respondiendo a las preguntas ¿qué puede alterarse?, ¿por qué? y ¿cuáles pueden ser los resultados? Gracias a esto es posible anticiparse a la ocurrencia de deficiencias en los procesos y prevenir problemas. Es decir se detiene la evolución de la falla antes de que llegue a las personas o en dado caso se disminuyen las consecuencias de la falla ya que se planearon estrategias para ello con antelación. En la bibliografía existente se describen dos tipos de AMEF:

1. AMEF de un producto para evaluar su diseño.
2. AMEF de proceso para evaluar las deficiencias que puede ocasionar un mal funcionamiento del mismo en el producto o servicio. Esta última es por definición la que aplica a los servicios hospitalarios bajo la premisa de que en estas entidades se otorgan servicios de salud como productos finales.^{16,18,21,22}

Ventajas

Por su carácter preventivo el AMEF ofrece ciertas ventajas:

- Por la puntual sistematización utilizada en su elaboración el AMEF asegura que se han contemplado todas las posibilidades de fallo, lo cual genera una acertada gestión de riesgos en donde se documentan los propios riesgos y las acciones tomadas para disminuirlos.

- Promueve el trabajo en equipo ya que para su desarrollo requiere la participación y el aporte de conocimientos de todas las áreas involucradas en el proceso.
- Por su carácter proactivo la seguridad de los pacientes se garantiza con mayor vehemencia.
- No sólo permite visualizar los problemas que se pueden llegar a presentar sino también permite discernir qué tan graves podrían ser sus efectos.
- Permite medir la repetitividad potencial o frecuencia de un determinado fallo, lo que se traduce en la probabilidad de que ocurra.
- Prioriza las deficiencias del proceso y conduce a la reingeniería del mismo.
- Genera una cultura organizacional con énfasis en la prevención de problemas.^{17,19}

Metodología para su aplicación

Esta técnica de análisis proactivo requiere que el equipo que va a participar en su desarrollo reciba una introducción sobre el conocimiento de la propia herramienta, así como debe de haber un facilitador para la conducción de la o las sesiones.

Las etapas de desarrollo son:

1. Diseñar el formato para registro y análisis del AMEF. Existen diversas propuestas y se debe tener en cuenta que para determinar los efectos de los posibles fallos el formato es indispensable. Los datos utilizados pueden ser muy diversos (cuadro 19–1), pero los imprescindibles incluyen:
 - Proceso y actividades del proceso.
 - Falla o modo de falla y posibles fallas. Riesgos.
 - Causas y posibles causas.
 - Efectos y posibles efectos.
 - Frecuencia.
 - Severidad y gravedad.
 - Probabilidad u oportunidad de detección.

Cuadro 19–1. Análisis de modos y efectos de falla

Actividades del proceso	Modo de fallo	Posibles causas	Posibles efectos	Puntuación			Índice de probabilidad de riesgo
				F	G	OD	

F: frecuencia; G: gravedad; OD: oportunidad de detección. Modificado de Ruiz LP, González CSC: El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. JANO 2008;1.702:45–48.

Cuadro 19–2. Modo de fallo.
Nivel de frecuencia/gravedad/oportunidad de detección

Frecuencia (F)		Gravedad (G)		Oportunidad de detección (OD)	
Frecuente	9 a 10	Catastrófico	9 a 10	Baja	9 a 10
Ocasional	7 a 8	Mayor	5 a 8	Moderada	7 a 8
Infrecuente	5 a 6	Moderado	3 a 4	Ocasional	5 a 6
Remoto	1 a 4	Menor	1 a 2	Alta	1 a 4

Modificado de Ruiz LP, González CSC: El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. JANO 2008;1.702:45–48.

- Índice de probabilidad de riesgo, criticidad o priorización de riesgo. Este formato se aplicará en el momento en que se realice el análisis de modos de falla y potenciales de causas y efectos por el equipo de trabajo. También, junto con la elaboración del formato se deben determinar las puntuaciones que se van a asignar en el momento del análisis (cuadro 19–2).^{18,19}
2. Definir un proceso considerado de alto riesgo y contar con una serie de riesgos relacionados u operaciones clave de un proceso, subsistema, o estándar.
 3. Convocar a un equipo multidisciplinario en el que se incluya a expertos en el proceso, colaboradores desde diversas perspectivas del proceso, jefes de área o servicio relacionados y el personal que opera el proceso.
 4. Realizar una descripción gráfica del proceso a fin de determinar sus puntos críticos.
 5. Determinar los fallos potenciales, causas y efectos.
 6. Registrar los datos obtenidos en el formato del AMEF. A partir de este punto se inicia la dinámica para determinar la frecuencia (F), gravedad (G) y oportunidad de detección (OD) de cada falla otorgando una puntuación a cada uno de estos parámetros según los valores establecidos previamente (cuadros 19–2 y 19–3).
 7. Determinar el Índice de Probabilidad de Riesgo (IPR) haciendo la siguiente operación: $F \times G \times OD = IPR$.
 8. Una vez determinada la probabilidad de riesgo para cada falla se debe analizar la información para decidir con qué falla se va a trabajar. Esto dependerá del nivel alcanzado, tomando en cuenta que entre mayor valor numérico de cada IPR mayor será el efecto del daño en caso de que ocurra. De esta manera se pueden discriminar las fallas y establecer con cuál se debe trabajar de manera prioritaria, controlando la causa y disminuyendo el efecto.
 9. Como fase final del método del AMEF se establecen las medidas o estrategias de corrección, los responsables y el tiempo para su desarrollo. Esto se puede realizar incluso en el mismo formato para un control más preciso.²¹

Cuadro 19–3. Modo de fallo. Criterios cualitativos: frecuencia/nivel de gravedad/oportunidad de detección

Frecuencia

Remoto: aparición improbable (puede ocurrir una vez en un período superior a 5 años).

Infrecuente: aparición posible (puede ocurrir en alguna ocasión en 2 a 5 años)

Ocasional: es probable que ocurra (varias veces en 1 a 2 años).

Frecuente: probable aparición de forma inmediata o en un período corto (puede ocurrir varias veces en un año)

Nivel gravedad

Menor: sin lesiones, no aumento de la estancia, no necesidad de incrementar el nivel de atención

Moderado: aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 1 o 2 pacientes

Mayor: Pérdida permanente de la función (sensorial, motora, fisiológica o intelectual); necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia o de la intensidad de la atención para 3 o más pacientes

Catastrófico: muerte o pérdida mayor de la función (sensorial, motora, Fisiológica o intelectual); suicidio, violación, reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lado equivocado, robo de u niño, etc.

Oportunidad de detección

Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente

Moderada: el fallo aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al paciente

Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento

Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al paciente

Fuentes: Ruiz LP, González CSC. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. *JANO* 2008;1.702:45–48.

PATRONES Y TENDENCIAS

Existe una estrecha relación entre la promoción de la seguridad en la atención de los pacientes y el control de calidad que se lleva a cabo tanto en los procesos, actividades, riesgos y eventos, como en las actividades de mejora continua o de corrección y sus resultados. Uno de los componentes de este control es la medición continua de diversas variables que el sistema de gestión de calidad y seguridad de cada organización establece. Estas variables, al ser evaluadas en una dinámica temporal o permanente, generan datos numéricos diversos, los cuales son utilizados para Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA), tal como se describe en el ciclo de Deming. Bajo esta premisa es conveniente que esos datos numéricos obtenidos se agrupen para establecer patrones y tendencias, como herramientas que permitan visualizar el comportamiento de los eventos. Los patrones y tendencias permiten conocer la conducta de una o varias variables, lo cual tiene relevancia en materia de seguridad de la atención hospitalaria pues permiten estable-

cer límites que conducen a la prevención de eventos centinela o efectos graves en las personas.

Los patrones se definen como el comportamiento de un elemento o un conjunto de elementos que se repiten a lo largo del tiempo, por lo que pueden tomarse como modelo para un punto de referencia. Un patrón puede expresar una descripción cualitativa o cuantitativa de un objeto o de un evento. Por ejemplo, el patrón de comportamiento de las infecciones nosocomiales en una unidad hospitalaria en donde, de manera sucinta, se pueden incluir variables cuantitativas y cualitativas. Generalmente los líderes de los sistemas de gestión de calidad adquieren habilidad para reconocer, interpretar, clasificar y aprender patrones de las prácticas de riesgo presentes y de los eventos detectados y así actuar a partir de ellos.

La tendencia es la dirección o rumbo en el cual se mueven los elementos que componen un evento o el evento mismo. En términos estadísticos, una tendencia permite observar si los datos acumulados nos llevan a un máximo o límite máximo establecido, tienen una pauta de presentación plana sin incremento o decremento o si se inclinan a disminuir o bajar en su nivel.

La importancia de establecer patrones y tendencias para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes radica en que la mayoría de los incidentes presentan patrones y tendencias sistemáticos recurrentes, por lo que si son analizados y utilizados para tomar decisiones o propiciar cambios en el sistema se genera una cultura proactiva en donde se establece un ciclo de seguridad del paciente (figura 19-2).

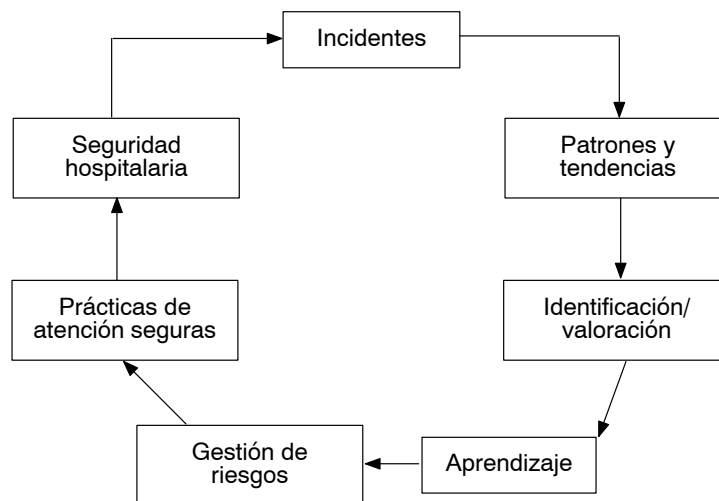


Figura 19-2. Ciclo de seguridad. Patrones y tendencias.

Cuadro 19–4. Organización y ponderación del riesgo

Ponderación del riesgo			
Actividad o riesgo	Probabilidad	Impacto	Nivel




Por otra parte, los patrones y las tendencias pueden establecerse de manera gráfica, lo que permite destacar los resultados de un evento que se ha observado, las inclinaciones positivas o negativas, hacer un análisis y tomar decisiones. Este tipo de estrategia visual se convierte en el medio más efectivo para la presentación, descripción, resumen y análisis de información y permite presentar de forma rápida y didáctica los resultados y su magnitud e impacto en materia de seguridad a los equipos de procesos de mejora, los equipos de trabajo y al mismo personal directivo. Por esta razón se constituye como forma de comunicación universal, clara y fácil de entender que promueve el convencimiento y la integración a la cultura de seguridad.^{22–24}

Matriz de riesgos

Los riesgos son hechos asociados a la vida. Cualquier actividad que realice el ser humano está expuesta a riesgos de diversa índole, los cuales influyen de distinta forma en los resultados esperados. En la atención sanitaria estos resultados inesperados se traducen en daños a las personas que en situaciones extremas son irreversibles. Por tal motivo la tendencia actual de las organizaciones de atención a la salud es gestionar los riesgos en el entendido de que gestión de riesgos es el

Cuadro 19–5. Evaluación del riesgo

		Impacto				
Probabilidad		1	2	3	4	5
1		1	2	3	4	5
2		2	4	6	8	10
3		3	6	9	12	15
4		4	8	12	16	20
5		5	10	15	20	25

	Riesgo mínimo, pueden esperar para su corrección
	Riesgo moderado, es necesario trabajar a mediano plazo
	Riesgo severo, se debe controlar inmediatamente

Modificado de Chena PI: Guía para la construcción de matrices de riesgo de lavado de activos y financiamiento el terrorismo. Una propuesta en base a la experiencia Argentina. Unidad de Información Financiera, 2005.

Cuadro 19–6. Nivel de probabilidad

Clasificación del nivel	Descripción	Valores
Certeza	Ocurrencia evidente	5
Casi certeza	Probabilidad muy alta de ocurrencia	4
Muy probable	Probabilidad alta de ocurrencia	3
Probable	Baja probabilidad de ocurrencia	2
Poco probable	Poca probabilidad de ocurrencia	1

Modificado de Chena PI. Guía para la construcción de matrices de riesgo de lavado de activos y financiamiento el terrorismo. Una propuesta en base a la experiencia Argentina. Unidad de Información Financiera; 2005.

conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a:

- Las personas: pacientes, personal, directivos.
- Las instalaciones: edificios, dispositivos, mobiliario.
- Los recursos económicos: presupuesto, fondos, inversiones.
- La imagen o prestigio de la organización.^{25,26}

La matriz de riesgos (MR) es una herramienta de control y gestión que permite identificar las actividades más importantes de un proceso o sistema de atención y el tipo y nivel de riesgo inherente a la propia actividad. El objetivo principal de su aplicación es ponderar y gestionar los riesgos de una forma continua y recurrente para anticiparse y prevenir eventos.

Desde su concepción metodológica las matrices cuentan con dos vectores, uno de impacto y otro de probabilidad, cuya combinación define el nivel de riesgo de una operación en particular.²⁷ Para su aplicación se establecen las siguientes fases:

1. Diseñar el formato para organización, análisis y ponderación de las actividades o riesgos (cuadro 19–4).

Cuadro 19–7. Nivel de impacto

Clasificación del nivel	Descripción	Valores
Catastrófico	Consecuencias irremediables	5
Alto	Grandes consecuencias	4
Moderado	Efectos moderados, pero significativos	3
Menor	Efectos moderados, pero significativos	2
Bajo	Consecuencias insignificantes	1

Modificado de Chena PI. Guía para la construcción de matrices de riesgo de lavado de activos y financiamiento el terrorismo. Una propuesta en base a la experiencia Argentina. Unidad de Información Financiera, 2005.

Cuadro 19–8. Organización y ponderación del riesgo

Actividad o riesgo	Probabilidad	Impacto	Nivel
No funcionan los barandales de la unidad 7	3	5	15
No existe marcaje de sitio quirúrgico	4	5	20
No se programan las alarmas de los ventiladores mecánicos	1	5	5

2. Diseñar la MR. Existen diversos esquemas en el marco de referencia para esta matriz. En esta fase también se deben dar valores cuantitativos y cualitativos a la probabilidad y al impacto (cuadros 19–5 a 19–7).
3. Reunir el equipo de trabajo o círculo de calidad, en el cual se deben incluir expertos en el área o materia, que participará en la identificación de las actividades de riesgo, de los riesgos presentes y de las situaciones de riesgo existentes o inexistentes del área de atención y que representan un peligro. Por ejemplo, la inexistencia de un proceso de prevención de caídas o de la identificación del paciente en el proceso de transferencia de pacientes (la que reiteradamente se omite).
4. Organizar y registrar en el formato de ponderación las actividades o riesgos a analizar. Iniciar la calificación del riesgo según probabilidad e impacto. Multiplicar la probabilidad (p) por el impacto (i) para determinar el nivel de riesgo (n), es decir, $p \times i = n$ (cuadro 19–8).
5. Según el nivel de riesgo resultante, ubicar la actividad o riesgo en la MR (cuadro 19–5).
6. Establecer las estrategias de mejora según la ubicación del riesgo.²⁸

REFERENCIAS

1. *Management of Risk at Nottingham City Hospital NHS Trust*. Inglaterra, Nottingham Hospital, 2004 <http://www.nuh.nhs.uk/nch/reports/RiskManagementStrategy.pdf>.
2. **Guajardo GE**: *Administración de la calidad total*. México, Pax México, 2003.
3. **Aranaz JM, Aibar C**: Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ: *Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid, MAPFRE–Díaz de Santos; 2008:223–227.
4. **Silas R, Tibbals J**: Adverse events and comparison of systematic and voluntary reporting from a pediatric intensive care unit. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6). <http://www.biomed-search.com/nih/Adverse-comparison-systematic-voluntary/20511597.html>.
5. **Altmann C**: *El análisis de causa raíz como herramienta en la mejora de la Confiabilidad*. Uruguay, Empresa Móvil Uno. <http://www.mantenimientomundial.com/sites/mm/notas/causaraizaltmann.pdf>.
6. **Duthie E, Favreau B, Ruperto A, Mannion J, Flink E et al.**: *Quantitative and qualitative analysis of medication errors: the New York experience*. *Advances in patient safety: from*

- research to implementation. 2005;1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20452/>.
7. **Esposito F:** *Pequeñas charlas para gestión del mantenimiento*. <http://ing.otalca.cl/~fespinos/ANALISIS%20CAUSA%20RAIZ%20%20%28RCA%29.pdf>.
 8. **Runciman WB, Sellen A, Webb RK, Williamson JA, Currie M et al.:** The Australian Incident Monitoring Study. Errors, incidents and accidents in anaesthetic practice. *Anaesth Intens Care* 1993;21(5). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8273870>.
 9. *Root cause analysis and action plan framework template*. Chicago, The Joint Commission, Topic Library Item, 2013. http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.
 10. **Ruiz LP, Rodríguez SCG, Alcalde EJ:** Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial* 2005;20(2):71–78.
 11. *La seguridad en 7 pasos*. Madrid, Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), Sistema Nacional de Salud (NHS). 2005. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf.
 12. *Root Cause Analysis (RCA) tools: analyzing to identify contributory factors and root causes*. Reino Unido, Sistema Nacional de Salud (NHS), 2010. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=75605>.
 13. **Ortiz Z, Esandi ME, Andina E:** *El análisis causa-raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales*. Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011.
 14. **Reason J:** Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320:768–770.
 15. **Vera BL, Kraemer GP:** *Metodología para la prevención y manejo de incidentes críticos en seguridad de la atención*. Chile, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), 2009. http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/MINSALCL/G_TEMAS/G_EVALUACIONDE_TECNOLOGIAS_DELASALUD/GUIASMETODOLOGICAS/RECOMENDACIONESOK.PDF.
 16. Comité de Error en Medicina: *Proyecto: error en medicina y seguridad en la atención de los pacientes*. Buenos Aires, Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, 2004. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/DOCUMENTO%20FINAL%20SEGURIDAD.pdf>.
 17. **Pérez MJ, Iruretagoyena ML, González LR, Cantero D, Alcalde G et al.:** *Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales [Internet]*. España, Investigación comisionada, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. http://www9.euskadi.net/sanidad/ostebea/datos/d_08_03_herra_seguri.pdf.
 18. **Bestratén BM, Orriols RRM:** *Análisis modal de fallos y efectos*. AMFE. Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (España), 2005. <http://catalogobiblioteca.insht.es:86/Detalle.aspx?id=118157&rn=5¢ro=bcn>.
 19. **Ruiz LP, González CSC:** El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. *JANO* 2008;1(702):45–48. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1702/45/00450048-LR.pdf>.
 20. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica: *Estándares para la Certificación de Hospitales, 2012*. México, Consejo de Salubridad General, 2012.
 21. **Luengas S:** *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud*. Bogotá, Fundación Corona–Centro de Gestión Hospitalaria, 2009 <http://www.fundacioncorona.org.co>. <http://www.cgh.org.co>.
 22. **Climent SS:** *Los costos de la calidad como estrategia empresarial en las empresas certificadas en la norma ISO 9000 de la CV*. Valencia, Universidad de Valencia, Servicio de publicaciones, 2003. http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/4_herramientas/4

- _herramientas.htm.
23. **Anderson DR, Sweeney DJ, Tomas AW:** *Estadística para administración y economía*. 10ª ed. México, Cengage Learning, 2008.
 24. **Cantú D:** *Desarrollo de una cultura de calidad*. 2ª ed. México, McGraw-Hill, 2006.
 25. *Matriz de riesgo: evaluación y gestión de riesgos*. Chile, SIGWEB, Sistemas integrados de Gestión, 2008. <http://www.sigweb.cl/biblioteca/MatrizdeRiesgo.pdf>.
 26. **Aibar RC, Aranaz AJ:** *La gestión del riesgo*. Madrid, Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA), 2008. <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD6.pdf>.
 27. **Chena PI:** *Guía para la construcción de matrices de riesgo de lavado de activos y financiamiento al terrorismo. Una propuesta en base a la experiencia*. Argentina, Unidad de Información Financiera, 2005. www.uif.gov.ar/uif/images/Documento_Final_Guia_Matriz_LA-FT.pdf.
 28. **Palma RC:** ¿Cómo construir una matriz de riesgo operativo? *Rev Ciencias Económicas* 2011;29(1):629-635.

La queja médica, factor que contribuye a la seguridad del paciente

José Meljem Moctezuma, Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

ANTECEDENTES

Referirse a la queja médica dentro del contexto de la calidad y de la seguridad del paciente es una obligación. No existe sistema de salud que no se vea fortalecido por las opiniones de los pacientes y de los prestadores de servicios y esto adquiere más valor cuando se presenta una queja. Los estudiosos del tema señalan repetidamente que una queja es un obsequio, una oportunidad hacia la mejora de la prestación de los servicios de salud, reforzando el precepto de que si no se evalúa no se puede mejorar.

El decenio de 1990 fue un periodo en el que se consolidaron políticas internacionales y nacionales de calidad de los servicios de salud y se generó una corriente favorable sobre seguridad del paciente. En ese escenario el Gobierno de México creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, así como mejorar la calidad de los mismos. La CONAMED es una agencia especializada en la atención de quejas médicas que tiene el encargo de atender a todos los mexicanos. Su actuación le ha permitido dar atención a más de 25 mil quejas y emitir recomendaciones para la mejora de la práctica médica sobre procedimientos inherentes a las principales especialidades médicas relacionadas.

Esa es justificada razón para que la elaboración de este capítulo haya sido asignada a quien en estos momentos dirige la comisión y, por ello, obliga a destacar que los materiales incluidos en este trabajo se han extraído de diversos fragmen-

tos de múltiples publicaciones con el fin de darle a este texto una contextualización más amplia que la buscada y obtenida en los diversos artículos consultados de las múltiples publicaciones de la CONAMED. Los autores de cada publicación han sido debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los profesionales de la salud se enfrentan a un entorno complejo en el que convergen todos los avances científicos y tecnológicos, sociodemográficos y epidemiológicos, donde la cultura de los derechos y la denuncia por la inconformidad ante un mal servicio recibido o la mala calidad de un producto se está posicionando cada vez más en la sociedad, de ahí la importancia de la información que de tal cultura deriva.

La queja ha acompañado al hombre desde sus inicios, aunque no parece haber cobrado mayor importancia. Es un viejo concepto que refleja insatisfacción, pero al parecer esta definición no termina de dimensionarse y se pierde en descripciones que poco explican sobre su origen y utilidad. Cuando alguien se queja debe entenderse que se encuentra ante una situación que considera injusta o fuera de la normalidad.^{6,7}

En cuanto a la queja por la atención médica recibida, son muchos los factores que pueden detonarla, entre ellos el tratamiento clínico o quirúrgico, el trato brindado por el equipo de salud de la unidad, las instalaciones o tecnología empleadas o el costo de la atención. Cabe mencionar que mucho de lo que el paciente o su familiar consideran de la atención recibida está en su propia percepción, la cual se basa principalmente en el trato y no tanto en la calidad de la atención médica recibida. Cuando los pacientes perciben que la atención médica recibida ha sido deficiente o les ha sido negada cuentan con medios a su disposición para expresar su inconformidad y que ésta sea atendida. Este es el espacio de la queja médica.¹

Las quejas médicas son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con la mala práctica médica aunque ésta no sea una característica obligada.^{2,4} Estas quejas pueden analizarse de acuerdo al enfoque sistémico propuesto por Avedis Donabedian para evaluar la calidad de la atención médica.⁵ Según este enfoque, algunas quejas pueden asociarse con factores estructurales y otras con el proceso de atención pero el análisis de todas ellas es necesario y útil para formular recomendaciones, tanto para prevenirlas como para mejorar la atención médica.

Por otro lado, se sabe que las quejas médicas no sólo ocasionan daño a los pacientes sino que también afectan la salud del personal médico y paramédico al producirle estrés y preocupación,^{8,9} además de que disminuyen la satisfacción en el

trabajo e interfieren con su vida personal.¹⁰ Los estudios realizados sobre la reacción emocional de los médicos ante la queja han mostrado que pasan por una situación muy similar al duelo: impacto inicial, conflicto y resolución del conflicto.¹¹

Por esta razón, la queja como precursor de la calidad en el servicio y de la satisfacción de los usuarios debe ser un ingrediente fundamental de los sistemas de salud y el prestador de los servicios debe aceptarla como una opción de mejora sin carácter punitivo ni discriminatorio.

Las quejas frecuentemente son el resultado de una serie de incidentes que han derivado de fallas en el sistema. Lamentablemente, la evaluación de la queja no ha tenido el peso suficiente para ser un indicador de la forma en la que se están prestando los servicios y una manera de lograr que los esfuerzos en materia de calidad en la prestación de servicios de salud se orienten hacia la aplicación de normas y guías clínicas, además de otros factores que influyen en el comportamiento de quejas y fallas como son el equipamiento, las nuevas tecnologías y sus aplicaciones, la capacitación continua y las políticas de las instituciones de salud, así como la capacidad de respuesta de las mismas.

Es necesario destacar el factor humano ya que en la atención médica participan profesionales, técnicos y personal de muchas disciplinas con el fin de proporcionar al paciente un conjunto de servicios orientados a proteger, promover y restaurar su salud. Sin embargo, al frente del equipo por lo general está el médico, de ahí que se le llame queja médica y que cualquier contingencia se refiera a él, independientemente de que siempre existan un sinnúmero de factores y personas involucradas en la etiología del evento. Por esta razón, en el estudio de las contingencias el evento estudiado se debe distinguir claramente de cada uno de los miembros y de sus responsabilidades específicas y así ofrecer el mejor análisis de lo ocurrido sin señalar al médico en sí mismo sino refiriéndose al acto médico como tal.^{12,13}

Los pacientes pueden presentar su inconformidad o queja a través de mecanismos judiciales y no judiciales. Los primeros, entre otras muchas desventajas, deterioran aún más la relación médico-paciente. Es por esto que se han vuelto relevantes los medios alternos de solución de controversias, que son gratuitos, más eficientes, directos y permiten aplicar la teoría de que si no ganas no pierdes.

El análisis de la queja derivada de la práctica médica puede ser considerado desde tres enfoques: el del paciente que recibe los servicios, el del prestador que los otorga y el de la institución que provee los medios para llevarlos a cabo.¹⁴

- El enfoque del paciente que recibe los servicios se manifiesta, básicamente, a través de dos sucesos:
 1. La solución de sus problemas de salud.
 2. La satisfacción de sus expectativas en cuanto a trato, instalaciones, per-

sonal capacitado y disponibilidad de los recursos para el logro de los resultados.

- El enfoque del prestador de servicios se presenta desde el agravio y la sensación de invasión de su terreno, más desde una actitud defensiva que receptiva en cuanto a la oportunidad que la queja le presenta y desde el temor fundado a la represalia por parte de la institución, lo cual induce a ocultar lo sucedido.
- El enfoque de la institución se relaciona más con los daños patrimoniales que con la imagen de desconfianza que le deja al usuario o con el deseo de que éste y el prestador de servicios queden satisfechos.

Esos tres puntos conforman un escenario complejo y no suficientemente estudiado, pero que ha generado ya algunos resultados positivos a partir de las administraciones de los servicios de salud que han tomado elementos aislados para tratar de mejorar. Tal es el caso de algunos esfuerzos que han sido apoyados por organismos internacionales y que han generado corrientes que en alguna medida han ofrecido resultados, pero que en algún momento se han convertido en modas o en elementos discursivos por lo que no se han concretado en todos los casos y su aplicación no ha sido ni suficiente ni consistente.¹⁵

Poco preocupa lo que originó la queja y tampoco se busca identificar denominadores comunes entre las distintas inconformidades que permitan la instrumentación de medidas preventivas. De hecho, se genera un ambiente hostil ante el quejoso evitando así un círculo virtuoso (al contrario de lo que debería pasar, aunque esto no siempre ocurre), a pesar de que sería obligación de todos el hacer lo necesario para corregir esa situación particular y con ello satisfacer a los inconformes. Finalmente, el último momento en la vida de la queja debe consistir en identificar sus causas y con ellas crear los mecanismos para que no se repitan los incidentes. La queja se convierte entonces en el disparador de un sistema de prevención.¹⁶ Las quejas que tienen que ver con la calidad en la prestación de servicios de salud encuentran los mismos obstáculos que una queja por la baja calidad de un producto o de un servicio comercial. Con independencia de las consideraciones que la queja implica, es necesario tomar en cuenta al quejoso como un sujeto que enfrenta una situación compleja y ajena a la normalidad. Así, se le debe ver y atender desde tres ópticas:

1. Una persona que padece una situación problemática que hay que resolver.
2. Una persona a la que no se le debe someter a nuevos y mayores conflictos por el hecho de haber presentado una queja.
3. Una persona que es parte de una sociedad que debe generar las condiciones necesarias para que las situaciones que dieron origen a la queja no se repitan.

Por otro lado, no se debe perder de vista que siempre se han presentado conflictos entre los usuarios o sus familiares y los prestadores de servicios de salud. Los ori-

genes de los conflictos son múltiples, desde problemas de comunicación hasta resultados adversos o efectos desafortunados del acto médico, lo que constantemente se ha buscado resolver a través de diferentes vías. Una de ellas es el reclamo que el paciente o sus familiares hacen directamente al médico o a las instancias que las instituciones han establecido para atender esos problemas, mecanismos que ayudan pero que no han sido suficientemente exitosos.¹³

En el pasado existían sólo las vías institucionales y jurisdiccionales. Sin embargo, ninguna de ellas ha ofrecido satisfacción a las partes, particularmente a los médicos, quienes al enfrentar demandas de tipo civil o penal se han visto satanizados. Desde su nacimiento la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha atendido estos reclamos, pero su competencia se reducía a las instituciones públicas.

Con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, un órgano especializado en la atención de controversias entre médicos y pacientes, se inicia una nueva etapa a través de la utilización de medios alternos para la solución de conflictos.¹⁷ Las quejas y las inconformidades que se presentan son atendidas por medio de diferentes mecanismos pues no todos los casos se constituyen como quejas formales. Se dispone de varios servicios:

- **Orientación.** Después de conocer el asunto se informa a los usuarios de qué forma, cómo o quién puede ayudarles a resolver sus problemas.
- **Asesoría especializada.** Se proporciona con la participación de médicos y abogados según el caso.
- **Gestión inmediata.** Después de valorar técnicamente el caso se realizan trámites ante las instituciones públicas para dar solución al problema.
- **Conciliación.** Si la inconformidad tiene características de queja se busca la avenencia de las partes con la participación de un conciliador médico auxiliado por un abogado, previo análisis técnico del caso e incluyendo una propuesta de arreglo.
- **Arbitraje.** Si no es posible la conciliación, con la voluntad de las partes, a partir del análisis especializado del caso se resuelve la controversia a través de un laudo.

En otra índole de actividad la CONAMED también apoya, a petición de parte, a los órganos internos de control de las dependencias o a los propios órganos de procuración de justicia y a los jurisdiccionales con los denominados dictámenes médico institucionales, que son resultado del análisis detallado del caso en donde se identifica si el acto médico se realizó o no de acuerdo con los procedimientos y la literatura médica universalmente aceptada en un formato más elaborado del análisis de una inconformidad.

Partiendo de que la responsabilidad en la prestación de servicios médicos no recae exclusivamente en el médico, el análisis de la queja no se debe orientar úni-

camente al acto médico, sino a una valoración integral de la práctica médica y de los aspectos administrativos, de enfermería, de medicamentos y otros relacionados con los servicios, o bien si está referida a una política establecida por las instituciones y a la forma de administrarla.

La actuación de los profesionales de la salud debe contar con el respaldo de una adecuada capacidad instalada y los insumos necesarios para que les sea posible realizar la actividad para la cual fueron contratados y fue organizada la unidad médica. En muchas ocasiones esto no ocurre y la responsabilidad se diluye al no concretarse en una persona. En estos casos estamos en presencia de lo que se denomina responsabilidad institucional, ante la cual la propia institución tiene que responder de acuerdo a las disposiciones legales que la rigen.

En este marco, el análisis de la queja médica debe dirigirse, en primer lugar, a ofrecer atención apropiada al usuario, tenga o no razón, para así permitir identificar denominadores comunes y estar en condiciones de retroalimentar al sistema y propiciar su mejora.

Los resultados señalan áreas particulares en las que el sistema debe ser retroalimentado más allá de las acciones particulares de los individuos, indicando elementos sujetos a una intervención directa para lograr incrementar la calidad de los servicios de salud que se otorga a la población. Con base en este primer análisis y en forma general se puede llegar a retroalimentar al sistema con algunas acciones a seguir:⁷

- Fomentar la medicina basada en evidencias y la realización de diagnósticos diferenciales que queden plasmados en los registros de la atención médica y sirvan como justificación de estudios realizados.
- Fomentar la relación médico–paciente y las habilidades de comunicación de los prestadores de servicios de salud, en particular en la comunicación del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.
- Fomentar la obtención del consentimiento informado.
- Fortalecer la seguridad del paciente y el reporte de incidentes médicos.
- Revisar los procesos de asignación de fechas para consultas y procedimientos y, en su caso, agilizar dichos procesos.
- Fomentar la capacidad de elección y participación de los pacientes y sus familiares en el proceso de atención médica.

GENERALIDADES SOBRE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN EN RELACIÓN CON ALGUNOS ASPECTOS DE LA QUEJA MÉDICA

Uno de los motivos de queja se relaciona a los problemas de comunicación, los cuales ocuparon el séptimo lugar en el estudio realizado por Camarena¹⁹ y sólo

abarcaron 2.6% del motivo global de las quejas recibidas en CONAMED (después de la impericia, los incidentes, las complicaciones, los procedimientos innecesarios, la insatisfacción del paciente y el maltrato).

A pesar de no destacar como un problema primordial en el reporte citado la comunicación parece ser un asunto que bien podría estar inmerso al menos en dos de los motivos de queja referidos: la insatisfacción y el maltrato. Los problemas de comunicación tienen mucho que ver con la génesis de las quejas y la mala relación médico-paciente. Partiendo de que está claro que el prestador de servicios tiene siempre más información que el paciente o usuario, si no existe congruencia entre lo que ambos esperan en cuanto a la calidad, la claridad y la calidez de la comunicación las posibilidades de descalificación en un sentido o en el otro (médico-paciente o paciente-médico) son amplias.

La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite información de una entidad a otra. Los procesos de comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de los mismos, y tienen reglas semióticas en común (símbolos y signos con significados específicos y habituales dentro de una cultura, etnia o grupo social).

Por convención, se puede definir a la comunicación humana como un intercambio de pensamientos, sentimientos, razones o cualquier otro tipo de información mediante signos o señas corporales, el habla, la escritura u otro tipo de medio físico registrable u observable.

Una forma más sencilla de clasificar la comunicación es en términos de expresión verbal y no verbal. Todas las formas de comunicación requieren de un emisor, un mensaje y un receptor para que el acto de comunicación se realice. En dicho proceso, el emisor incluye información y la canaliza hacia el receptor a través de un medio. Una vez recibido el mensaje, el receptor lo decodifica y puede proporcionar una respuesta, aunque ésta no siempre resulta perceptible o evidente a los ojos del observador. En ocasiones puede emitirse a través del lenguaje hablado algo que se quiere comunicar pero la actitud corporal y gestos faciales (comunicación no verbal) puede expresar algo no congruente con lo que se emite verbalmente. Es por esto que en el acto médico el comportamiento actitudinal ante el paciente tiene gran importancia, pues puede llegar a ser un esquema de descalificación recurrente lo cual es en muchos casos causa de insatisfacción del paciente. Un ejemplo sería el caso de un paciente que le transmite algo a su médico sobre lo cual éste expresa un gesto que el emisor interpreta como de desaprobación franca, esto incomoda al paciente porque lo hace sentirse juzgado o criticado.

Otro ejemplo sería cuando un médico explora a su paciente en el área precordial y el primero refleja en su rostro una expresión de asombro que lleva al paciente a una situación de angustia y miedo pues esa expresión puede significar una señal de peligro, máxime cuando se explora este órgano vital y todavía no hay un diagnóstico presuncional. La actitud del médico podría derivar en una

queja por parte del paciente que generaría un problema de confianza entre ambos, el primero por sentirse juzgado sin fundamentos y el segundo por haberse despertado un sentimiento de alarma dada la actitud de sorpresa y angustia que el médico le transmitió.

El médico debe estar muy atento a estos elementos culturales, a veces no tan fáciles de entender, sobre todo en países donde se cuenta con multiplicidad de etnias y culturas como es el caso de México. Por otro lado, en la relación médico-paciente se da una serie de fenómenos emocionales que influyen en la forma como se emiten los códigos por lo que los canales pueden ser distorsionados en el propio proceso comunicativo. Por ejemplo, si el receptor (paciente) está esperando una respuesta que considere acorde con su expectativa positiva sobre la naturaleza de su padecimiento pero el emisor (médico) no transmite lo que espera el paciente (aunque esta comunicación esté bien fundamentada en un diagnóstico nosológico con bases científicas), así el paciente puede distorsionar el contenido del mensaje, negando o rechazando su validez. A medida que la naturaleza del padecimiento es más grave el nivel de negación emocional del paciente también se incrementa, lo que produce una mayor distorsión, en el mejor de los casos, o incluso una descalificación casi total de lo que el médico transmite o intenta transmitir. El médico deberá estar atento a estos fenómenos emocionales para que tratar de encontrar formas más gentiles y convincentes de comunicación. Es indudable que también existen espacios y tiempos para comunicar noticias desagradables o dolorosas y habrá que buscarlos cuando sea el caso.²⁰

El médico debe cerciorarse de que lo que intenta comunicar quedó claro para el paciente o que éste al menos decodificó de manera suficiente las instrucciones o explicaciones como para que éstas influyan favorablemente en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad.

Desde luego, la responsabilidad es mutua. Es decir, el paciente también debe hacer un esfuerzo por comprender lo que el médico le quiso decir. Sin embargo, los pacientes en ocasiones carecen de la suficiente cultura, no sólo médica, sino de capacidad de comprensión verbal simplemente por la falta de educación básica formal, de modo que la comunicación relacional está desequilibrada y esto significa que debe ser tomada en cuenta en el trabajo cotidiano con los pacientes. En otros casos, los pacientes tienen limitaciones intelectuales innatas y aquí el médico tiene la obligación de auxiliarse de un tercero (tutor o responsable) para poder explicarle la trascendencia del acto médico y cómo involucra al tratamiento correspondiente.

Por lo tanto, la comunicación debe coincidir con la comunicación no verbal, entendiendo por comunicación no verbal los movimientos corporales, la postura, los gestos, la expresión facial, el ritmo, la cadencia de las palabras, el silencio y los indicadores comunicacionales que aparecen en el contexto. Los médicos aprenden a manejar, con base en sus conocimientos, experiencia y personalidad,

ambos tipos de comunicación para transmitirle al paciente lo que desean que éste entienda o juzgue. Un gesto por sí mismo puede tranquilizar a quien lo percibe. Una sonrisa acompañada de una frase, como “¡No se preocupe!”, genera casi siempre en el paciente un estado de tranquilidad y armonía. No debemos perder de vista que la comunicación entre estos dos personajes es circular y que la actitud del paciente puede establecer o apuntalar un estilo. En la mayoría de los casos el estilo de la relación se da, en teoría, entre uno que sabe más (el médico) y otro que espera recibir (del que sabe más) alguna aclaración, orientación y, desde luego, el consabido diagnóstico.

Esta actitud de respeto hacia lo que el médico sabe, lo coloca en un rol y posición de seguridad y autoridad ante el paciente. Pero ¿qué pasa cuando el paciente desconfía de la capacidad del médico sin tener fundamento lógico para desconfiar y le transmite al segundo su sentir con su actitud arrogante y soberbia?, se genera una controversia, inconformidad o queja.

También se debe considerar la opción de la demanda irracional del paciente como la génesis de una queja sin fundamento, al tergiversar una praxis adecuada en inadecuada.

Estas reflexiones llevan hasta uno de los axiomas básicos de la comunicación humana, el cual indica que la dificultad inherente de la misma aparece en ambos sentidos. Hasta ahora se ha escrito más sobre lo que el médico transmite y cómo lo transmite y poco sobre lo que el paciente transmite y, por ende, genera en el médico tratante.²¹

Todos estos postulados teóricos llevan a concluir que en la relación médico-paciente tanto la comunicación verbal como la no verbal desempeñan un papel importante y cualquier defecto en ellas obstaculiza dicha relación. La posibilidad de que se genere o no se genere una queja producto de esos defectos depende de esas y otras variables que aún quedan por ser investigadas.

Otros aspectos importantes que se deben señalar, aún sabiendo que no se podrán tratar todas las aristas de la queja médica, son los relativos al aspecto psicológico, el impacto económico tanto para la institución como para el paciente y la sociedad y el impacto social de la queja, en el conocimiento de que la atención médica en sus diferentes procesos y especialidades presenta en su práctica actual un alto grado de complejidad. Esto requiere del análisis e investigación a profundidad de todos los factores que dificultan la toma acertada de decisiones por parte de los pacientes y familiares en cuanto a los elementos de la atención médica se refiere, entre ellos especialmente la falta de aceptación de la propia enfermedad. Entre esos factores se encuentran el deterioro personal de las condiciones psicofísicas y los sentimientos de indefensión y temor ante el dolor y la muerte. Es aquí donde el médico tiene un factor preponderante, pues de él se espera la mayor interacción para resolver lo que en ocasiones el sistema con dificultades puede llegar a atender.

Por ello una de las políticas actuales en salud es la de favorecer la corresponsabilidad del paciente, su familia y la comunidad en el cuidado de la salud, lo que se vincula con el reconocimiento de los derechos y responsabilidades del paciente, así como con la obligación de las instituciones de salud públicas y privadas (en el ámbito de su responsabilidad) de atender a cada paciente con pleno respeto, con un trato personal digno, sin discriminación alguna y en un ambiente transparente.

Se necesita un mayor y mejor examen de los procesos tecnológicos de la medicina moderna, dado su vertiginoso desarrollo, así como de la prolongación de los tiempos en la práctica médica, los cuales son afectados por el gran número de bienes y servicios que intervienen a lo largo de su aplicación y que por desgracia no están exentos de riesgo ni de elementos adversos. Esos temas deben ser estudiados a profundidad a partir de la información disponible para así conocer los elementos que participan en ellos y su presencia e incidencia en todos los escenarios posibles, la única manera factible de prevenirlos y garantizar así la seguridad del paciente.

Además, para identificar todos los elementos que intervienen es fundamental el indagar y someter a examen las condiciones de atención a los pacientes que deben darse para que, a pesar de contar con acceso a la oferta de la medicina institucional o privada, los usuarios prefieran recurrir a las llamadas medicinas alternativas o remedios naturales.

CONCLUSIONES

Hay mucho que discutir acerca de la queja. Sirva el presente texto de preámbulo en el despertar del interés del lector interesado en la solución de los conflictos entre médicos y pacientes, entre los usuarios de los servicios de salud y quienes los ofrecen.

La queja y el análisis de su génesis ofrecen una amplia, muy amplia posibilidad de buscar soluciones que en una organización madura provean de mecanismos de prevención de aquello que la ocasionó y con ello una alta posibilidad de incrementar la calidad, la seguridad y la satisfacción del prestador de servicios.

REFERENCIAS

1. **Robledo GH, Aguilar RT, Fajardo DG, Meljem MJ:** La queja médica; tema de análisis y reflexión actual. *Rev CONAMED* 2012;17(4):149–155.
2. **Hickson BG, Federspiel FCH, Pichert WJ, Miller SC, Gauld Jaeger J et al.:** Patient complaints and malpractice risk. *JAMA* 2002;287:2951–2957.

3. **Daniel AE, Burn RJ, Horarik S:** Complaints about medical practice. *Med J Aust* 1999; 170:598–602.
4. **Sage MW:** Putting the patient in patient safety. Linking patient complaints and malpractice. *JAMA* 2002;287:3003–3005.
5. **Donabedian A:** Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44: 166–206.
6. **González IRM, Arrué AB, Pérez BMJ, Sánchez GE, Ansótegui PJC et al.:** La gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza–Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(7):591–597.
7. **Meljem MJ, Hernández VBL, García SS, Narro LJR, Fajardo DG:** La queja médica y la calidad de la atención (la queja médica y los sistemas de salud. *Rev CONAMED* 2010;15(4):181–187
8. **Hampton T:** Payments for adverse events. *JAMA* 2006;296:1958.
9. **Kravitz LR, Rolph EJ, McGuigan K:** Malpractice claims data as a quality improvement tool. I. Epidemiology of error in four specialties. *JAMA* 1991;266:2087–2092
10. **Vincent AC, Coulter A:** Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002;11:76–80.
11. **Aasland GO, Ferde R:** Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005;14:13–17.
12. **Jiménez CME, Ponce de León RS, Rangel FS, Mohar BA:** Epidemiology of medical complaints in Mexico: identifying a general profile. *Int J Qual Health Care* 2006;18:220–223.
13. **Tena Tamayo C, Sotelo J:** Malpractice in Mexico: arbitration no litigation. *Br Med J* 2005;331:448–451.
14. **Kessler PD, Sage MW, Becker JD:** Impact of malpractice reforms on a supply of physician services. *JAMA* 2005;293:2618–2625.
15. **Jain A, Ogden J:** General practitioners' experiences of patients complaints: qualitative study. *Br Med J* 1999;318:1596–1599.
16. The Research Priority Working Group: *World Alliance for Patient Safety. Global priorities for research in patient safety.* Ginebra, WHO, 2008:1–28.
17. **Hernández TF, Aguilar RMT, Santacruz VJ, Rodríguez MAI, Fajardo DGE:** Queja médica y calidad de la atención en salud. *Rev CONAMED* 2009;14(3):26–34.
18. **Narro LJR:** El derecho a la protección de la salud y el arbitraje médico en México. *Rev Hechos Derechos IJJ–UNAM* 2010. http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/hd/art_009.htm.
19. **Camarena RE, Hernández TF, Fajardo DG:** La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Rev CONAMED* 2011;16(3):141–147.
20. **Tena Tamayo C, Hernández O:** *La comunicación humana en la relación médico–paciente.* México, Prado, 2005:152–155.
21. **Castañeda IC:** *Quejas médicas: insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica.* México, Editores de Textos Mexicanos, 2002:211.

Sección III

Prospectiva

Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos

*Javier Santacruz Varela, Francisco Hernández Torres,
Patricia León Guerrero, Félix Real Tovar*

INTRODUCCIÓN

La frase errar es humano se ha vuelto un lugar común en la literatura sobre seguridad del paciente y el libro con el mismo nombre, publicado por el Instituto de Medicina de EUA en el año 1999,¹ despertó el interés en el desarrollo de programas y estrategias en los sistemas de salud de varios países del mundo para disminuir los errores y sus consecuencias en los pacientes. En las organizaciones consideradas de alto riesgo y en las que los errores tienen severas consecuencias como las de aviación, industria química, producción de energía nuclear y eléctrica, el ejército y la navegación, el análisis de la causa raíz de los errores ha revelado que estos se deben a fallas técnicas del sistema u organización, así como a limitaciones o inconsistencias de la conducta humana.² Hoy se acepta que los errores no sólo se deben a fallas de las personas sino sobre todo a fallas en el diseño y la gestión de las organizaciones y esta nueva forma no reduccionista de analizar el error amplía el espectro de su estudio y ayuda a buscar sus verdaderas causas.

Desde hace varios años, en el campo no sanitario se han buscado explicaciones etiológicas de los errores que conducen a lesiones en las personas y a pérdidas en las organizaciones. Entre las diversas teorías que se han formulado para explicar las causas por las que ocurren los accidentes destaca la de Reason, quien propuso que además de la falla humana directa de alguien que comete el error en un momento dado, la que denominó falla activa, existen factores o condiciones latentes atribuibles a fallas en el diseño, a nivel organizacional y en la operación que propician la falla humana, resultando en un accidente con posibles conse-

cuencias físicas para la o las personas, así como para las economías personal y organizacional.^{3,4}

Otra teoría del error la propuso Rasmussen, quien sostiene que existen diferentes fuentes de error que al interactuar con los factores latentes causan los accidentes.⁵ En realidad esta teoría es similar a la de Reason, pero destaca la multicausalidad del error, lo cual ayuda a no centrar en un solo hecho o en una sola acción el origen de los errores.

Por otra parte, Charles Perrow⁶ propuso la denominada teoría del accidente normal, la cual sostiene que en todas las organizaciones existen condiciones que hacen inevitable el accidente, cuyo control es prácticamente imposible, por lo que el error y sus consecuencias se tienen que aceptar como algo esperado, como algo inherente al tipo de organización y como un riesgo que es posible calcular.

En contraposición a la propuesta anterior está la teoría de alta confiabilidad, la cual postula que es posible prevenir los accidentes, siempre y cuando se mejoren el diseño y la gestión en las organizaciones.⁷ Esta teoría acepta al error y sus consecuencias como prevenibles mediante una mejor gestión.

Como se puede apreciar, las diversas teorías explicativas en vez de ser antagónicas son en realidad complementarias cuando se pretende entender un fenómeno complejo como es el error, el cual resulta de una serie de factores personales y organizacionales, así como de determinantes materiales e intelectuales que en conjunto ayudan a encontrar las explicaciones plausibles que podrían permitir prevenirlos.

Los errores ocurren en cualquier actividad humana y la actividad sanitaria no es la excepción, por lo que hoy se acepta que la atención médica también es vulnerable al error. Debido a ello, se considera que, con adaptaciones convenientes, las teorías que se han utilizado para promover la seguridad en otras organizaciones consideradas de alto riesgo y que han tenido efectos positivos también podrían ser incorporadas en las organizaciones de salud, en las que según el enfoque propuesto por Reason los accidentes involucran tanto a los trabajadores de salud como a la propia organización.

Se parte del supuesto de que si en los servicios de salud se pusiera atención a los aspectos de organización, estructura, proceso y cultura organizacional y todos ellos se alinearan con la calidad en la atención, se podrían obtener mejores resultados o un mayor impacto en la seguridad de los pacientes.

Este capítulo tiene el propósito de analizar en primer lugar la cultura organizacional y en segundo lugar el componente cultural relacionado con la seguridad en las organizaciones de atención médica, a lo que se ha denominado cultura para la seguridad de los pacientes. También se procurará realizar una somera revisión de los modelos predominantes para promover la cultura de seguridad del paciente, contrastándolos con aquellos que se utilizan para promover la cultura de seguridad en las organizaciones no médicas y, por último, la forma como se puede lle-

var a cabo la evaluación de dicha cultura, utilizando instrumentos y encuestas que ya se utilizan en algunos países y que generan información presumiblemente útil para mejorar la cultura de seguridad de los pacientes.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Para algunos administradores de empresas la cultura de una organización es el corazón de la misma, es una de sus fuerzas más sólidas e importantes, la que conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. En otras palabras, representa la manera como específicamente funciona cada organización.

Helmreich definió la cultura como “una compleja red que comprende las actitudes nacionales, organizacionales y profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos”.⁸ Con frecuencia la cultura organizacional es comparada de manera figurada con un pegamento que mantiene unida a la organización y, por lo tanto, se asume que dicha cultura es un componente importante y contribuye al desempeño de la organización en su conjunto y a la socialización de los trabajadores, de manera tal que estos aumentan su compromiso con los objetivos de la organización.⁹ Desde un punto de vista filosófico se asume que para lograr tal situación es necesario que la cultura se internalice en los líderes del más alto nivel (por ejemplo, directores o miembros del consejo directivo), ya que ello se reflejará y afectará el comportamiento de los trabajadores.¹⁰ Esta corriente de pensamiento indica que el involucramiento de los líderes o gerentes del más alto nivel es fundamental para lograr o desarrollar la cultura organizacional. Se parte del hecho de que la conducta de los líderes de mayor jerarquía en la organización tiende a ser imitada por los líderes intermedios y el resto de los miembros, por lo que es necesario que ellos pongan el ejemplo.

Existe otra corriente que plantea que, sin dejar de lado la importancia del liderazgo al más alto nivel, es el involucramiento de los líderes intermedios lo más importante para desarrollar la cultura en los trabajadores de primera línea o de menor jerarquía en cualquier organización, como lo evidencian algunos estudios relacionados con la gestión total de calidad.¹¹ Esta posición no parece ilógica ya que son los líderes intermedios (jefes de área o de departamento) los que realmente están en contacto con la planta de trabajadores de la organización, sin cuya participación ningún proceso cultural es factible. Estos líderes intermedios son como el eje o punto de equilibrio en la organización ya que ellos son los que permiten “desplegar” la cultura organizacional hacia los niveles jerárquicos superiores e inferiores.

Cualquiera que sea la corriente de pensamiento o enfoque que se adopte con respecto al liderazgo para promover la cultura organizacional, no parece haber

duda de la importancia que tiene el liderazgo para lograr dicha cultura pero, sobre todo, de que ese logro será más factible si se involucran y participan los líderes de todos los niveles de la organización.

El involucramiento de los líderes en la cultura organizacional en instituciones de todo tipo, por ejemplo, en los establecimientos de salud, no es una tarea sencilla, ya que con frecuencia son refractarios a tales ideas o no perciben la importancia de dicha cultura en el desempeño global de la organización ni en la seguridad del paciente en particular. Sin embargo, tomando en cuenta lo que indican las teorías antes descritas, la participación de los líderes es fundamental y por lo tanto el reto para quienes tienen a cargo los programas de calidad y seguridad es promover su participación.

Otra circunstancia poco favorable es la percepción de los trabajadores en relación a la cultura organizacional. Con relativa frecuencia la importancia de tal cultura pasa desapercibida para la mayoría de los trabajadores ya que están tan acostumbrados al ambiente o clima laboral de sus organizaciones que simplemente pueden asumir que esa es la forma como ahí se hacen las cosas. Esto puede ser una debilidad para avanzar hacia una cultura de seguridad que impacte en la salud de los trabajadores y de los usuarios.⁸

CULTURA DE SEGURIDAD

No existe por el momento una definición única sobre la cultura de seguridad, pero los estudios y literatura existentes sobre el tema muestran de manera recurrente y como una constante que en aquellas organizaciones con una eficaz cultura de seguridad ésta es percibida por los trabajadores como una prioridad y esa percepción permea en todos los niveles, así como a lo largo y ancho de toda la organización. En dichos estudios se identifican algunos elementos comunes en la mayoría de las organizaciones con cultura de seguridad eficaz:

1. El reconocimiento de los trabajadores de que existen riesgos en las actividades de su organización.
2. La percepción de un ambiente libre de culpa donde los trabajadores pueden reportar errores sin temor a ser castigados.
3. La expectativa de encontrar colaboración en su organización para solucionar las situaciones vulnerables.
4. La voluntad de parte de la organización para destinar recursos dirigidos a los asuntos relacionados con la seguridad.¹²⁻¹⁶

Basándose en un amplio trabajo de campo en varias organizaciones, Roberts y col. encontraron algunos valores culturales comunes relacionados con la seguridad organizacional (cuadro 21-1).¹⁷

Cuadro 21–1. Valores culturales comunes

1. Responsabilidad interpersonal
2. Interés en las personas
3. Colaboración y apoyo entre unos y otros
4. Amabilidad
5. Relaciones personales abiertas y francas
6. Logro de objetivos comunes
7. Sentimiento de credibilidad
7. Fuerte sentimiento de confianza interpersonal
8. Resistencia o capacidad de recuperación

La cultura de seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, por la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención.¹⁸ La seguridad sólo se logra si existe un compromiso compartido en todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.¹⁹

Lograr una óptima cultura de seguridad lleva su tiempo y la organización debe estar consciente de las etapas por las que atraviesa ese proceso. El análisis sobre el desarrollo de la cultura de seguridad en las organizaciones muestra que estas progresan desde un ambiente poco deseable o patológico hasta un ambiente óptimo o generador. Parker y Hudson describieron un marco conceptual para comprender el desarrollo de la cultura de seguridad organizacional, en el cual propusieron que las organizaciones pueden transitar por diversos estadios o niveles de maduración en el camino hacia una cultura de seguridad organizacional óptima o ideal. Los niveles son los siguientes:²⁰

- 1. Patológico:** la seguridad se ve como un problema, se restringe la información y prevalece la culpabilidad hacia los individuos.
- 2. Reactivo:** la seguridad es considerada como importante pero sólo se responde cuando ha ocurrido un daño importante.
- 3. Calculador:** se tiende a enfatizar lo normativo y cuando ocurre un incidente se le procura resolver y explicar sin un análisis ni una investigación cuidadosa.
- 4. Proactivo:** las organizaciones crean medidas preventivas de seguridad e involucran a todas las personas participantes.
- 5. Generador:** se busca activamente información para determinar y comprender el grado de seguridad e inseguridad de la organización.

Como se puede apreciar, ya existe un marco conceptual acerca de la cultura de seguridad en las organizaciones y al respecto se puede concluir señalando que la cultura de seguridad organizacional es “el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños”. Las organizaciones con cultura positiva de seguridad se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, por la aceptación de que la seguridad es importante y por la confianza en las medidas de prevención. La seguridad sólo se logra si existe un compromiso compartido entre todos los niveles de la organización, desde el personal de primera línea hasta los gerentes de más alto rango.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿A qué se debe el creciente interés por la cultura de seguridad del paciente? Hoy en día existe una urgente necesidad de que los organismos que proporcionan servicios de salud replanteen sus procesos de trabajo y definan la seguridad como un objetivo institucional de la máxima relevancia. No obstante, es evidente que no se puede lograr ese objetivo ni aplicar cambios duraderos e importantes en una organización si no se replantea el análisis del clima laboral y la cultura organizacional. Si por seguridad del paciente se entiende el ofrecer al paciente condiciones de atención con el menor riesgo posible, no se puede conseguir en un ambiente donde predomina la desconfianza, la pobre colaboración entre los trabajadores y departamentos, la falta de interés de los directivos y una comunicación deficiente. El movimiento por la seguridad del paciente está en marcha y en ese marco se han desarrollado acciones y asumido retos globales, como Atención limpia es una atención segura y Cirugía segura salva vidas. No obstante, a más de un lustro de haberse implementado estas medidas a nivel mundial el lavado de manos y el uso de la lista de verificación no son conductas habituales en todos los profesionales de salud y, por otra parte, la tasa de infecciones nosocomiales y la tasa de eventos adversos son el doble de lo que podrían ser si se llevaran a cabo medidas efectivas para reducirlas por lo que, en general, siguen siendo un problema serio en los hospitales de todo el mundo. Frente a estas realidades, diversas organizaciones han identificado que la cultura de seguridad juega un papel fundamental para mejorar la seguridad de los pacientes y puede ayudar a las organizaciones a dar respuesta a los numerosos desafíos que enfrentan para lograr una atención más segura para sus pacientes.

Por analogía con la definición de cultura de seguridad organizacional, la cultura de seguridad para los pacientes puede ser definida en los siguientes términos:

“Conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que ayudan a disminuir los riesgos y daños para el paciente”.

Diversos estudios muestran que una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud constituye uno de los requisitos esenciales para evitar o disminuir en lo posible la aparición de incidentes y aprender de los errores de forma proactiva, así como para rediseñar los procesos para prevenir los riesgos y eventos adversos.

En el campo de la salud, uno de los primeros en reconocer la importancia de la cultura de la seguridad fue el Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés), el cual señaló que entre los mayores retos para conseguir sistemas de salud seguros se encuentra el de remplazar la cultura en la que se culpa a los individuos por los errores, por otra en la que éstos son vistos como oportunidades para aprender, prevenir los daños y mejorar el sistema de atención.²¹ Cabe destacar como hecho anecdótico que el ex Secretario de Salud de México, así como distinguido investigador, experto en infecciones y sanitarista, Dr. Jesús Kumate Rodríguez, dijo en relación a las fallas y las oportunidades que éstas dan para acciones de mejora: “una falla, es una joya”, si se sabe aprovechar. El enfoque propuesto por el IOM contrasta con lo que se podría denominar cultura patológica de seguridad en la que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen los problemas. Una cultura positiva de seguridad, por el contrario, reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las amenazas o riesgos latentes.²²

La propia IOM publicó en 1999 el informe titulado *To Err is human. Building a Safer Health System*. En dicho informe reconoce que el sistema de salud de EUA no está brindando a los ciudadanos lo que éstos esperan de él y que la calidad deja mucho que desear. Este documento alertó a la sociedad y obligó a los tomadores de decisión a definir una política de seguridad del paciente para su país así como a destinar un sustancial presupuesto para impulsar la seguridad del paciente en dicho sistema de salud. El hecho de que un país con una economía y un desarrollo de los más altos del mundo haya reconocido que el error es inherente a la condición humana contribuyó a que otras sociedades empezaran a hablar con mayor claridad y transparencia de los errores en la práctica médica. Ciertamente el error es humano y nadie es infalible, ya que todos los días cometemos más de un error, así sea leve, y es por esta cotidianeidad que pueden pasar desapercibidos para muchos y para nosotros mismos. ¿Cómo no reconocer entonces que en los sistemas de salud, siendo de los más complejos que existen por la pluralidad de acciones y la diversidad de personas que intervienen en la prestación de servicios, puede haber fallas?

En 2003 el informe del *National Quality Forum* de EUA hizo una recomendación aclarando que la primera de las buenas prácticas para mejorar la seguridad

del paciente es el desarrollo de una adecuada cultura de seguridad del paciente.²³ Una actualización de ese informe, publicada en 2004, agregó que la medición de la cultura de seguridad, el *feedback* de los resultados y la definición de intervenciones son elementos necesarios para llevar a cabo dicha labor.²⁴

En el mismo año, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido publicó el documento titulado *Seven Steps to Patient Safety*, una guía de buenas prácticas dirigida a ofrecer a las organizaciones del sistema nacional de salud del Reino Unido orientación práctica y apoyo para mejorar la seguridad del paciente. En dicha guía se establecen siete acciones necesarias para desarrollar la seguridad del paciente en un sistema de salud. La primera de esas acciones se refiere a la construcción de una cultura de seguridad, bajo la premisa de que la creación de una cultura abierta y justa es fundamental para lograr la seguridad de los pacientes.²⁵

En dicho documento se define la cultura de seguridad como “aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa acerca de las cosas que pueden fallar”. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, pero al mismo tiempo significa ser comprensivo con el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado.

El enfoque actual de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden vincularse sólo y exclusivamente con las acciones individuales del personal sanitario involucrado, sino que la falla del personal es sólo la conducta emergente que indica que tras ella hay seguramente fallas de diseño, organización y operación del sistema de atención. Entonces, los incidentes están relacionados también con el sistema en el que las personas trabajan. Estudiar qué es lo que falló en el sistema ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que “ayudan a minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente”.

Entre los beneficios importantes de una cultura de seguridad en los establecimientos de salud se encuentran los citados en el cuadro 21–2.

EL ENFOQUE SISTÉMICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA AUTOEVALUACIÓN DEL RIESGO

La cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así

Cuadro 21–2. Algunos de los beneficios de la cultura de seguridad

- Reducción potencial en la recurrencia y gravedad de incidentes de seguridad del paciente, mediante el aumento en la notificación y el aprendizaje en la organización
- Disminución del daño físico y psicológico a pacientes, por la conciencia de las personas sobre la seguridad, la prevención de errores y el dialogo abierto cuando ocurren fallas
- Disminución de la angustia en el personal, sentimientos de culpa, preocupaciones, vergüenza, pérdida de confianza y de moral, por el menor número de incidentes
- Reducción de costos debido a menores gastos por tratamientos extraordinarios
- Mejor gestión de recursos por una evaluación eficaz del riesgo y cambios en las prácticas de atención, debido al análisis de incidentes y las acciones de mejora

como los sucesos que le preceden. Los estudios sobre seguridad del paciente muestran que la mayor parte del personal intenta crear un entorno de seguridad y prevención de fallas. La abrumadora mayoría de incidentes no son causados intencionalmente ni por falta de competencia de los profesionales que prestan los servicios, ya que hasta el personal más capacitado puede cometer los peores errores.^{26,27}

Los incidentes de seguridad del paciente deben examinarse tomando en consideración que más allá de las acciones individuales del personal directamente involucrado existen otros factores que también participan. Aunque un error humano puede preceder inmediatamente a un incidente, en un complejo sistema técnico y social como lo es el de los servicios de salud existen normalmente factores sistémicos muy arraigados en el trabajo que contribuyen a que se produzcan las fallas del personal.²⁸

Es necesario pasar de un enfoque en el que se culpa sólo a las personas a otro en el que se busca qué es lo que falló en el sistema en el que las personas están trabajando, el cual es conocido como enfoque de sistemas. Identificar los factores del sistema que afectan la seguridad del paciente ayuda a la organización a conocer qué tan confiables son sus procesos y procedimientos. El objetivo de este enfoque es mejorar esa fiabilidad a través de tres acciones:

- La prevención. Se deben diseñar mecanismos de alerta que prevengan las fallas.
- La identificación. Se deben realizar evaluaciones proactivas del riesgo con el fin de identificar las fallas antes de que estas ocurran.
- La mitigación. Se deben diseñar procedimientos y desarrollar capacidades para mitigar el daño causado por las fallas cuando no son detectadas o evitadas.

El enfoque de sistemas no significa de ningún modo que las acciones individuales se releguen o dejen de considerarse cuando se estudia un incidente.²⁹ Se debe

enfaticar que existe un sutil equilibrio entre las acciones individuales y las fallas del sistema que ocasionan un incidente, tanto cuando éste ocurre como cuando tiene el potencial de ocurrir.

El equilibrio en cada caso o situación específica es diferente ya que en algunos incidentes las acciones individuales o el error humano contribuyen más que los factores del sistema, mientras que en otros incidentes los segundos tienen una mayor relevancia.

Para efectos prácticos una gestión eficaz de los errores requiere una comprensión tanto de la diversidad del error humano como de los factores que se relacionan con él y lo promueven. Si se identifican factores de error humano (p. ej., administrar una dosis incorrecta de un medicamento a un paciente hospitalizado), las organizaciones de salud deberían encontrar medidas que los pronostiquen y prevengan así como realizar los cambios que requiere el sistema de atención a pacientes hospitalizados en lugar de sólo tratar de corregir las fallas de las personas.

Si sólo se sanciona o cambia a la persona que administró equivocadamente el medicamento pero se dejan de analizar las fallas del sistema y de efectuar su corrección, es muy probable que ocurra nuevamente el incidente. De acuerdo con este enfoque ¿se puede aceptar que retirando o despidiendo al empleado vinculado directamente con la falla estaremos a salvo de que vuelva a ocurrir? Desde luego que la respuesta es simple y llanamente ¡no!

Un factor importante en cualquier enfoque sobre la seguridad es la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización acerca de sus propios niveles de seguridad. Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación de riesgo y en base a la información que proporcione llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados. Sin embargo, no es usual que los profesionales ni los equipos de trabajo en las organizaciones de salud realicen estos ejercicios de evaluación y, por otra parte, el personal puede sentir que tiene muy poca oportunidad para influir en el nivel de riesgo de su organización y de cambiar el sistema en el que trabaja. Por ello es necesario identificar mecanismos sencillos que lo involucren en dichas mediciones y en las acciones correctivas.

Una herramienta sencilla para que el personal y los equipos de trabajo identifiquen los riesgos potenciales que enfrentan al realizar su trabajo y comprendan sus propios niveles de seguridad es la diseñada por James Reason. Se llama modelo de tres contenedores (*three buckets model*) y es una herramienta de autoevaluación que requiere que cada individuo (también se puede aplicar a equipos de trabajo) se puntúe tomando en cuenta tres factores: el primero en relación al mismo trabajador, el segundo al contexto en el que trabaja y el tercero a la o las tareas que desempeña. La persona asigna un punto cuando percibe un riesgo bajo, dos para el riesgo moderado y tres cuando percibe riesgo alto (figura 21-1).



Figura 21–1. Modelo de los tres contenedores de Reason para determinar el nivel de seguridad.

Cada uno de los tres factores propuestos por Reason implica diversos aspectos a considerar, los cuales se reflejan en varias preguntas:

- Uno mismo. ¿Cómo se siente este día? ¿Se encuentra preocupado? ¿Se siente con suficiente experiencia y conocimientos? ¿Existen factores físicos tales como la fatiga que puedan afectar su desempeño? ¿Existen factores emocionales o sucesos personales que le afecten este día?
- Contexto/ambiente. ¿Cómo es el entorno físico y cultural en el que trabaja? ¿Existen distractores para hacer su trabajo y si es así cuáles son? ¿Las técnicas, herramientas y equipos para hacer su trabajo están disponibles? ¿Existen situaciones que interrumpan o distraigan su trabajo? ¿Ha habido cambios de personas o existe personal nuevo en su área de trabajo? ¿Existen liderazgo, niveles de autoridad y jerarquía claros en su área de trabajo? ¿Existe suficiente interacción del equipo de trabajo?
- Tareas. ¿Tiene dificultad en los procedimientos y actividades que realizará hoy? ¿Su experiencia, conocimientos, recursos y equipo son suficientes? ¿Le satisface lo que hace? ¿Existen pacientes con riesgo debido a la complejidad de sus padecimientos, a su vulnerabilidad o a estados infecciosos?

Una vez que se realiza la encuesta se suman las puntuaciones de los tres factores. Una puntuación de tres no necesariamente significa que la persona o el equipo tengan mayor seguridad, así como una puntuación de nueve no significa necesariamente que se encuentre en alto riesgo. Sin embargo, no se debe dejar de considerar que la autoevaluación ayuda a los profesionales a ser más conscientes de

la seguridad potencial que tienen ese día y a poder adaptar sus acciones en consecuencia. Esta sencilla medición se puede considerar como un esfuerzo para tener conciencia del error y para la auto-vigilancia.

EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los conocimientos derivados del estudio de la cultura organizacional y en particular de la cultura de seguridad en las organizaciones han contribuido a delinear un marco teórico para estudiar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, ya sean de atención hospitalaria o de consulta ambulatoria. A pesar de ser un campo relativamente nuevo, las investigaciones efectuadas han permitido poner a prueba el marco teórico así como las herramientas con las que se puede llevar a cabo la medición de la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud.

La evaluación de la cultura de seguridad suele realizarse mediante cuestionarios de auto-aplicación.²⁹⁻³¹ El análisis de los cuestionarios o instrumentos utilizados para evaluar la cultura de seguridad permite identificar que todos ellos comparten algunos elementos o dimensiones comunes de seguridad, es decir, tienen más semejanzas que diferencias.³² Debido a que esos instrumentos se desarrollaron de manera independiente y se usaron en diferentes poblaciones se asume que los elementos comunes que se han identificado representan las dimensiones que realmente permiten evaluar la cultura de seguridad en las organizaciones (figura 21-2).

Como ya se mencionó, en el campo de la salud quien tempranamente reconoció la importancia de la cultura de la seguridad fue el IOM, el cual llegó a afirmar que para conseguir sistemas de salud seguros era necesario hacer un cambio cultural para que, en vez de culpar a los individuos por los errores, estos fueran vistos como oportunidades para aprender, prevenir los daños y mejorar el sistema de atención, lo cual se explica en una de sus publicaciones, titulada *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*.³³ También ya se mencionó que en contraste con la cultura patológica de seguridad, en la que las fallas son punibles, se ocultan y no se reconocen los problemas, una cultura positiva de seguridad reconoce la inevitabilidad absoluta de fallas y busca activamente identificar las amenazas o riesgos latentes. Sin duda, este cambio cultural implica un reto para las organizaciones de salud, quienes deben llevar a cabo acciones con gran imaginación e innovación.³⁴

De manera gradual, los sistemas de salud van aceptando que la evaluación de la cultura de seguridad en sus establecimientos es necesaria para mejorar la segu-

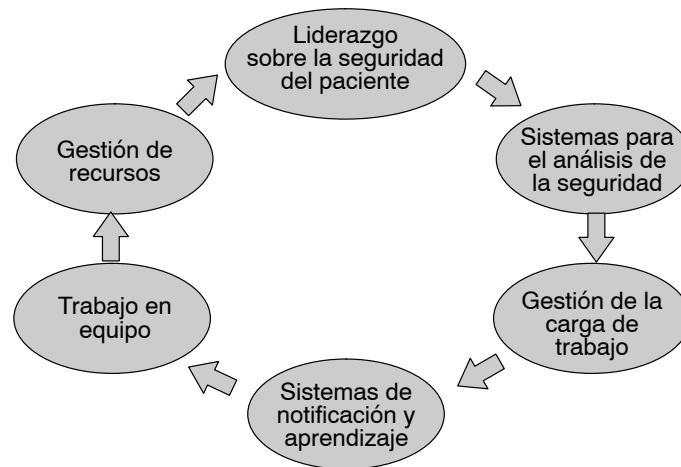


Figura 21–2. Dimensiones comunes en estudios sobre cultura de seguridad del paciente.

ridad de los pacientes puesto que no se puede mejorar aquello que no se conoce. Esta aceptación se refleja de manera tácita en el informe publicado por el *National Quality Forum* de EUA en 2003, en el cual se considera que la cultura de seguridad es la primera de las buenas prácticas de las organizaciones de salud si se pretende mejorar la seguridad del paciente. Esto fue ratificado en su informe del 2005, en el que recomienda no sólo evaluar la cultura de seguridad sino también retroalimentar al personal con los resultados y utilizarlos para definir intervenciones que mejoren la seguridad de los pacientes.

El creciente número de estudios sobre la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud revela que dicha cultura no se puede lograr sólo con la buena disposición de los directivos para impulsar acciones de seguridad, sino sobre todo con acciones tangibles como el desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y la disposición del personal de salud para utilizarlos y aprender de ellos, además de que se debe tener una mente abierta para compartir información sobre las fallas y participar en el rediseño de procesos para evitar que se repitan.^{35,36}

A partir de la recomendación del IOM de mejorar la seguridad del paciente mediante la incorporación de un cambio en la cultura de seguridad de las organizaciones de salud se empezaron a desarrollar diversos instrumentos y encuestas con el fin de medir el clima de seguridad, algunas de las cuales se apoyan en pruebas psicométricas e incluyen diversas dimensiones. Los resultados comparativos fueron publicados en el 2005 por Colla y col.³⁷ Uno de los instrumentos fue el cuestionario desarrollado en 2004 por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de EUA para evaluar la cultura en el ámbito hospitalario. Este

cuestionario, denominado *Hospital survey on patient safety culture*, además de haberse utilizado para evaluar anualmente un extenso número de hospitales en dicho país, fue utilizado ya en otros países.³⁸ La propia AHRQ tradujo el cuestionario al español y uno de los primeros en utilizarlo en países de habla hispana fue el grupo de trabajo de la Universidad de Murcia, la cual lo adaptó y lo aplicó en una muestra de 24 hospitales del Sistema de Salud Español como parte de un proyecto de cooperación con el Ministerio de Sanidad y Política Social de España.³⁹

En México, la adecuación de ese cuestionario y su validación mediante la prueba de alfa de Cronbach fueron primero llevadas a cabo por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que es Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en materia de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, y posteriormente por la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud a través del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). El cuestionario se aplicó por primera vez en 2009 para efectuar un estudio piloto y después en 12 hospitales del Sistema Nacional de Salud (el cuestionario adaptado por la CONAMED y por SICALIDAD se anexa al final de este capítulo).⁴⁰

Las encuestas en las que se ha utilizado el cuestionario de la AHRQ muestran que dicha herramienta es útil para conocer el grado de cultura de seguridad del paciente tanto a nivel hospitalario como en servicios de atención específicos como los servicios de urgencias, cuidados intensivos y salas de cirugía.^{41–43}

La amplia utilización de este cuestionario en las encuestas realizadas se debe a los beneficios potenciales que se le atribuyen, entre los que se encuentran los siguientes: permite hacer el diagnóstico situacional de la cultura de seguridad, mejora el grado de conciencia del personal sobre la seguridad del paciente, ayuda a formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, contribuye a evaluar acciones o programas específicos de seguridad del paciente y permite evaluar los cambios a través del tiempo. Las evaluaciones psicométricas realizadas al cuestionario lo ubican como una herramienta útil para evaluar todas las dimensiones de la cultura de seguridad, con una validez y confiabilidad de moderada a fuerte.^{44–46}

El cuestionario está diseñado para evaluar doce dimensiones relacionadas con la seguridad del paciente a través de un total de 42 preguntas (cuadro 21–3).

Resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente

El cuestionario diseñado por la AHRQ se ha utilizado para efectuar encuestas en diversos países y consta de dos tipos de preguntas, unas formuladas en sentido positivo y otras en sentido negativo, y para ambas se utiliza una escala tipo Likert

Cuadro 21–3. Las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente

Dimensiones	Aspectos que exploran las preguntas
1. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Cuatro preguntas. Apoyo, respeto y solidaridad del personal, para trabajar en situación normal y de sobredemanda
2. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión/servicios para favorecer la seguridad	Cuatro preguntas. Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente.
3. Aprendizaje organizacional/mejora continua	Tres preguntas. Aprendizaje a partir de los errores, la ejecución de acciones para mejorar la seguridad y su evaluación
4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Tres preguntas. Interés de la dirección para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva
5. Percepción de seguridad	Cuatro preguntas. Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos
6. Franqueza en la comunicación	Tres preguntas. Informe de la dirección sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos
7. <i>Feed back</i> y comunicación sobre los errores	Tres preguntas. Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien
8. Frecuencia de eventos notificados	Tres preguntas. Reporte de errores con o sin potencial para dañar al paciente
9. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Cuatro preguntas. Cooperación y agrado para trabajar y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado del paciente
10. Dotación de personal	Cuatro preguntas. Disponibilidad de personal y la forma como se organiza para cuidar a los pacientes
11. Problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades	Cuatro preguntas. Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o transferencia de pacientes entre servicios o unidades
12. Respuesta no punitiva a los errores	Tres preguntas. Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias laborales

con cinco opciones de respuesta. En algunas preguntas las opciones de respuesta son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ninguna, de acuerdo y totalmente de acuerdo; en otras preguntas las opciones de respuesta son: nunca, rara vez, a veces, la mayoría de las veces y siempre.

En EUA varios hospitales llevan a cabo la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente anualmente, utilizando tal cuestionario. Los resultados de las encuestas realizadas en 2010 en 885 hospitales muestran que algunas dimensiones tienen resultados apenas superiores a 40% y otras, en cambio, se aproximan a 80%.⁴⁷ En el caso de las preguntas formuladas en sentido positivo este porcentaje

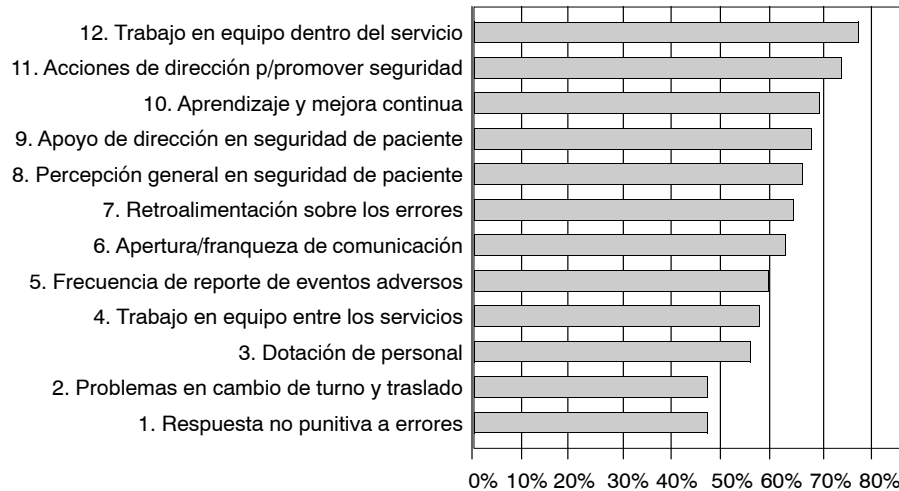


Figura 21–3. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de EUA.

resulta de sumar los valores de las respuestas marcadas como “siempre” y “la mayoría de las veces” o bien “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”. Por otro lado, para las preguntas formuladas en sentido negativo el porcentaje resulta de sumar las respuestas marcadas como “nunca” o “rara vez”. Los resultados calculados de esa manera, se presentan en la siguiente gráfica para cada una de las dimensiones (figura 21–3).

En la gráfica las dimensiones con la menor puntuación fueron la de respuesta no punitiva a los errores y la de problemas durante los cambios de turno y traslado de pacientes entre unidades o servicios, en tanto que las dos dimensiones con las puntuaciones máximas fueron la de trabajo en equipo dentro del servicio y la de acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad. Cabe señalar que la encuesta fue contestada por 338 607 profesionales, la mayoría de los cuales fueron enfermeras, técnicos, terapeutas, asistentes médicos, farmacéuticos y dietistas.

En el estudio realizado en España en 2009 utilizando el mismo cuestionario se encuestó a 6 257 profesionales de una muestra aleatoria de 24 hospitales (cuadro 21–4).³⁸

Se puede ver que la dimensión con la menor calificación fue la dotación de personal y la más alta calificación la obtuvo la dimensión de acciones de las áreas directivas para favorecer la seguridad (incluye dirección, supervisión y jefaturas de servicio).

En términos generales los resultados de la encuesta en hospitales de EUA son un poco menores que los encontrados en el estudio de España, pero se debe hacer

Cuadro 21–4. Resultados generales del estudio realizado en España

Dimensión	Resultado en %
Trabajo en equipo en la unidad/servicio	85.9
Acciones de la dirección/supervisión/servicios, para favorecer la seguridad	87.1
Aprendizaje organizacional/mejora continua	74.5
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	54.5
Percepción de seguridad	66.1
Franqueza en la comunicación	81.3
Retroinformación y comunicación sobre los errores	77.7
Frecuencia de eventos notificados	81.0
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	69.7
Dotación de personal	38.4
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades	74.0
Respuesta no punitiva a los errores	73.1

notar que la muestra del número de hospitales fue muy diferente ya que en el estudio español fueron sólo 24 hospitales y en el de EUA fueron 885 (figura 21–4).

Cabe señalar, sin embargo, que existen algunas diferencias entre la encuesta de EUA y la de España en relación al personal encuestado, ya que en el caso de este último país se encuestó a personal médico, de enfermería y de farmacia y se incluyó personal fijo, con interinato y personal en formación, de modo que los resultados no pueden ser comparados en sentido estricto.

En México se llevó a cabo un estudio similar entre los meses de septiembre y noviembre de 2010 e inicialmente se encuestó al personal de 10 hospitales in-

© Editorial Afili. Fotocopiar sin autorización es un delito.

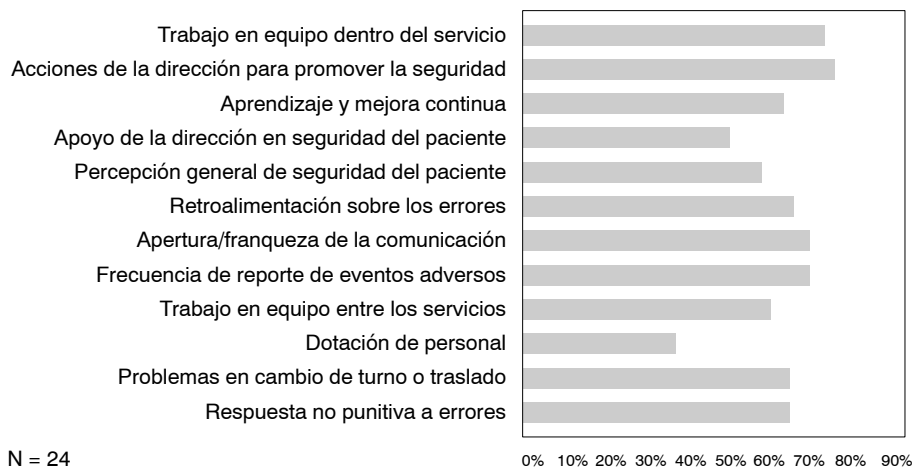


Figura 21–4. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de España.

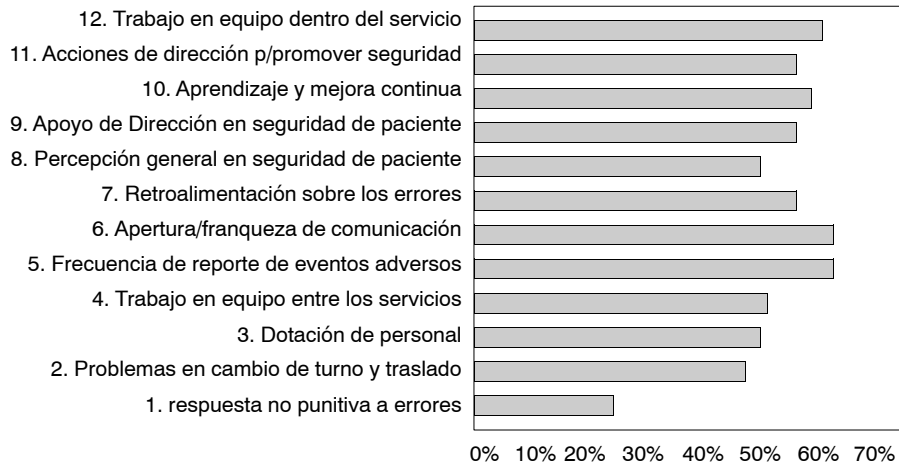


Figura 21–5. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de México.

cluyendo a 874 profesionales, de los cuales 371 correspondieron a personal médico y 503 a personal de enfermería (figura 21–5).

Más allá de los resultados obtenidos en cada caso y de la dificultad de su comparación, lo más importante es el análisis que se debe hacer de ellos en cada situación particular y su utilización como insumo para definir acciones que se deben llevar a cabo con el fin de mejorar la cultura de seguridad de los pacientes.

La evidencia obtenida en industrias de alto riesgo muestra que el desarrollo de una cultura de seguridad reduce la frecuencia de errores y daños a las personas, así como de pérdidas materiales. Por otra parte, diversas organizaciones han recomendado el desarrollo de una cultura de seguridad como medida útil para disminuir los incidentes y eventos adversos. En base a lo anterior, el programa SICALIDAD de México decidió impulsar la medición de la cultura de seguridad del paciente de una manera sistemática y programada en el sector salud, utilizando para ello el cuestionario propuesto por la AHRQ adaptado y probado en una fase piloto donde también se le realizaron pruebas de alfa de Cronbach.

Además de la medición, es necesario que los resultados se compartan con el personal de la unidad de atención médica y se analicen en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) con el fin de que se definan acciones desde el COCASEP para mejorar las dimensiones de la cultura de seguridad donde se encuentren las mayores debilidades. Está claro que no sirve medir la cultura de seguridad del paciente mediante la encuesta si dicha medición no forma parte de un plan integral en el que se cuente con que el cuerpo directivo de la unidad de atención esté convencido de que conocer el clima sobre seguridad de su unidad es el punto de partida para realizar acciones planificadas para mejorar algunas ba-

rteras de seguridad que pueden evitar la ocurrencia de eventos adversos, los cuales además de ocasionar daños a los pacientes dañan también la imagen de la unidad, la reputación de sus profesionales e incrementan el costo de atención en los servicios de salud.

Para llevar a cabo este trabajo de manera organizada en el Sistema Nacional de Salud de México era necesario definir una estrategia que estableciese condiciones mínimas de factibilidad y sostenibilidad. Para ello se presentó la propuesta al Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) y se consiguió su apoyo mediante un acuerdo a través del cual se generó una instrucción para promover la medición de la cultura de seguridad y se difundió en el sector salud, se realizó el ajuste al cuestionario y se le validó mediante la prueba de alfa de Cronbach. Actualmente se encuentra en desarrollo una metodología para promover la aplicación de la encuesta y el uso de sus resultados.

EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Si bien a partir del último decenio del siglo XX se puso en boga el interés por estudiar los daños en los pacientes debidos a errores cometidos durante la atención sanitaria, en realidad el interés de estudiar los errores en la práctica médica data de tiempo atrás cuando a mediados de ese siglo, en 1955, Barr consideró que los errores eran el precio a pagar por la modernización de la medicina.⁴⁸ Casi simultáneamente Moser, en una publicación en el *New England Journal of Medicine*, afirmó que los errores eran enfermedades atribuibles al progreso médico.⁴⁹

En 1964 Schimmel llamó la atención al afirmar que 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían alguna iatrogenia y la quinta parte eran casos graves.⁵⁰ Por su parte, en 1981 Steel y col. fijaron esa cifra en 36%, de los que la cuarta parte eran graves y en ambos casos la principal causa eran los errores en la medicación.⁵¹ Más recientemente, en 1999, Chantler afirmó de una manera casi poética que “antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; pero hoy, la medicina es compleja, más efectiva y potencialmente peligrosa” (cuadro 21–5).⁵²

Cuadro 21–5. Algunos errores ocasionan eventos adversos

- Barr 1955. “errores, precio a pagar por la modernización”
- Moser 1956. “errores, nuevas enfermedades del progreso médico”
- Schimmel 1964. 20% de pacientes hospitalizados sufren iatrogenia
- Steel 1981. 36% de pacientes hospitalizados sufren iatrogenia
- Chantler 1999. “la medicina era sencilla, poco efectiva, relativamente segura; hoy es compleja, efectiva, potencialmente peligrosa (3)”

Algunos errores ocasionan eventos adversos (E. A.)

Las estimaciones de la tasa de daños en los pacientes debidos a los errores en la práctica médica fueron motivo de debate durante muchos años debido a que no se contaba con una nomenclatura o concepto uniforme pero, sobre todo, gracias a la falta de rigor metodológico al hacer dichas estimaciones. Gradualmente, los grupos de investigación fueron decantando la pluralidad de términos para definir dichos daños y se fue aceptando el termino evento adverso (EA) para designar a los daños no intencionados provocados por la atención sanitaria más que por los efectos de la propia enfermedad. Por otra parte, a partir de un estudio efectuado en 1984 en 51 hospitales del Estado de Nueva York en EUA, conocido como el *Harvard Medical Practice Study* (HMPS),⁵³ se realizaron diversos estudios con una metodología similar, lo que ha contribuido a determinar con mayor precisión la tasa de los eventos adversos en el ámbito hospitalario.^{54,59}

En términos generales la metodología empleada por el grupo de Harvard consistió en un estudio retrospectivo de expedientes clínicos de pacientes que habían estado hospitalizados durante un periodo de tiempo, el cual se realizó en dos fases. En la primera fase personal de enfermería capacitado utilizó una guía mediante la cual se identificaron situaciones de alerta que indicaban que el paciente pudiera haber presentado algún evento adverso. Posteriormente, en una segunda fase, los expedientes de los pacientes seleccionados fueron reevaluados por personal médico, para decidir si se trataba realmente de un evento adverso.

Este grupo de investigación identificó una tasa de EA de 3.7%, de los cuales en 70% de los pacientes el EA condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en 3% de ellos las discapacidades fueron permanentes y en 14% contribuyeron a la muerte. En este estudio el motivo de realizar la revisión fue establecer el grado de negligencia en la determinación de los EA y no medir la posibilidad de prevención de los mismos. Las reacciones a los medicamentos fueron el EA más frecuente (19%) seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). Debe enfatizarse el hecho de que el objetivo fue determinar la negligencia del personal de salud en la determinación del EA, por lo que otras causas no atribuibles a ella no se incluyeron, lo cual quizás explica la tasa de sólo 3.7%, una de las tasas más bajas en este tipo de estudios.

Otros estudios efectuados en EUA, así como en Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda, utilizando una metodología similar a la antes descrita, determinaron tasas de EA diferentes a la reportada por el grupo de Harvard. En algunos casos la tasa encontrada fue menor, como en el estudio realizado en los estados de Utah y Colorado de EUA, donde la tasa encontrada fue de 2.9% en 15 000 historiales revisados, aunque dicho estudio se realizó con una perspectiva de tipo médico-legal.⁶⁰

Cabe señalar que los estudios realizados en el estado de Nueva York y en Utah y Colorado sólo registraron un evento adverso (cuando había más de uno se optó

por registrar el que más discapacidad produjo) y no se analizó la proporción de EA que eran prevenibles.

Las tasas de aquellos dos estudios contrastan con la tasa de eventos adversos reportada por el *Quality in Australian Health Care Study* (QAHCS), que reportó 16.6% de EA, de los cuales se determinó que 51% eran prevenibles. Dicho estudio se realizó en 28 hospitales del sur de Australia y en Nueva Gales del Sur. Las razones que se han podido identificar y que pudieran explicar las diferencias con la tasa de EA encontrada en el estado de Nueva York son:

- a. Diferente definición de EA.
- b. En el estudio del grupo de Harvard sólo se consideró un EA en una sola admisión hospitalaria en tanto que en el estudio de Australia se consideraron todos los EA producidos en las diferentes admisiones hospitalarias del mismo paciente.
- c. El objetivo de ambos estudios fue diferente.
- d. Si bien ambos estudios se hicieron mediante la revisión de la información registrada en los historiales clínicos los periodos de estudio fueron diferentes.

En el estudio realizado por Vincent y col. en dos hospitales de Londres se encontró una incidencia de EA de 10.8% en 1 014 pacientes hospitalizados entre los años 1999 y 2000, 48% de los cuales fue catalogado como prevenible.

Los estudios realizados en 1995 por Davis y col. en Nueva Zelanda y por Baker y col. en Canadá dieron como resultado una tasa de eventos adversos de 12.9% y 7.5% respectivamente.

La lección que se puede obtener de este tipo de estudios retrospectivos es que aún cuando se utilice una metodología similar para estudiar la tasa de eventos adversos ésta puede variar debido a los propósitos particulares de cada estudio, a la decisión de incorporar sólo uno o más de los eventos adversos y al diferente periodo de tiempo de observación.

Además de la cohorte de estudios retrospectivos se han llevado a cabo estudios de tipo prospectivo principalmente en unidades de cirugía y de cuidados intensivos, como los que realizaron Andrews en Chicago entre 1989 y 1990 y Healey en Vermont entre 2000 y 2001, cuyas tasas de EA fueron de 45.8 y 31.5%, respectivamente.^{61,62}

Los resultados de los estudios mencionados fueron incorporados por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a un informe técnico que se presentó en la 55 Asamblea Mundial de la Salud en 2002 y que sirvió para fundamentar la Resolución No. 18 relacionada con la calidad de atención y seguridad del paciente, a través de la cual se recomienda a los estados miembros de la OMS impulsarlos en sus respectivos sistemas nacionales de salud (cuadro 21-6, figura 21-6).

Cuadro 21–6. Resultados de los diversos estudios realizados en el mundo

Estudio	Enfoque del estudio (fecha de admisión)	Admisiones hospitalarias	Eventos adversos	Eventos adversos (%)
EUA (Nueva York) (Harvard Medical Practice Study)	Hospitales de cuidados intensivos (1984)	30 195	1 133	3.8
EUA (Utah–Colorado Study (UTCOS))	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 565	475	3.2
EUA (UTCOS) ¹	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 565	787	5.4
Australia (Quality in Australian Health Care Study [QAHCS])	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 179	2 353	16.6
Australia (QAHCS) ²	Hospitales de cuidados intensivos (1992)	14 179	1 499	10.6
Reino Unido e Irlanda del Norte	Hospitales de cuidados intensivos (1999–2000)	1 014	119	11.7
Dinamarca	Hospitales de cuidados intensivos (1998)	1 097	176	9.0



WORLD HEALTH ORGANIZATION

FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY
Provisional agenda item 13.9

A55/13
March 23, 2002

Quality of care: patient safety

Report by the Secretariat

Figura 21–6. Presentación del reporte generado en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud.

Es indudable que hasta el momento la tasa de eventos adversos es quizá el indicador de resultado o impacto que mejor mide la seguridad de los pacientes en las unidades de atención y que la mayor evidencia que hasta el momento existe es de estudios realizados en la atención hospitalaria, mientras que se cuenta con poca información acerca de los eventos adversos en la atención ambulatoria. De manera que ahora el objetivo de los esfuerzos, acciones y programas de seguridad del paciente debe fijarse en la reducción de los eventos adversos que se producen a los pacientes en hospitales y en la atención ambulatoria. Si todo lo que se haga en adelante en torno a la seguridad del paciente no impacta y se refleja en la reducción de daños a los pacientes y, consecuentemente, en los costos que ello genera, la eficacia de lo hecho y el gasto realizado para llevarlo a cabo deberán de ponerse en duda.

Es ya bastante conocido que las medidas de seguridad del paciente se han dirigido a lograr conductas relacionadas con la prevención de los eventos adversos de mayor frecuencia y cuyas consecuencias económicas son enormes. Así, por ejemplo, el lavado de manos incide directamente en la reducción de la infección nosocomial, del mismo modo que el uso de la lista de verificación quirúrgica incide en la reducción de eventos adversos ligados a la intervención quirúrgica.

No obstante, esas acciones no han tenido aún el impacto que se esperaba. ¿Por qué? Parece ser que la respuesta tiene mucho que ver con la cultura de seguridad del paciente, ya que es poco probable que en un ambiente hospitalario donde priva una cultura o ambiente negativo estas acciones tengan éxito y, por otra parte, el lavado de manos y el uso de la lista de verificación quirúrgica poco tienen que ver con la reducción de las caídas y los eventos adversos ligados al uso inadecuado de fármacos, por ejemplo.

Debe quedar claro, como lo demuestran diversos estudios, que sin una mejora sustancial de la cultura de seguridad del paciente no se obtendrá una mejora sustancial y sostenida de la seguridad de los pacientes en los sistemas de salud.

REFERENCIAS

1. IOM. *To err is human. Building a safer health system*. 1999. <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.
2. **Pizzi LT, Goldfarb NJ, Nash DB:** Promoting a culture of safety. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM *et al.* (eds.): *Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, Agency for Health Care Research and Quality, 2001:447-457. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26959/>.
3. **Reason JT:** *Human error*. Nueva York, Cambridge University Press, 1990.
4. **Reason J:** Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320:768-770.
5. **Rasmussen J:** Human error and the problem of causality in analysis of accidents. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1990;327:449-460.

6. **Perrow C, Langton J:** The limits of safety: the enhancement of a theory of accidents. *J Contingency Management* 1994;2:212–220.
7. **LaPorte TR, Consolini P:** Theoretical and operational challenges of “high–reliability organizations”: air–traffic control and aircraft carriers. *Int J Public Admin* 1998;21:847–852.
8. **Helmreich RL, Merritt AC:** *Culture at work in aviation and medicine: national, organizational, and professional influences*. Aldershot, Ashgate, 1998.
9. **Deal TE, Kennedy AA:** *Corporate cultures: the rites and rituals of corporate life*. Reading, Addison–Wesley, 1982.
10. **Spath P:** Does your facility have a “patient–safe” climate? *Hosp Peer Rev* 2000;25:80–82.
11. **Baskin ST, Shortell SM:** Total Quality Management: needed research on the structural and cultural dimensions of quality improvement in health care organizations. *J Health Admin Educ* 1995;13:143–154.
12. **Roberts KH:** *Some characteristics of high reliability organizations*. Berkeley, Produced and distributed by Center for Research in Management, University of California, Berkeley Business School, 1988.
13. **Roberts KH:** Cultural characteristics of reliability enhancing organizations. *J Managerial Issues* 1993;5:165–181.
14. **Helmreich RL, Foushee HC, Benson R, Russini W:** Cockpit resource management: exploring the attitude–performance linkage. *Aviat Space Environ Med* 1986;57:1198–1200.
15. **Cooper MD:** Towards a model of safety culture. *Safety Science* 2000;36:111–136.
16. **Geller ES:** Ten Leadership qualities for a total safety culture. *Professional Safety* 2000; 45:30–32.
17. **Roberts KH:** Cultural characteristics of reliability enhancing organizations. *J Managerial Issues* 1993;5:165–181.
18. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations: *Study Group on Human Factors*. Health and Safety Commission of Great Britain. Sudbury, HS Books, 1993.
19. **Weick KE:** Organizational culture as a source of high reliability. *Calif Manage Rev* 1987;29:112–127.
20. **Parker DM, Hudson P:** A framework for understanding the development of organizational safety culture. *Safety Science* 2006;44(6):551–562.
21. Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, National Academy Press, 2001.
22. **Westrum R, Westrum R:** Cultures with requisite imagination. En: Wise JA, Hopkin VD, Stager P (eds.): *Verification and validation of complex systems: human factors issues*. 1992:401–416.
23. The National Quality Forum: *Safe practices for better healthcare. A consensus report*. NQF. Washington, 2003. <http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.pdf>.
24. The National Quality Forum: *Safe practices for better health care. 2006 Update*. NQF. Washington, 2007. http://www.qualityforum.org/Publications/2007/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare%E2%80%932006_Update.aspx.
25. NHS: *Seven steps to patient safety*. National Patient Safety Agency. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>.
26. **Vincent C (ed.):** *Clinical risk management. Enhancing patient safety*. 2nd ed. Londres, British Medical Journal Publishing, 2001.
27. **Reason J, Hobbs A (eds.):** *Managing maintenance error. A practical guide*. Hampshire, Ashgate, 2003.
28. **Wilson T, Sheikh A:** Enhancing public safety in primary care. *Br Med J* 2002;324(7337): 584–587.

29. **Fleming M, Hartnell N:** Safety culture and climate in healthcare. En: Mckinnon N (ed.): *Safe and effective*. Canadian Pharmacists Association.
30. **Colla JB, Brachen AC, Kiney LM, Weeks WB:** Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005;14:364–366.
31. **Flin RC, Burns K, Mearns S, Robertson EM:** Measuring safety climate in health care. *Qual Safety Health Care* 2006;15:109–115.
32. **Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG:** A review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf* 2006;2(3):105–115.
33. Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, National Academy Press, 2001.
34. **Westrum R, Westrum R:** Cultures with requisite imagination. En: Wise JA, Hopkin VD, Stager P (eds.): *Verification and validation of complex systems: human factors issues*. 1992: 401–416.
35. **Nieva VF, Sorra J:** Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health-care organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12:7–23.
36. **Parker DM, Hudson P:** A framework for understanding the development of organizational safety culture. *Safety Science* 2006;44(6):551–562.
37. **Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB:** Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005 Oct;14(5):364–6.
38. AHRQ: *Hospital survey on patient safety*. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospscanform.pdf>.
39. Ministerio de Sanidad y Política Social: *Cultura de la seguridad del paciente en hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*. 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/Análisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf.
40. **Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF et al.:** Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de salud. *Cir Ciruj* 2010;78:527–532.
41. **Chen C, Hung HL:** Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Res* 2010;10:152
42. **Hellings J, Schrotten W, Klasinga N, Vleugels A:** Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assurance* 2007;20(7):620–632.
43. **Adams PI, Walker ZA, Robinson J, Kelly S, Toth M:** *Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an Intervention Tool for Regional Clinical Improvements Collaboratives*. Maryland Patient Safety Center, 2008. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/Advances-Adams-Pizarro_109.pdf.
44. **Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge BK:** AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf* 2009;5(3):139–144.
45. **Sorra JS and Dyer N:** Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Res* 2010;10:199.
46. **Rodríguez S et al.:** Encuesta de seguridad del paciente. *Rev CONAMED* 2010.
47. AHRQ: *Hospital survey on patient safety culture report*. 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/hospurvey10/hospurv101.pdf>.
48. **Barr D:** Hazards of modern diagnosis and therapy—the price we pay. *JAMA* 1955;159:1452.
49. **Moser R:** Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956;255:606.
50. **Schimmel EM:** The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964;60:100–110.
51. **Steel K, Gertman PM, Crescenzi C:** Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981;304:638–642.
52. **Chantler C:** The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353:1178.

53. **Brenan TA et al.:** Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1981;304:638–642.
54. **Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR et al.:** The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377–384.
55. **Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L et al.:** The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458–471.
56. **Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T et al.:** Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38(3):261–271.
57. **Vicent C, Neale G, Woloshyowych M:** Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001;322:517–519.
58. **Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A et al.:** Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J* 2002;115(1167):U271.
59. **Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A et al.:** Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J* 2002;115(1167):U271.
60. **Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T et al.:** Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38(3):261–271.
61. **Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C et al.:** An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997;349(9048):309–313.
62. **Healey M, Shackford S, Osler T, Rogers F, Burns E:** Complications in surgical patients. *Arch Surg* 2002;137:611–618.

ANEXO

Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de México *

Indicaciones

Este cuestionario solicita su opinión acerca de temas relacionados con la seguridad de los pacientes, errores médicos, incidentes y eventos adversos que se reportan en su hospital. El cuestionario es anónimo y su propósito es obtener información que ayude a definir acciones para mejorar la cultura hacia la seguridad de los pacientes en su hospital. Contestarlo le tomará sólo entre 10 y 15 minutos.

Le agradecemos su valiosa participación y si prefiere no contestar alguna pregunta o si la pregunta no tiene que ver con la realidad en su trabajo puede usted dejarla en blanco.

Para ayudarlo a comprender algunas preguntas le agradeceremos leer con cuidado los siguientes conceptos y, si tiene dudas, consulte al gestor de calidad de su establecimiento de salud.

- Un incidente se define como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente, desviación a la norma o falta de consideración en la atención del paciente, no importando si el resultado daña al paciente o no.

- Un evento adverso es el daño que sufre un paciente como consecuencia de errores, incidentes, accidentes o desviaciones durante su atención médica.
- La seguridad del paciente se define como el conjunto de acciones que tienen como finalidad evitar y prevenir lesiones o incidentes adversos en los pacientes como resultado de los procesos de cuidados de salud que se le otorgan.

Para contestar este cuestionario es muy importante que cuando la pregunta mencione la palabra unidad usted piense en el área de trabajo, departamento o servicio del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o realiza la mayoría de acciones para atender a los pacientes.

¿Cuál es su profesión?

- Personal médico Personal de enfermería

¿Turno en el que labora?

- Matutino.
 Vespertino.
 Nocturno.
 Jornada acumulada.

¿Cuál es su principal área de trabajo en este hospital?

Marque sólo una respuesta.

- a. Diversas unidades del hospital / Ninguna unidad específica.
 b. Medicina (No-quirúrgica).
 c. Cirugía.
 d. Obstetricia.
 e. Pediatría.
 f. Urgencias.
 g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo).
 h. Salud mental/Psiquiatría.
 i. Rehabilitación.
 j. Farmacia.
 k. Laboratorio.
 l. Radiología.
 m. Anestesiología.
 n. Otro, por favor, especifique:
-

SECCIÓN A: su área de trabajo

A continuación se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes en su departamento o servicio. Seleccione y rellene sólo el

círculo que refleje su grado de acuerdo o desacuerdo en relación a lo que se vive en el área donde usted trabaja en el hospital. Observe que en algunos casos la respuesta que refleja la condición ideal puede ser la que dice totalmente de acuerdo y en otras, por el contrario, puede ser la que dice totalmente en desacuerdo (o cualquiera de las intermedias).

Piense en su área de trabajo	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1. En mi área o servicio las personas se apoyan mutuamente	◌	◌	◌	◌	◌
2. Tenemos suficiente personal para enfrentar la carga de trabajo	◌	◌	◌	◌	◌
3. Cuando tenemos mucho trabajo colaboramos todos como equipo para terminarlo	◌	◌	◌	◌	◌
4. En mi área o servicio nos tratamos todos con respeto	◌	◌	◌	◌	◌
5. El personal de esta área trabaja más horas de lo que sería mejor para atender al paciente	◌	◌	◌	◌	◌
6. Estamos haciendo activamente cosas para mejorar la seguridad de los pacientes	◌	◌	◌	◌	◌
7. Utilizamos más personal temporal o eventual de lo que es mejor para atender al paciente	◌	◌	◌	◌	◌
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	◌	◌	◌	◌	◌
9. Los errores han dado lugar a cambios positivos en mi área de trabajo	◌	◌	◌	◌	◌
10. En mi área o servicio sólo por casualidad no ocurren errores de mayor gravedad	◌	◌	◌	◌	◌

11. Cuando en mi área o servicio alguien está sobrecargado de trabajo es común que otros le ayuden	À	Á	Â	Ã	Ä
12. Cuando se informa de un incidente se siente como que se está reportando a la persona y no el problema	À	Á	Â	Ã	Ä
13. Después de que hacemos cambios para mejorar la seguridad del paciente evaluamos su efectividad	À	Á	Â	Ã	Ä
14. Con frecuencia trabajamos como en forma de crisis tratando de hacer mucho y muy rápidamente	À	Á	Â	Ã	Ä
15. En nuestro servicio la seguridad del paciente nunca se pone en riesgo por hacer más trabajo	À	Á	Â	Ã	Ä
16. Al personal de esta área le preocupa que los errores que comete se archiven en su expediente laboral	À	Á	Â	Ã	Ä
17. Tenemos problemas con la seguridad del paciente en esta área	À	Á	Â	Ã	Ä
18. Nuestros procedimientos y sistemas de trabajo son efectivos para prevenir errores que puedan ocurrir	À	Á	Â	Ã	Ä

SECCIÓN B: su supervisor o jefe

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor o jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando un solo círculo.

	Totalmente en desacuerdo ▼	En desacuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1. Mi supervisor o jefe hace comentarios favorables cuando el personal realiza el trabajo de acuerdo a los procedimientos de seguridad del paciente establecidos	À	Á	Â	Ã	Ä
2. Mi supervisor o jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	À	Á	Â	Ã	Ä
3. Cuando aumenta la presión de trabajo mi supervisor o jefe quiere que trabajemos más rápido aunque ello signifique pasar por alto los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	À	Á	Â	Ã	Ä
4. Mi supervisor o jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente que ocurren una y otra vez	À	Á	Â	Ã	Ä

SECCIÓN C: comunicación

¿Qué tan frecuentemente ocurre esto en su área de trabajo?	Nunca ▼	Rara vez ▼	A veces ▼	La mayoría de las veces ▼	Siempre ▼
1. Se informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados en mi área o servicio	À	Á	Â	Ã	Ä
2. El personal habla con libertad si ve algo que pueda afectar negativamente la atención del paciente	À	Á	Â	Ã	Ä
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en mi área o servicio	À	Á	Â	Ã	Ä

4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En esta área de trabajo hablamos sobre las formas como se pueden prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo se ha hecho en forma incorrecta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN D: frecuencia de eventos reportados

Cuando en su área o unidad de trabajo ocurren los siguientes errores, ¿qué tan frecuentemente se reportan? Indique su respuesta marcando un solo círculo.

Piense en su área de trabajo	Nunca ▼	Rara vez ▼	A veces ▼	La mayoría de las veces ▼	Siempre ▼
1. Cuando se comete un error pero se detecta y corrige antes de que dañe al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando se comete un error que se estima que no puede dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando se comete un error que se estima podría haber dañado al paciente pero no lo dañó, ¿qué tan frecuentemente se reporta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN E: grado de seguridad del paciente

Por favor asigne a su área de trabajo el grado de seguridad global del paciente, siendo 0 el grado de seguridad más bajo y 10 el más alto. Indique su respuesta marcando un solo círculo.

SECCIÓN F: su hospital

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones DE SU HOSPITAL (no de su unidad o área de trabajo). Indique su respuesta marcando un solo círculo.

Piense en su hospital	Totalmente en des- acuerdo ▼	En des- acuerdo ▼	Ninguna ▼	De acuerdo ▼	Totalmente de acuerdo ▼
1. La dirección de este hospital proporciona un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	À	Á	Â	Ã	Ä
2. Las áreas o servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas	À	Á	Â	Ã	Ä
3. La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de un servicio a otro dentro del hospital	À	Á	Â	Ã	Ä
4. Hay buena cooperación entre las áreas del hospital que necesitan trabajar juntas	À	Á	Â	Ã	Ä
5. Con frecuencia se pierde información importante para la atención de pacientes durante los cambios de turno	À	Á	Â	Ã	Ä
6. Con frecuencia es desagradable trabajar con personal de otros departamentos del hospital	À	Á	Â	Ã	Ä
7. Con frecuencia surgen problemas en el intercambio de información entre los servicios del hospital	À	Á	Â	Ã	Ä
8. Las acciones de la dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es gran prioridad	À	Á	Â	Ã	Ä

9. La dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un evento adverso	À	Á	Â	Ã	Ä
10. Los departamentos del hospital trabajan bien juntos para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes	À	Á	Â	Ã	Ä
11. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	À	Á	Â	Ã	Ä

SECCIÓN G: número de eventos reportados

En los últimos 12 meses, ¿cuántos incidentes o eventos adversos ha reportado usted? Indique su respuesta marcando un solo círculo.

- a Ninguno
- b 1 a 2 eventos
- c 3 a 5 eventos
- d 6 a 10 eventos
- e 11 a 20 eventos
- f 21 o más eventos

SECCIÓN H: información complementaria

Esta información ayudará para el análisis de los resultados de la encuesta. Indique su respuesta marcando un solo círculo.

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este hospital?

- a Menos de un año
- b De 1 a 5 años
- c De 6 a 10 años
- d De 11 a 15 años
- e De 16 a 20 años
- f 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el servicio o departamento en el que labora actualmente?

- a. Menos de 1 año
- b. 1 a 5 años
- c. 6 a 10 años
- d. 11 a 15 años
- e. 16 a 20 años
- f. 21 años o más

3. ¿Habitualmente cuántas horas trabaja por semana en este hospital?

- a. Menos de 20 h por semana d. De 60 a 79 h por semana
 b. De 20 a 39 h por semana e. De 80 a 99 h por semana
 c. De 40 a 59 h por semana f. 100 h por semana o más

4. ¿Qué puesto de trabajo desempeña en este hospital? Marque una sola respuesta.

- a. Enfermera general titulada g. Otros, por favor especifique:
 b. Enfermera especialista titulada
 c. Auxiliar de enfermería
 d. Médico residente
 e. Médico general
 f. Médico especialista

5. ¿En su puesto actual tiene usted regularmente interacción o contacto directo con los pacientes?

- a. Sí, yo habitualmente tengo interacción o contacto directo con los pacientes
 b. NO, yo habitualmente no tengo interacción directa o contacto con los pacientes

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su profesión?

- a. Menos de 1 año d. De 11 a 15 años
 b. De 1 a 5 años e. De 16 a 20 años
 c. 6 a 10 años f. 21 años o más

SECCIÓN I: sus comentarios

Por favor escriba los comentarios adicionales que desee hacer sobre la seguridad del paciente, error o reporte de eventos en su hospital:



GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA

* Esta encuesta es una traducción realizada y adaptada de la original elaborada por la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* de EUA y respeta los ítems originales de acuerdo con las indicaciones para su utilización.

Competencias del profesional de salud y cambios curriculares para el logro de la cultura de seguridad del paciente

María Eugenia Ponce de León Castañeda, Adriana Ayala García

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que en ella se combinan factores con actuaciones humanas que son inherentes al sistema.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a escala mundial decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura cada año. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo.

Se dice que, en la práctica médica, el error puede surgir por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias o por la omisión de intervenciones benéficas, lo que se ha denominado sobreutilización, mala utilización y subutilización (*overuse, misuse, underuse*), entre los que se incluyen los errores de comisión y los de omisión.²

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan a la detección de los errores, a su registro sistemático, al análisis de la información recogida y a la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, las acciones se orientan a proporcionar a los pacientes los medios para

que puedan notificar los errores, los cuales en muchas ocasiones son ellos mismos los primeros en descubrirlos.¹

Históricamente, la condición humana ha estado ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio de la medicina no es la excepción. En el cuidado de la salud el riesgo de error asociado a factores humanos se incrementa debido a que cada persona que interviene en la interacción está rodeada de un entorno bio-psico-social, el cual afecta su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos, etc. Por lo tanto, considerar la perfección traducida en cero errores en el ejercicio médico es imposible.³

El aprendizaje y la enseñanza de la medicina son fundamentales para la disminución de los errores cometidos por médicos. Aunque la seguridad del paciente ha sido ampliamente reconocida como un factor clave en la dimensión de la calidad del cuidado, aún existen deficiencias en materia de educación en seguridad. Entre otros objetivos, se busca mejorar la realización de procedimientos, disminuir las complicaciones (infecciones, accidentes, estancia hospitalaria prolongada) y mejorar la sobrevida del paciente.⁴

Según algunos modelos de aprendizaje el porcentaje de la retención de ideas se modifica acorde a las acciones que se realizan, siendo mínimo al leer y escuchar, medio con la observación y máximo con la simulación de experiencias reales y la ejecución de actividades. Sin embargo, no es éticamente aceptable avanzar sobre la curva de aprendizaje mediante el ensayo y error, por lo cual es necesario explorar, definir e implementar modelos de entrenamiento del personal de salud con los cuales no se exponga a los pacientes a errores que se pueden prevenir.⁴

Todas estas opciones educativas se han desarrollado dentro del marco denominado competencias, dentro del cual el Consejo de Especialidades Médicas (ABMS, por sus siglas en inglés) y el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de EUA (ACGME, por sus siglas en inglés) definieron seis competencias centrales que todos los médicos deben adquirir y demostrar:

1. Conocimientos médicos.
2. Atención al paciente (incluye las destrezas técnicas de las distintas especialidades).
3. Destrezas de relación interpersonal y de comunicación.
4. Profesionalismo.
5. Aprendizaje y desarrollo basado en la práctica.
6. Práctica basada en sistemas.

Adicionalmente, para mejorar la calidad y la seguridad del paciente se ha considerado trascendente y clave formar a los profesionales sanitarios incorporando la seguridad del paciente y la prevención de los errores clínicos al programa formativo al cual están sujetos y añadiendo estos conceptos a las competencias profesionales de egreso de las diferentes licenciaturas. Es muy importante clarificar

el concepto de competencia desde el punto de vista de su utilidad docente, de planificación y de gestión de los servicios de salud así como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión.⁵

En nuestro entorno existe una tendencia curricular enfocada a las competencias. Sin embargo, no se ha logrado aún su completa integración en la licenciatura ni en el posgrado, incluso la comprensión del término continúa siendo confusa, de ahí la necesidad de proporcionar una definición: “el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo”.⁶

Es importante señalar que no existe un concepto unívoco que defina la competencia, ya que este término tiene múltiples acepciones y en ocasiones definiciones y conceptualizaciones confusas en el contexto educativo. Las tres acepciones más difundidas son:

- 1. Capacidad:** el saber hacer con los conocimientos adquiridos.
- 2. Competitividad:** se tiene que demostrar ser el mejor o el más eficiente.
- 3. Incumbencia:** la función que debe ser desempeñada por una persona o aquello que involucra afectivamente a un individuo.⁷

La competencia es un tipo de enseñanza único y exclusivo de los seres humanos que involucra las tres dimensiones de la mente humana: el saber y el hacer (dimensiones cognitivas) y la dimensión afectiva (cognitivo expresiva) que comprende las actitudes, sentimientos y valores.

El concepto de competencia ocupa un lugar central ya que alude a un saber hacer que lleva a un desempeño eficiente, el cual puede demostrarse mediante ejecuciones observables. Se trata, asimismo, de una capacidad para resolver problemas que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean situaciones diversas. No se limita a los aspectos procedimentales del conocimiento ni a la posesión de habilidades y destrezas, sino que va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales.⁸

Existen varias interpretaciones correspondientes a enfoques distintos. Una de las más aceptadas es la concepción de “competencia como relación holística o integrada”, en la cual toda competencia se plantea como un complejo estructurado de atributos generales (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) requeridos para interpretar situaciones específicas y desempeñarse en ellas de manera inteligente. Bajo este enfoque, dicha concepción reúne tanto las habilidades derivadas de la combinación de atributos como las tareas determinadas para situaciones específicas, tomando en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo en el que se genera el proceso. Según esta noción integradora las competencias involucran no sólo los conocimientos y técnicas, sino que además comprenden

la ética y los valores (como elementos de desempeño competente), la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo de diferentes maneras.⁹

COMPETENCIA PROFESIONAL

La competencia profesional ha sido definida como la conducta real del individuo durante el ejercicio de su profesión. Es decir, la competencia está directamente relacionada con las características y las funciones que cumple un profesionista en la sociedad.

Un profesional puede acreditar ser competente pero ante una situación real no demostrar el saber hacer y el buen juicio, por lo que no responde al nivel profesional de calidad exigible en tal situación.

Kane (1992) define la competencia profesional como “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”. Esta definición toma en cuenta un concepto fundamental: la capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio, es decir, de razonar para tomar decisiones.¹⁰

La competencia profesional depende de tres componentes: el perfil profesional determinado por las aptitudes y los rasgos de personalidad, los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en la formación y aquellos adquiridos en la práctica profesional. Esto implica conocimientos y acciones unidas a las actitudes y valores personales.

Es conveniente hacer algunas aclaraciones sobre la competencia clínica, la cual se considera parte esencial de la formación profesional del médico tanto a nivel de pregrado como de posgrado ya que es básica para una atención médica integral y de calidad.

La importancia de la competencia clínica se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual de los médicos. Entre otras:

- Ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades así como en su habilidad para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud.
- Entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo, y reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes.
- Estar informado de los conocimientos validados científicamente, de la efectividad de las nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar sólo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas.

- Reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.⁷

Una forma simple basada en la literatura educacional tradicional sitúa a la competencia en los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor. Otros esquemas utilizan los componentes del encuentro clínico: toma de historia clínica, examen físico, órdenes de exámenes, diseño de un plan de manejo y seguimiento del paciente.

Algunos otros modelos van más allá del encuentro. Según Norman (1985) la competencia clínica es un conjunto de atributos multidimensionales:

- **Habilidades clínicas.** Habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.
- **Conocimientos y comprensión.** Habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.
- **Atributos interpersonales.** Expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.
- **Solución de problemas y juicio clínico.** Aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.
- **Habilidades técnicas.** Habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes.¹¹

Por su parte la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) ha definido a las competencias como “capacidades abiertas que nos preparan para tomar decisiones en ambientes dinámicos y complejos”.¹²

Los enunciados de competencias se visualizan como *Fuzzy learning outcomes*, siendo el reto expresar mediante enunciados específicos los procesos vivos y complejos implicados en la práctica profesional. Desde este punto de vista es necesario distinguir entre la competencia profesional que constituye un continuo y los enunciados de competencia que son discretos y que integran un mapa sucinto de las funciones profesionales.¹²

El modelo propuesto de siete competencias genéricas es una forma de sistematizar las competencias fundamentales del médico general. Estas son:

1. Dominio de la atención médica general.
2. Dominio de las bases científicas de la medicina.
3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades.
4. Dominio ético y del profesionalismo.
5. Dominio de la calidad y de la atención médica y trabajo en equipo.
6. Dominio de la atención comunitaria.

7. Capacidad de participación en el sistema de salud.

En el caso particular de la Facultad de Medicina de la UNAM las competencias terminales de la licenciatura, incluyen:

1. Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de la información.
2. Aprendizaje autorregulado y permanente.
3. Comunicación efectiva.
4. Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina.
5. Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación.
6. Profesionalismo en aspectos éticos y responsabilidades legales.
7. Salud poblacional, sistemas de salud y prevención de la enfermedad.
8. Desarrollo y crecimiento personal.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

Entre las acciones que actualmente se realizan para mejorar la calidad y la seguridad en la atención médica se incluye la importancia de incidir en la formación de los futuros profesionales de la salud propiciando su aprendizaje integral y desarrollando competencias para un mejor desempeño profesional, creando también en ellos el hábito de la actualización permanente.

En este sentido, en 2009 la OMS publicó un documento titulado Guía curricular de seguridad del paciente para las escuelas de medicina, la cual incluye los siguientes temas como guía de estudios para los estudiantes:¹³

1. Comprender el concepto de seguridad del paciente.
2. Entender cuáles son los factores humanos y por qué son importantes en seguridad del paciente.
3. Comprender el sistema y la complejidad del cuidado del paciente.
4. Ser un jugador efectivo en el trabajo en equipo.
5. Comprender y aprender de los errores.
6. Comprender y manejar el riesgo clínico.
7. Introducir la calidad como un método de mejora continua.
8. Compromiso con los pacientes y cuidadores.
9. Minimizar la infección a través de la mejora de las medidas de control de infecciones.

10. Asegurar la seguridad del paciente en procedimientos invasivos.

11. Mediar de forma segura.

Algunas estrategias educativas que se deben tomar en cuenta para ello son la identificación de errores y peligros potenciales durante actos de entrenamiento y la adquisición de destrezas en procedimientos intervencionistas; la prevención de factores de riesgo conocidos y el establecimiento de medidas que impidan hacer ciertos actos riesgosos en ausencia de expertos; la estimulación de los residentes para que los errores que eventualmente cometan los presenten y discutan ante y con los responsables de la atención médica y enseñanza sin temor a ser reprimidos o castigados. Implementar todas estas medidas de seguridad para los pacientes, particularmente en un centro de enseñanza, es sin duda responsabilidad de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud.

La importancia de incorporar contenidos de estos temas en las carreras de grado de medicina u otras profesiones ligadas a la salud se relaciona con el hecho de que la mayoría de los errores son prevenibles y su eliminación o disminución depende de reconocerlos y elaborar estrategias de cambio.

Las autoridades de la institución deben ser los promotores de esta cultura, los profesores deben ser ejemplo y los residentes, como educadores de otros residentes, deben reconocer las limitaciones de los novatos y actuar en consecuencia buscando siempre la seguridad del paciente.

Algunas recomendaciones hechas por la OMS para integrar y enseñar estos contenidos en el currículo son:¹³

1. Realización de una encuesta con profesores y alumnos para conocer el grado de interés y conocimientos en seguridad del paciente y con ello identificar a los que en su momento podrían ser líderes proactivos en la difusión del programa o proyecto.
2. Efectuar grupos focales con los profesores de los cursos y los clínicos sobre temas relacionados para transmitirles aptitudes y conocimientos sobre el tema.
3. Realización de entrevistas personales con líderes activos y no proactivos a fin de disminuir diferencias y favorecer el trabajo con el menor número de obstáculos.
4. Realizar seminarios de prueba a fin de adecuar los nuevos contenidos o modificar aquellos que no son afines a la cultura existente en el grupo donde se va a efectuar la intervención educativa.

ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA

Otro ejemplo encaminado a la seguridad del paciente es el uso de la simulación

como una estrategia de enseñanza, definida como la capacitación que ofrece al alumno la oportunidad de una práctica constante de destrezas psicomotrices mientras se familiariza con instrumentos y equipos, al mismo tiempo que gana experiencia en el reconocimiento de problemas, en el desarrollo de toma de decisiones y en el perfeccionamiento de técnicas y procedimientos que pudieran hacer falta en casos poco frecuentes.⁶

La simulación en medicina pretende situar al estudiante en un contexto que imite algún aspecto de la realidad y en establecer en ese ámbito situaciones o problemas similares a los que enfrentará en la práctica cotidiana de su ejercicio profesional.⁶

A partir de la década de 1990, con el avance tecnológico y científico en el área de la salud se inició el desarrollo de simuladores de pacientes humanos portátiles y versátiles, lo cual ha transformado la educación en salud.⁶

El uso de la simulación en los procesos educativos de la medicina constituye un método de enseñanza y de aprendizaje efectivo para lograr en los estudiantes el desarrollo de un conjunto de competencias necesarias que posibilitan alcanzar los objetivos del perfil del egresado. Tiene el propósito de ofrecer al estudiante la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que realizará en su interacción con la realidad en las diferentes áreas o escenarios de su práctica cotidiana.⁶

La simulación es un método útil en medicina con fines de enseñanza y evaluación ya que durante su desarrollo evita riesgos tanto a pacientes como a la institución de los aprendices.⁶

Existen diversos tipos de simuladores que pueden ser utilizados como estrategia de aprendizaje. Ejemplo de ellos son el paciente estandarizado, simulador humano, paciente híbrido, simuladores virtuales y simuladores de habilidades, todos ellos dirigidos a favorecer el análisis crítico del procedimiento.

Existen dos modalidades de simulación, la de baja tecnología, cuya principal característica radica en el uso de simuladores que sólo replican una parte del entorno y en los cuales se practican ciertos procedimientos y maniobras para el desarrollo de habilidades específicas (exploración ginecológica, otológica, oftalmoscópica, canalización o punción venosa, etc.), y los simuladores de tecnología de punta, los cuales utilizan tecnología avanzada en *hardware* y *software* para aumentar el realismo de la simulación representando situaciones clínicas complejas (atención de un parto eutócico, intubación endotraqueal, resucitación cardiopulmonar en niños y adultos, etc.).⁴

El uso de simuladores en medicina conlleva una serie de ventajas tanto para el personal que los utiliza como para los pacientes. Desde una perspectiva ética, el posible daño producido a los pacientes como consecuencia del entrenamiento o falta de experiencia está justificado sólo después de extremar las medidas que aseguran no poner en riesgo a los pacientes, lo anterior basado en el cumplimiento del imperativo moral de *primum non nocere* o primero no hacer daño.

En el contexto del simulador las necesidades del alumno obtienen la mayor prioridad ya que el modelo de entrenamiento se ajusta a las necesidades del médico en aprendizaje y no al paciente, creando de esta manera una educación centrada en el aprendiz.⁴

Esto permite seleccionar los simuladores apropiados de acuerdo a las habilidades que se desean desarrollar y simultáneamente progresar a través de distintos niveles de destreza para posteriormente pasar al entorno clínico.

La retroalimentación educativa es fundamental en la educación médica basada en simulación ya que además de que los simuladores tienen la capacidad de informar sobre el desempeño inmediato, el apoyo del profesor permite evaluar el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje deseados. Por ello, las sesiones de entrenamiento deben contar con un instructor clínico y un técnico capacitado para solucionar problemas de equipo.⁴

La simulación favorece la adquisición de actitudes y valores. El aspecto enriquecedor de la simulación radica en su faceta como estrategia para el cambio actitudinal en el grupo humano.

El clínico que comete un error en un ámbito real experimentará una reacción emocional que servirá como un poderoso instructivo para evitar este tipo de fallas de manera subsecuente, pero que sólo será aplicable para el siguiente paciente. En un ambiente simulado los médicos tienen la oportunidad de aprender y corregir sus errores antes de exponer a un paciente real. La simulación permite a los que se encuentran en entrenamiento tomar riesgos y avanzar más en los procedimientos.⁴

REFERENCIAS

1. *Estrategia en seguridad del paciente*. Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. 8 y 9 de febrero de 2005.
2. **Lifshitz A:** *El ejercicio actual de la medicina. Los errores médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
3. **León FA:** Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. En: *Programa editorial Universidad del Valle*. 1ª ed. Colombia. <http://books.google.com.mx/books?id=acpIU9IAbEwC&pg=PA12&lpg=PA12&dq=Le%C3%B3n+franco+astolfo+fundamentos+de+seguridad+del+paciente&source=bl&ots=6YXTmuCx3p&sig=imXGkiKcUfW5CvUfl6EJ5jYg8ao&hl=es&sa=X&ei=SVTMUeKuHuGSyQGZn4GwAQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Le%C3%B3n%20franco%20astolfo%20fundamentos%20de%20seguridad%20del%20paciente&f=false>
4. **Serna OJC, Borunda ND, Domínguez CG:** *La simulación en medicina. La situación en México*. Academia Mexicana de Cirugía. 2012;80(3)2012. <http://www.redalyc.org/pdf/662/66223280016.pdf>.
5. **Saura LJ, Martínez GN:** *Resultados de la investigación formativa "Sobre Seguridad del Paciente" en la unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, España*. Atención Familiar, Órgano de difusión científica de medicina familiar, División de Estudios

- de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2013;20(2):35–39. http://www.fmposgrado.unam.mx/atencion_familiar/20-2.pdf.
6. **Ramírez FU:** Simulación en el aprendizaje, práctica y certificación de las competencias en medicina. *Rev Estudios Médico Humanísticos* 15(15).
 7. **Larios MH:** Seminario El ejercicio actual de la medicina. Competencia profesional y Competencia Clínica. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html.
 8. **Durante MI, Martínez GA:** Educación por competencias: de estudiante a Médico. *Educación Médica* 2011;54(6).
 9. **Moreno RI:** *La educación basada en normas de competencia como un nuevo modelo de formación profesional en México*. Pensamiento Universitario 91, tercera época. Centro de Estudios sobre la Universidad, 2000:45–75.
 10. **Kane MT:** The assessment of professional competence. *Education Health Professions* 1992;15:163–182.
 11. **Norman GR, Neufeld VR:** *Defining competence: a methodological review*. Nueva York, Springer Publishing, 1985:15–37.
 12. **Abreu HLF, Cid GAN:** *Perfil por competencias del médico general mexicano*. México, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 2008. <http://www.amfem.edu.mx/intranet/descargas/competencias.pdf>.
 13. World Health Organization: Patient safety curriculum guide for medical schools. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf.

Propuestas educativas para los profesionales de la salud en formación. Participación de las escuelas y facultades de medicina

*Israel Martínez Franco, Melchor Sánchez Mendiola,
Enrique Graue Wiechers*

INTRODUCCIÓN

Las escuelas y facultades de medicina, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, tienen el propósito de formar profesionales que respondan a las exigencias del ejercicio actual de la medicina, a las necesidades y a los nuevos requerimientos de los pacientes, quienes han dejado de adoptar un rol pasivo para asumir una participación activa al contar con mayor información acerca de su salud y las necesidades globales de la sociedad. La sociedad moderna demanda un médico con actitud de servicio y humanística, que se comunique de manera abierta y flexible con el paciente; que colabore con sus pares y otros miembros del equipo de salud y que utilice las nuevas tecnologías y la mejor evidencia científica publicada para el diagnóstico, la toma de decisiones y la solución de los problemas de salud.

La atención médica, como cualquier otra actividad compleja, no está libre de riesgos. En las últimas décadas en distintos lugares del mundo se han realizado estudios y acciones para conocer los efectos adversos de la práctica médica, identificar sus causas y, en consecuencia, desarrollar y poner en práctica soluciones para el beneficio de la seguridad de los pacientes.¹ Los efectos adversos y errores médicos necesitan soluciones sistémicas y multifactoriales alejadas de la simplificación. Lograr una atención médica más segura requiere entender cómo interaccionan los diferentes componentes de los sistemas educativo y de salud, poner en práctica acciones educativas y clínicas con efectividad demostrada para reducir errores, aumentar su detección y mitigar sus consecuencias, y generar, me-

dian­te investigación, conocimiento nuevo sobre los factores que pueden contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Para ello las escuelas y facultades de medicina desempeñan un papel fundamental en la formación de los futuros médicos. En el proceso educativo el conocimiento médico se construye a partir de categorías diversas, como son biomedicina, sociomedicina, clínica, información, tecnología, ética, humanística y profesional. Estas categorías se entrelazan gracias al desempeño conjunto de profesores y estudiantes en un proceso de formación continuo, como está descrito en el Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):²

- Integración biomédica–sociomédica–clínica: brindar los elementos integradores del conocimiento biomédico y sociomédico en el ejercicio de la práctica clínica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y la rehabilitación de las enfermedades más frecuentes, emergentes y reemergentes en el país.
- Vinculación de la medicina, la información y la tecnología: promover la búsqueda, la organización, el análisis y la utilización del conocimiento para la solución de problemas y el aprendizaje a través de la tecnología informática. Adicionalmente aporta los avances tecnológicos para el ejercicio médico.
- Articulación ética, humanística y profesional: enlazar los elementos de la práctica profesional con los principios éticos y humanistas, al tomar en cuenta el respeto a la dignidad humana; poner énfasis en la calidad de vida y en la atención centrada en el paciente, su familia y la comunidad.

En este capítulo se abordará la manera en que las escuelas y facultades de medicina pueden y deben contribuir en la enseñanza de esta disciplina reciente, formando a los estudiantes con las competencias necesarias para la práctica profesional de alta calidad y seguridad del paciente, considerando que los estudiantes de medicina son adultos jóvenes y que existen estrategias educativas adecuadas para ello. Asimismo, se describirán los contenidos nucleares para la formación en seguridad del paciente para el estudiante de medicina de pregrado de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) derivadas por consenso de expertos de todas las regiones del mundo y cómo pueden ser abordados y evaluados, para finalmente realizar algunas recomendaciones y conclusiones.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA EDUCACIÓN MÉDICA

El objetivo general del Plan de Estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM es formar médicos competentes para ejercer la medicina general de calidad, com-

prometidos con la preservación, el mejoramiento y restablecimiento de la salud del ser humano, en ambientes complejos y cambiantes mediante:²

- Los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores con ética y profesionalismo para resolver problemas de salud, integrando de manera apropiada las disciplinas biomédicas, clínicas y sociomédicas.
- La aptitud clínica para la promoción, preservación y recuperación eficaz y eficiente de la salud en individuos y poblaciones.
- El pensamiento crítico, la práctica reflexiva y la educación continua para la solución de problemas de salud, aplicando la mejor evidencia científica para la toma de decisiones clínicas.
- Las tecnologías de comunicación e información para el manejo efectivo de los problemas de salud.

En el proceso requerido para la formación del médico entran en juego muchos factores. Entre ellos, el docente tiene un papel primordial. Su desempeño de naturaleza compleja y multidimensional incluye no sólo la provisión de información, sino la asesoría y ser facilitador del aprendizaje, creador de recursos, evaluador y modelo de comportamiento ético y profesional, entre otras actividades y funciones.

Todo ello incide de manera fundamental en la calidad del futuro egresado y, por tanto, en la calidad de la atención médica y en la seguridad del paciente, entendida esta última como la ausencia de daño innecesario real o potencial asociado con la atención a la salud.¹

La medicina ha avanzado significativamente en los últimos siglos, los adelantos tecnológicos han sido extraordinarios, el conocimiento que se genera es vasto y el nivel de salud de la población ha mejorado significativamente con los descubrimientos científicos de la medicina moderna. Sin embargo, se sabe que como resultado de los estudios realizados en muchos países los riesgos para la seguridad del paciente también son significativos.¹

El interés por los riesgos y efectos adversos de la asistencia médica, aun siendo materia de plena actualidad, no resulta novedoso. En 1955 Barr observó en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapéutica,³ y en 1956 Moser los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina”.⁴

En 1964 Schimmel observó que 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves.⁵ En 1981 Steel y col. situaron la cifra en 36%, de los cuales la cuarta parte eran graves.⁶ En ambos estudios la principal causa fue el error en la medicación.

Una extensa literatura se ha referido a los efectos adversos, es decir, daños producidos al paciente como consecuencia de la atención médica que puede producir discapacidad, prolongar la hospitalización o ambas, como el estudio clásico de Harvard en EUA en 1991, en el que se describió la incidencia de efectos adversos

en pacientes hospitalizados.⁷ En otros países se han encontrado resultados similares, a pesar de las diferencias culturales y en los sistemas de salud.⁷⁻¹¹

Algunos estudios internacionales, como el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), en España,⁹ y el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS),¹⁰ han demostrado que en general cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren algún daño secundario al proceso de atención y 2% mueren. Estos resultados han llevado a una profunda reflexión sobre el grado de calidad de la atención médica que los sistemas de salud brindan y sobre las áreas de oportunidad para la mejora de la calidad y seguridad para los pacientes, ya que más de 50% de los casos son prevenibles. También se ha comenzado a realizar estudios en el primer nivel de atención médica, como el Estudio Nacional sobre Efectos adversos en Atención Primaria 2012 (APEAS).¹¹

Esto ha conducido a que la seguridad de los pacientes se convierta en un tema central dentro de lo que es la calidad en la atención en todo el mundo; dicho tema ha llamado la atención de sociedades y asociaciones médicas, escuelas y facultades de medicina, y organismos en todos los niveles: nacionales e internacionales, países desarrollados y subdesarrollados, gobiernos, academias, industria farmacéutica e incluso agrupaciones de pacientes.

Con el fin de cambiar la cultura organizacional de los sistemas de salud a una centrada en la seguridad del paciente, en coordinación con las escuelas y facultades de medicina, se deben formar estudiantes de medicina capaces de reconocer las condiciones inseguras, informar sistemáticamente errores e incidentes, investigar y mejorar dichos sistemas con conocimiento profundo de la falibilidad humana y revelar los errores a los pacientes.¹² Se les debe enseñar acerca de los errores humanos y los factores que influyen en los efectos adversos desde el inicio de la educación médica de pregrado.¹³ Incorporar el conocimiento de cómo hacer esto en el plan de estudios de las escuelas de medicina es una necesidad ingente.¹

En 2007 la Asociación de Educación Médica de Europa recomendó que la seguridad del paciente debe estar integrada dentro del currículo desde el primer año de estudios, pero no existían guías internacionales que ayudaran a cumplir este propósito; sin embargo, se han dado diversas iniciativas a nivel mundial para mejorar la seguridad de los pacientes; la que más destaca es la amplia gama de actividades que ha desarrollado la OMS, así como iniciativas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Consejo de la Unión Europea, el Instituto de Mejora de la Atención de la Salud (IHI), la Fundación Nacional para la Seguridad de los Pacientes (NPSF), la Comisión Conjunta (*Joint Commission*) y el Foro Nacional de Calidad—los últimos cuatro son organismos de EUA.

Para apoyar a las escuelas de medicina a introducir y promover la educación para la seguridad del paciente, la OMS publicó la Guía Curricular para Escuelas de Medicina sobre Seguridad del Paciente en 2009, misma que se sometió a eva-

Cuadro 23–1. Tópicos recomendados por la Organización Mundial de la Salud sobre seguridad del paciente y vínculos de cursos en línea sobre el tema

1. ¿Qué es la seguridad del paciente?
2. ¿Qué son los factores humanos y por qué son importantes para la seguridad del paciente?
3. Comprensión de los sistemas y el impacto de la complejidad en la atención de los pacientes
4. Trabajo en equipo efectivo
5. Comprender los errores y aprender de ellos
6. La comprensión del riesgo clínico y su gestión
7. Introducción a los métodos de mejora de la calidad
8. Compromiso con los pacientes y cuidadores
9. Reducir al mínimo las infecciones a través de mejoría en su control
10. La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos
11. Mejorar la seguridad en la medicación

http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/Curriculum_Tools/en/index2.html,
http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/index.html.

luación formal de su impacto durante los primeros 12 meses después de la publicación.^{1,14}

Tradicionalmente los planes de estudio de medicina se han centrado en cuatro facetas principales: conocimientos médicos, habilidades técnicas, toma de decisiones y juicio clínico. Las competencias profesionales y no técnicas, como conciencia sobre contextos complejos, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, colaboración, gestión del riesgo y los factores humanos, por lo general no son explícitamente enseñados o evaluados.¹ Por ello, la OMS pretende fomentar la educación sobre seguridad del paciente en las escuelas y facultades de medicina, utilizando como guía curricular los contenidos anotados en el cuadro 23–1.

Contenido 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?

Los estudiantes de medicina deben conocer e incorporar los principios de seguridad del paciente. Varios países han publicado estudios que demuestran que un número significativo de pacientes son perjudicados durante el proceso de atención médica, dando como resultado lesiones permanentes, aumento de duración de la estancia en hospitales o incluso la muerte. Se ha aprendido a lo largo de la última década que los efectos adversos se producen porque el sistema de atención de la salud hoy en día es tan complejo que el éxito del tratamiento y el resultado para cada paciente dependen de una serie de factores y no sólo de la competencia de un proveedor de cuidado de la salud individual. Cuando tantas personas y diferentes tipos de proveedores de atención de la salud (médicos, enfermeras y demás participantes del sistema) están involucrados es muy difícil garantizar una aten-

ción segura, a menos que el sistema de atención esté diseñado para facilitar información oportuna y completa que sea comprendida por todos los profesionales de la salud.

Contenido 2: ¿Qué son los factores humanos y por qué son importantes para la seguridad del paciente?

Los estudiantes necesitan comprender cómo los factores humanos (comunicación, trabajo en equipo, cultura organizacional) se pueden utilizar para reducir los eventos adversos y los errores. Esto implica la simplificación de los procesos, la estandarización de procedimientos, la mejora de la comunicación, el rediseño de los equipos y la generación de conciencia de las limitaciones conductuales, organizacionales y tecnológicas que conducen a error.

Contenido 3: Comprensión de los sistemas y el impacto de la complejidad en la atención de los pacientes

El sistema de salud no es uno, sino muchos sistemas constituidos por organizaciones, departamentos, unidades, servicios y prácticas. El enorme número de relaciones entre los pacientes, cuidadores, profesionales de la salud, personal de apoyo, administradores, burócratas, economistas y miembros de la comunidad, y entre los diferentes servicios de salud y los no sanitarios le añaden mayor complejidad. Las organizaciones complejas ser deben analizadas mediante un enfoque de sistemas, para comprender cómo un individuo que trabaja en un hospital, ya sea médico o enfermera, aunque haga las cosas de la mejor manera posible en el cuidado de sus pacientes, no será suficiente para proporcionar un servicio seguro y de calidad. Esto se debe a que los pacientes dependen de muchas personas que hacen lo correcto en el momento correcto para ellos, es decir, dependen de un sistema de cuidado que debe alinearse con las políticas de salud.

Contenido 4: Trabajo en equipo efectivo

Comprensión por parte de los estudiantes de medicina acerca de que el trabajo en equipo implica algo más que la identificación con el equipo médico. Se requiere que los estudiantes conozcan los beneficios de los equipos multidisciplinarios y la eficacia de ellos para mejorar la atención y reducir los errores. Un equipo eficaz es aquel en el que los miembros se comunican entre sí; así como la combinación de sus observaciones, experiencia y responsabilidades de toma de decisio-

nes para optimizar la atención de los pacientes. La tarea de la comunicación y el flujo de información entre los proveedores de salud y los pacientes puede ser complicado; la falta de comunicación también se ha asociado con retraso en el diagnóstico y el tratamiento, así como deficiencias en el seguimiento de los resultados de estudios de laboratorio y gabinete.^{15,16}

Los estudiantes necesitan conocer la efectividad de los equipos de atención a la salud, así como las técnicas para la inclusión de los pacientes y sus familiares como parte del equipo de salud. Hay evidencia de que los equipos multidisciplinarios mejoran la calidad de los servicios y reducen los costos.¹⁷ El trabajo en equipo adecuado también ha demostrado que reduce los errores y mejora la atención a los pacientes, especialmente de aquellos con enfermedades crónicas.¹⁸⁻²⁰

Contenido 5: Comprender los errores y aprender de ellos

Mientras que los errores son parte de la vida, las consecuencias de los errores en el bienestar de los pacientes y el personal pueden ser devastadoras. Los estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud necesitan entender cómo y por qué los individuos y los sistemas cometen errores, para prevenir y aprender de ellos. La comprensión de los errores en atención de la salud también es la base para realizar mejoras e implementar sistemas de información eficaces.

Los estudiantes aprenderán que analizar los errores bajo un enfoque de sistemas busca comprender todos los factores subyacentes y es más constructivo que un enfoque que busca culpar a la persona por los errores individuales. Es fundamental que los estudiantes comprendan la diferencia entre la culpa y el enfoque de sistemas.

Contenido 6: La comprensión del riesgo clínico y su gestión

El manejo del riesgo en la clínica se ocupa principalmente del mantenimiento de sistemas de seguridad en la atención. Por lo general implica una serie de procesos que están diseñados para identificar, controlar y prevenir los resultados adversos. La gestión del riesgo se centra en la mejora de la calidad y seguridad de los servicios de salud, mediante la identificación de las circunstancias y oportunidades que ponen a los pacientes en riesgo de daño y de actuar para evitar o controlar esos riesgos. La gestión de riesgos implica todos los niveles de la organización, por lo que es esencial que los estudiantes de medicina comprendan los objetivos y la importancia de las estrategias de manejo de riesgo clínico en su lugar de trabajo. Son elementos de apoyo a la gestión de riesgos clínicos: las reclamaciones

y propuestas de mejora, la comprensión de los principales tipos de incidentes que son conocidos por causar efectos adversos, los informes de incidentes, los procesos judiciales, los informes forenses y los informes de mejora de calidad para el control de riesgos.²¹

Contenido 7: Introducción a los métodos de mejora de la calidad

En la última década la atención de la salud ha adoptado con éxito métodos que proporcionan a los médicos las herramientas para identificar un problema, medirlo, desarrollar una serie de intervenciones encaminadas a solucionarlo y comprobar si las intervenciones funcionan. La identificación y el análisis de cada paso en el proceso de prestación de asistencia médica es la base de esta metodología que los estudiantes deben saber para mejorar la seguridad e incorporar las herramientas, actividades y técnicas en su práctica.

Contenido 8: Compromiso con los pacientes y cuidadores

Los estudiantes deben ser introducidos al concepto de que el equipo de salud incluye al paciente y sus cuidadores, quienes desempeñan un papel clave para asegurar la atención de salud segura mediante: ayudar con el diagnóstico, decidir sobre tratamientos adecuados, elegir de un proveedor experimentado y seguro, garantizar que los tratamientos se administran adecuadamente, identificar los efectos adversos y tomar las medidas apropiadas.²² Son un segundo par de ojos si sucede algo inesperado.

La investigación ha demostrado que hay menos errores y mejores resultados del tratamiento cuando existe una adecuada comunicación entre los pacientes y el equipo de salud, y cuando los pacientes están plenamente informados y educados acerca de sus medicamentos.²³⁻²⁵ La falta de comunicación entre los médicos, los pacientes y sus cuidadores también ha surgido como causa frecuente de acción legal en contra de los proveedores de atención de la salud.²⁶

Contenido 9: Reducir al mínimo las infecciones a través de mejoría en su control

La OMS mantiene una campaña mundial sobre el control de infecciones. Este contenido es importante porque, junto con la atención quirúrgica y los medicamentos, estas áreas constituyen un porcentaje significativo de los efectos adver-

sos que sufren los pacientes. Las infecciones son una causa importante de muerte y discapacidad en el mundo. Existen numerosas guías disponibles para ayudar a los médicos y enfermeras a minimizar los riesgos de infección cruzada. Los pacientes que se someten a cirugía o a un procedimiento invasivo son particularmente propensos a las infecciones, representando aproximadamente 40% de todas las infecciones adquiridas en el hospital. Se deben analizar con los estudiantes las principales causas y tipos de infecciones para que identifiquen las actividades que ponen a los pacientes en riesgo de infección y tomen las medidas adecuadas para prevenirla.

Contenido 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos

La OMS tiene un proyecto de “cirugía segura”. Una de las principales causas de los errores que involucran pacientes, sitios y procedimientos equivocados es el hecho de que los proveedores de atención de la salud tienen una comunicación inadecuada en los procedimientos preoperatorios. Algunos ejemplos de errores incluyen el paciente equivocado en la sala de operaciones, la cirugía realizada en el lado o el sitio equivocados, el procedimiento erróneo, la falta de comunicación en relación con los cambios en la condición del paciente, los desacuerdos acerca de los procedimientos quirúrgicos y la falta de información acerca de los errores.

Minimizar los errores causados por identificación implica el desarrollo de directrices para mejores prácticas, a fin de asegurar que el paciente correcto reciba el tratamiento adecuado.²⁷ Un estudio sobre cirujanos de mano encontró que 21% de los cirujanos encuestados (n = 1050) informaron acerca de la realización de la cirugía en el sitio equivocado por lo menos una vez durante su residencia.²⁸

Contenido 11: Mejorar la seguridad en la medicación

La reacción adversa a un medicamento ha sido definida por la OMS como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva, no intencionada y que se produzca con dosis utilizadas para profilaxis, diagnóstico o terapéutica. Los pacientes son vulnerables a los errores que se realizan en cualquiera de los muchos pasos implicados en la solicitud, preparación y administración de medicamentos. Los errores de medicación se han destacado en los estudios realizados en muchos países, mostrando que alrededor de 1% de todos los ingresos hospitalarios sufren un evento adverso relacionado con la administración de medicamentos.^{29,30} Las causas de los errores de medicación incluyen una amplia gama de factores: conocimiento insuficiente de los pacientes y sus condiciones clínicas, conocimiento

inadecuado de los medicamentos, errores de cálculo, letra ilegible, confusión en el nombre del medicamento.³¹

Como se puede apreciar en la descripción de los 11 tópicos, los contenidos recomendados para incluirse en los planes de estudio de medicina implican la capacitación de profesores en cuanto a métodos de enseñanza y evaluación, para lograr el aprendizaje significativo en este tema. Si se considera que la educación médica es una educación en adultos, se supone la consideración de distintos métodos de enseñanza propios de esta etapa de la vida, en los que la responsabilidad, disposición y motivaciones son diferentes a las etapas previas. A continuación se mencionan algunas:

- La simulación, situación o ambiente creado para permitir que se experimente la representación de un evento real con fines de práctica, aprendizaje, evaluación o para comprender los sistemas y las acciones humanas puede ser muy útil en este gran tema. Favorece el aprendizaje mediante la realización y repetición de habilidades y destrezas, la imitación y entrenamiento de situaciones poco comunes y la equidad en el aprendizaje; asimismo, permite llevar el error a sus últimas consecuencias sin que sean reales y favorece la reflexión objetiva durante o posterior al error.

El uso de simuladores otorga la oportunidad de vivir los casos tantas veces como sea necesario, a fin de aprender a resolverlos y demostrar la capacidad para realizar, por ejemplo, un procedimiento. Se recomienda que los estudiantes no practiquen en pacientes sin un entrenamiento previo en simuladores y sin haber demostrado que pueden realizar procedimientos riesgosos para los pacientes, como poner un catéter venoso central o una punción lumbar. La enseñanza y evaluación con simuladores son una herramienta de vanguardia con la que algunas escuelas cuentan para lograr una máxima calidad en la educación médica, y que los estudiantes adquieran las habilidades necesarias para la práctica profesional en un ambiente controlado antes de enfrentarse a pacientes reales.

- Los modelos de juego de roles para resolver problemas enseñan habilidades y comportamientos importantes, como liderazgo, conciencia de la situación, trabajo en equipo, comunicación efectiva y empatía.
- El aprendizaje a través de proyectos y actividades establecidas en el lugar de trabajo, la discusión en grupos pequeños y en línea, el trabajo junto a la cama del paciente y las historias clínicas reales de pacientes desempeñan un papel importante en la enseñanza a los médicos en formación, entre otras muchas estrategias.

Varios países han iniciado algún tipo de formación sobre la seguridad del paciente y se han llevado a cabo estudios piloto sobre el conocimiento y actitudes de los

estudiantes de medicina hacia la seguridad del paciente y el error médico.^{12,13,32-35} Para la evaluación de los estudiantes la mayoría de dichos estudios utilizaron encuestas antes y después del proceso educativo.^{12,13,33-36} Por otra parte, algunos estudios sobre educación para la seguridad del paciente se centraron principalmente en los proveedores de atención de salud, en especial médicos de hospitales y enfermeras en lugar de estudiantes de medicina de pregrado. Con el creciente reconocimiento de que “los errores médicos fueron causados generalmente por fallas en los sistemas, no por fracasos de las personas”,³⁷ el sistema tiene un papel clave para minimizar los efectos adversos. Relativamente pocos países y universidades han seguido la implementación de educación para la seguridad del paciente.^{12,13,33-36} Una revisión sistemática reciente concluyó que, incluso en los países desarrollados con sistemas de salud y educación avanzados, hay pocos estudios relevantes sobre la inclusión de la educación para la seguridad del paciente en el plan de estudios de pregrado en las facultades de medicina, sea como un curso optativo o un programa de conferencias, o porque está integrado en el plan de estudios vigente.³⁸

La Facultad de Medicina de la UNAM realizó recientemente una modificación curricular importante, denominada Plan de Estudios 2010, la cual incluye la mayor parte de los contenidos propuestos por la OMS. De hecho, las competencias del perfil del egresado incluyen las siguientes relacionadas con la seguridad de los pacientes: pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información; comunicación efectiva; conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina; habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación; y profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales.²

Asimismo, en los programas de algunas asignaturas del citado currículo, específicamente en informática biomédica, integración básico-clínica y epidemiología clínica y medicina basada en evidencia, se abordan los temas del error médico, el razonamiento clínico, las heurísticas, los simuladores en medicina y la realidad virtual, los errores cognitivos, la práctica clínica estándar y el apoyo de decisiones por computadora, entre otros temas relacionados estrechamente con la seguridad del paciente.^{2,39} La descripción pormenorizada del proceso de cambio curricular, las definiciones de cada competencia y los detalles del plan están disponibles en la página de Internet de la Facultad de Medicina (www.facmed.unam.mx).²

RECOMENDACIONES

La integración de la educación sobre la seguridad del paciente en los planes de estudio vigentes en las escuelas de medicina a nivel internacional y nacional ofre-

ce importantes desafíos. Se debe remarcar que la necesidad de introducir estos conceptos tempranamente en la educación médica de pregrado es una necesidad impostergable. Al mismo tiempo, es importante avanzar en la educación de posgrado y en la educación médica continua, incluyendo la seguridad del paciente en su lista de actividades didácticas y de evaluación.

Las escuelas y facultades de medicina deben tener como prioridad fomentar una cultura de aprendizaje que enfatice la seguridad de los pacientes, las habilidades de comunicación, el liderazgo y la colaboración interprofesional e intraprofesional. La experiencia de las escuelas de medicina debe hacer hincapié en el moldeamiento de las habilidades deseadas, las actitudes y el comportamiento en los estudiantes de medicina que incluyen pero no limitan, competencias como profesionalismo, habilidades interpersonales y comunicación, prestación de la atención centrada en el paciente y trabajo en equipos multidisciplinarios.

Es necesario capacitar a los profesores en cuanto a la seguridad del paciente con los contenidos pertinentes para facilitar la formación de los estudiantes en esta disciplina, utilizando las estrategias de enseñanza más adecuadas y los métodos de evaluación apropiados.

Las instancias acreditadoras de escuelas y facultades de medicina deben modificar o considerar sus estándares e indicadores de acreditación, a fin de articular expectativas para la creación de una cultura sobre seguridad del paciente en el proceso educativo.

La evaluación formativa del aprendizaje de los estudiantes es uno de los componentes principales del proceso educativo. El uso de instrumentos, como el examen clínico objetivo estructurado (ECOPE), puede ser útil para evaluar la competencia clínica, ayudar al autoanálisis e incorporar escenarios relevantes al tema de la seguridad del paciente. Numerosos estudios en EUA y Canadá han demostrado que el ECOPE es un examen práctico que tiene validez y confiabilidad.^{40,41}

CONCLUSIONES

Las escuelas de medicina deben ser parte fundamental de la solución al colosal reto que implica la seguridad del paciente en el ambiente médico moderno. Deben continuar formando a los estudiantes incluyendo competencias relevantes a la seguridad del paciente, así como los contenidos recomendados por la OMS mencionados anteriormente, para que los profesionales de la salud puedan otorgar una atención médica efectiva y segura.

Las escuelas de medicina deben guiarse por su misión para lograr formar médicos profesionales con competencia clínica, habilidades de comunicación y entendimiento ético y legal, que siempre busquen la excelencia, el humanismo, la

responsabilidad y el altruismo. Todas estas características permitirán ofrecer a los pacientes una atención médica de alta calidad, segura, efectiva, centrada en el paciente, eficiente y equitativa.

REFERENCIAS

1. World Health Organization: The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Qual Saf Healthcare* 2010;1–258.
2. **Sánchez MM, Durante MI, Morales LS, Lozano SR, Martínez GA et al.**: Plan de Estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Gac Méd Méx* 2011;147(2):152–158.
3. **Barr DP**: Hazards of modern diagnosis and therapy: the price we pay. *JAMA* 1955;159(15):1452–1456.
4. **Moser RH**: Diseases of medical progress. *N Engl J Med* 1956;255:606–614.
5. **Schimmel EM**: The hazards of hospitalization. *Qual Saf Healthcare* 2003;12(1):58–63. Discussion 63–4.
6. **Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J**: Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *Qual Saf Healthcare* 2004;13(1):76–80.
7. **Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Localio AR et al.**: Incidence of Adverse Events and negligence in hospitalized patients Results of the Harvard Medical Practice Study. *N Engl J Med* 1991;324(6):370–376.
8. **Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH**: How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Quarterly* 2005;83(4):843–895.
9. **Aranaz AJM, Aibar RC, Vitaller BJ, Requena PJ, Terol GE et al.**: Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *International journal for quality in health care. J Int Soc Qual Health Care/ISQua* 2009;21(6):408–414.
10. **Aranaz AJM, Aibar RC, Limón RR, Amarilla A, Restrepo FR et al.**: Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican Study of Adverse Events” (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 2011;20(12):1043–1051.
11. **Aranaz AJM, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J et al.**: A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health* 2012;22(6):921–925.
12. **Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T**: Changing and sustaining medical students’ knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic medicine. J AAMC* 2006;81(1):94–101.
13. **Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K et al.**: Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Healthcare* 2007;16(4):256–259.
14. **Walton MM, Shaw T, Barnett S, Ross J**: Developing a national patient safety education framework for Australia. *Qual Saf Healthcare* 2006;15(6):437–442.
15. **Sakr M, Angus J, Perrin J, Nixon C, Nicholl J et al.**: Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1321–1326.
16. **Guly HR**: Diagnostic errors in an accident and emergency department. *EMJ* 2001;18(4):263–269.
17. **Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L et al.**: Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2001;27(2):63–80.

18. **Wagner EH:** The role of patient care teams in chronic disease management. *Br Med J* 2000; 320(7234):569–572.
19. **Silver MP, Antonow JA:** Reducing medication errors in hospitals: a peer review organization collaboration. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2000;26(6): 332–340.
20. **Weeks WB, Mills PD, Dittus RS, Aron DC, Batalden PB:** Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2001;27(5):243–254.
21. **Vincent CA, Coulter A:** Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Healthcare* 2002; 11(1):76–80.
22. *Seven steps to patient safety The full reference guide.* National Patient Safety Agency, 2004:188.
23. **Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I:** Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *J AAMC* 2002;77 (3):232–237.
24. **Parker J, Coiera E:** Improving clinical communication: a view from psychology. *JAMA* 2000;7(5):453–461.
25. **Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP:** Misunderstandings in general practice prescribing decisions: a qualitative study. *Br Med J* 2000;320(7233):484–488.
26. **Angle JF, Nemcek AA, Cohen AM, Miller DL, Grassi CJ et al.:** Quality improvement guidelines for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person errors: application of the joint commission “universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery” to the practice of interventional. *Journal of vascular and interventional radiology. JVIR* 2009;20(7 Suppl):S256–S262.
27. **Chassin MR:** The wrong patient. *Ann Int Med* 2002;136(11):826–833.
28. **Meinberg EG, Stern PJ:** Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons. *J Bone Joint Surg* 2003;85–A(2):193–197.
29. **Runciman WB:** Adverse drug events and medication errors in Australia. *Int J Qual Health-care* 2003;15(90001):49i–59i.
30. **Devine J, Chutkan N, Norvell DC, Dettori JR:** Avoiding wrong site surgery: a systematic review. *Spine* 2010;35(9 Suppl):S28–S36.
31. **Smith J:** *Building a safer NHS for patients: improving medication safety.* Department of Health, NHS Health Development Agency, 2004:180.
32. **Halbach JL, Sullivan LL:** Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *J AAMC* 2005;80(6):600–606.
33. **Moskowitz E, Veloski JJ, Fields SK, Nash DB:** Development and evaluation of a 1–day interclerkship program for medical students on medical errors and patient safety. *Am J Med Qual* 22(1):13–17.
34. **Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S:** Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Medical Education* 2009;43(6):542–552.
35. **Paxton JH, Rubinfeld IS:** Medical errors education for students of surgery: a pilot study revealing the need for action. *J Surg Education* 66(1):20–24.
36. **Gunderson AJ, Smith KM, Mayer DB, McDonald T, Centomani N:** Teaching medical students the art of medical error full disclosure: evaluation of a new curriculum. *Teach Learn Med* 2009;21(3):229–232.
37. **Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ et al.:** Reporting and disclosing medical errors: pediatricians’ attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(2):179–185.

38. **Nie Y, Li L, Duan Y, Chen P, Barraclough BH, Zhang M et al.:** Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Medical Education* 2011; 11(1):33.
39. **Sánchez MM, Martínez FAI, Rosales VA, Villamar CJ, Gatica LF et al.:** Development and implementation of a biomedical informatics course for medical students: challenges of a large-scale blended-learning program. *JAMA* 2013;20(2):381–387.
40. **Reznick R, Smees S, Rothman A, Chalmers A, Swanson D et al.:** An objective structured clinical examination for the licentiate: report of the pilot project of the Medical Council of Canada. *Academic Medicine* 1995;67(9):828–833.
41. **Sloan DA, Donnelly MB, Schwartz RW, Strodel WE:** The objective structured clinical examination. The new gold standard for evaluating postgraduate clinical performance. *Ann Surg* 1995;222(6):735–742.

El papel de las escuelas de enfermería en la seguridad del paciente

*María Dolores Zarza Arizmendi, Rosa Amarilis Zárate Grajales,
Rey Arturo Salcedo Álvarez*

INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este trabajo se describe la situación actual de los recursos humanos en cuanto a su distribución por institución laboral y nivel académico, tocando también los problemas de la cobertura de atención en enfermería y su relación con la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería en las instituciones de salud. Posteriormente se aborda la educación formal de enfermería incluyendo los cursos de capacitación, la formación técnica, los cursos posttécnicos, la licenciatura y los estudios de posgrado que van desde las especializaciones hasta el doctorado relacionándose éstos con los cambios en la inserción, desempeño y condiciones laborales. Finalmente se hace referencia a los programas de estudio haciendo énfasis en los contenidos temáticos relacionados directa o indirectamente con la seguridad del paciente en la enseñanza de la enfermería desde la perspectiva de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM institución considerada como vanguardia a nivel nacional en la enseñanza de enfermería universitaria.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMERÍA

El personal de enfermería, de acuerdo con lo estipulado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE),¹ se encarga de proporcionar los cuidados, autóno-

mos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, pacientes o sanos, en todos los contextos e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los pacientes, discapacitados, y personas moribundas. Este mismo organismo establece que sus funciones esenciales son: la defensa y el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión del cuidado y de los sistemas de salud y la formación.

El personal de enfermería representa el recurso más numeroso en las unidades operativas del sistema de salud en México. En 2010, de acuerdo con los reportes del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), con información de más de 200 mil registros provenientes de las diferentes instituciones de salud del ámbito nacional, los porcentajes de personal profesional y no profesional fueron de 78 y 22% respectivamente, concentrados en las tres principales instituciones de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y se ubicaban principalmente en las áreas urbanas y en los hospitales generales y de alta especialidad. Por lo tanto, sus funciones están dirigidas a la recuperación de la salud y la rehabilitación. Asimismo, un número inferior de personal se encuentra ubicado en la atención primaria.

La calificación profesional del personal ha mejorado, en 2010 las enfermeras con formación técnica representaban 51%, con licenciatura 21%, con estudios de posgrado 2%, con estudios posttécnicos 10% y el 16% restante correspondía a personal auxiliar. Es muy claro que existe un importante esfuerzo tanto personal como institucional por mejorar en el ámbito de la profesionalización de la enfermería, pues se reconoce la importancia que esta situación guarda en relación a la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería en las instituciones de salud.

En México, según el Sistema Nacional de Información en Salud, hasta 2007 se tenían registradas un total de 223 081 enfermeras para atender a una población de 105 790 725 habitantes, siendo el indicador de enfermeras por cada 1 000 habitantes de 2.11 para la población total.² Los criterios internacionales sobre cobertura de servicios de atención en enfermería consideran que un país que cuenta con menos de 20 enfermeras por cada 10 000 habitantes se clasifica en nivel bajo; más de 20 y menos de 40 se ubica en nivel medio y con más de 40 en nivel alto. Con estos criterios, México presenta dos realidades pues si consideramos la cobertura en población con seguridad social se ubica en el nivel medio, pero si se trata de la población sin seguridad social la cobertura esta en un nivel bajo. Con base en el análisis anterior, en un estudio realizado por Zárate y Salcedo en 2007 en México, para alcanzar cuando menos un nivel medio de 40 enfermeras por cada 10 000 habitantes se requerirán otras 227 493 enfermeras. Sin embargo, en el caso de que se pretendiera alcanzar ese indicador con personal profesional se requerirían de 312 819 enfermeras adicionales.³

Estudios realizados en EUA demostraron el impacto que tiene la falta de personal cualificado de enfermería en la evolución de la salud de los pacientes. Aiken plantea que la formación en enfermería es importante para la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Por ejemplo, cada aumento de 10% en la cantidad de enfermeras con licenciatura contratadas se asocia a una disminución de 5% en mortalidad de pacientes. Es por esto que hay interés por lograr una preparación adecuada de las enfermeras, para que éstas puedan proveer cuidados de calidad dentro de los diversos procesos, entre ellos los registros clínicos y ambientes para una práctica segura.^{4,5} En México todavía no existen estudios similares, pero utilizando las estadísticas de mortalidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se observa que el rezago en salud guarda una estrecha relación con el número de enfermeras. En un estudio que se hizo en egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO UNAM) sobre la percepción del cuidado integral y la seguridad del paciente se concluyó que ellos identifican al cuidado integral como un prerrequisito de la calidad y seguridad del paciente. Sin embargo, también consideran que la sobrecarga laboral y la carencia de material son fuente de errores y omisiones.⁶

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

A poco más de un siglo del inicio de la educación formal de enfermeras la transformación es evidente: el número y tipo de perfiles profesionales, los estudios universitarios y la desaparición del nivel técnico en casi todas las escuelas universitarias son algunos de los cambios indiscutibles en el ámbito de la formación.

Para el caso de la práctica profesional también se han visto cambios, aunque más lentos, en la inserción, desempeño y condiciones laborales de las enfermeras profesionales. Por ejemplo, el porcentaje de enfermeras profesionales en relación a las no profesionales, particularmente en las instituciones del sector salud; el perfil solicitado para el ingreso a la carrera profesional, cada vez con mayores exigencias; y las transformaciones en el estatus laboral de las enfermeras, quienes hoy ocupan niveles de alta dirección en las instituciones, son algunos de los avances que aunque no han permeado a todo el sistema de salud sí se ven ya como una tendencia.

Sin embargo, aún persiste una gran heterogeneidad y calidad en la formación de las enfermeras en nuestro país, como lo muestra un análisis llevado a cabo por la Comisión Permanente de Enfermería y relacionado con las funciones que se asignan a los distintos niveles de formación hoy existentes, que han evolucionado desde una lista de contenidos hasta los planes actuales, los cuales cuentan con organizaciones académicas por áreas de conocimiento y asignaturas, apoyados por

una sólida academia universitaria coherente con los avances científicos que demanda la formación de un egresado universitario en los niveles de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.

En cuanto a la oferta educativa, en México existen 593 escuelas y facultades de enfermería, de las cuales únicamente 103 (17.4%) imparten el nivel de licenciatura, mientras que 490 cuentan con el nivel técnico.

Según la Comisión Permanente de Enfermería los niveles de formación son:

- **Cursos de adiestramiento.** Su propósito es la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades de comodidad e higiene, no poseen ninguna normatividad académica, se imparten en diferentes instituciones tanto de salud como educativas y el tiempo de estudio es por períodos cortos.
- **Formación técnica.** Se orienta hacia la realización de técnicas y procedimientos para la satisfacción de necesidades básicas. Se imparte en las escuelas de enfermería, existe un plan de estudios, se requiere la realización del servicio social así como presentar un examen profesional y se expide cédula y título. El tiempo de estudio es de tres años.
- **Cursos posttécnicos.** Centrados en la formación relacionada con la ejecución de procedimientos y técnicas especializadas, a los participantes se les otorga una constancia de estudios, se imparten en instituciones de salud y educativas y cuentan con un plan de estudios. Se cursan en un año.
- **Licenciatura en enfermería.** Su objetivo es la aplicación reflexiva del conocimiento para el cuidado integral, se imparte en instituciones educativas y en algunos casos en instituciones de salud con el aval de alguna escuela, facultad de enfermería o alguna universidad, tiene un plan de estudios, es obligatorio hacer el servicio social y presentar un examen profesional y se otorgan título y cédula profesionales. El tiempo de estudio es de cuatro años.
- **Posgrado.** Se caracteriza por ser de tres tipos:
 - Especializaciones.
 - Maestrías.
 - Doctorado. Su formación tiende a la profundización de un área de conocimiento y práctica de la enfermería, a la ampliación en la docencia y la investigación y al uso de la investigación para la generación del conocimiento, así como la construcción de teorías disciplinarias. Se imparte en instituciones universitarias, cuenta con un plan de estudios, se requiere la presentación de un examen profesional con base en un trabajo de investigación relacionado con el cuidado, la práctica de la enfermería o el desarrollo disciplinario y se otorga un diploma o grado según sea el caso. El tiempo de estudio es de un año para las especializaciones, de dos para las maestrías y de tres para el doctorado.

CURRÍCULAS DE ENFERMERÍA EN LA ENEO

La ENEO, como entidad académica universitaria, participa en la atención de las necesidades de salud que demanda la población mexicana a través de los niveles de formación que ofrece: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Licenciatura en Enfermería en el pregrado, trece Orientaciones del Plan Único de Especialización y un programa de Maestría. Para cumplir esa importante tarea en la ENEO se toman en consideración las tendencias educativas más avanzadas en la búsqueda de planes de estudio que promuevan una propuesta pedagógica que apunte al desarrollo y formación profesional y a la consolidación de la enfermería profesional moderna y congruente con los avances en el terreno de la ciencia, la salud y la enfermería misma. Por lo anterior, a través de la organización flexible sus planes permiten incorporar materias optativas, contenidos curriculares emergentes y actividades extracurriculares que atiendan a las transformaciones en las políticas de salud y educación que competen a la enfermería, como es el caso de los temas de seguridad del paciente. Se han incorporado de manera transversal en estos niveles contenidos propios de la seguridad del paciente, tales como la seguridad en la medicación, la prevención de caídas y úlceras por presión, las listas de verificación en cirugía, entre otros programas de apoyo a la formación integral. En los últimos años y ante las propuestas de los organismos nacionales e internacionales, en salud y enfermería se incorporaron gradualmente cursos curriculares obligatorios y optativos relacionados con la seguridad del paciente. Entre ellos se integraron los de RCP básico, avanzado y neonatal, triage obstétrico, medicación segura, dilución de medicamentos en pediatría, prevención de eventos adversos y seguridad del paciente. Todos ellos tienen el propósito de integrar lo que el mercado laboral exige de un egresado de nivel superior. Así también se han incorporado elementos sugeridos en materia de seguridad para la integración curricular de profesionales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2009 la Guía Curricular de Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Después de una revisión de la evidencia y amplia consulta internacional, entre otros elementos propone incorporar al currículum siete categorías en seguridad del paciente, que son:

- 1. Comunicación eficaz.**
- 2. Uso de la evidencia.**
- 3. Eventos adversos.**
- 4. El trabajo con seguridad.**
- 5. La ética.**
- 6. Cómo aprender y enseñar.**
- 7. Elementos específicos propios de disciplinas o campos de conocimiento especializados.**

Estos aprendizajes fueron publicados en el documento llamado Marco Nacional de Educación de la Seguridad del Paciente, Australia 2005.⁷

A partir de dichas recomendaciones la ENEO, como centro colaborador de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizó diversas acciones para incorporar cursos curriculares y extracurriculares en sus diferentes planes de estudio (licenciatura, especialización, maestría y educación continua). Entre ellas colaboró con otras instituciones como la escuela de enfermería de la Universidad de Miami, centro colaborador de OMS/OPS en seguridad del paciente, en el diseño de un curso en línea gratuito dirigido a acercar a los profesores y alumnos a esa temática.

Así también se incorpora a la formación de profesores el uso de simuladores para la enseñanza clínica que de manera gradual tendrán un efecto positivo en la formación de las competencias en seguridad de pacientes en sus estudiantes. A la fecha más de 350 alumnos y cerca de 100 profesores de la escuela y de otras escuelas del país han tomado el curso virtual gratuito que se ofrece a través del centro colaborador de la Universidad de Miami.⁸

La enseñanza en la ENEO tiene el propósito de formar profesionales de enfermería competentes, informados y con conciencia de la responsabilidad social de cuidar a las personas, grupos y comunidades en los procesos de salud y enfermedad, en sus ambientes cotidianos o en el entorno donde acuden a atender su salud, con una modalidad de trabajo interdependiente o independiente, siendo el cuidado el eje que guía tanto la selección del conocimiento como las experiencias educativas que lo posibilitan.⁹

Si bien la seguridad del paciente no se plantea de forma específica ni existe una asignatura curricular con ese nombre, podemos decir que se atiende esta situación a través de la incorporación de actividades teórico prácticas diversas. Por ejemplo, de manera general, para la licenciatura en enfermería y obstetricia están las asignaturas de fundamentos de enfermería I y II, ética profesional y legislación, atención a la salud en México, administración de los servicios de enfermería y en el seminario de evaluación de la calidad de los cuidados enfermería. Para el caso de la licenciatura en enfermería están las asignaturas de enfermería de la niñez y de la adolescencia, enfermería de la adultez, gerencia de los servicios de salud y enfermería, enfermería de la vejez, enfermería basada en evidencia, investigación descriptiva de enfermería y gestión del cuidado. Asimismo, las asignaturas optativas en las que se pone mayor énfasis en la seguridad del paciente son atención nutricional al adulto y adulto mayor, cuidados paliativos, enfermería y el paciente oncológico, estrategias para el diseño de intervenciones de enfermería y terapia intravenosa. Entre otras de carácter optativo que ya fueron mencionadas.

Actualmente, la educación en enfermería ha avanzado en aspectos teóricos, metodológicos e instrumentales ya que ha incorporado los contenidos de salud

pública y atención primaria de la salud, superando la formación de corte exclusivamente biomédico centrado en la enfermedad y la curación. Hoy la formación de la enfermería tiene claramente identificado su objeto de estudio: el cuidado de la salud humana. Por ello los planes de estudios se han organizado en torno al cuidado de enfermería y al ciclo vital humano. Sin embargo, aún existen innumerables programas que se sustentan en modelos diversos y por lo tanto con perfiles diversos de egreso.

También es necesario decir que hay algunos puntos a reflexionar en cuanto a los programas de educación en enfermería, como la ocasional desvinculación de las prioridades nacionales y regionales de salud, de las demandas, cambios y prioridades de los servicios y como la escasa inversión en capacitación de las enfermeras en algunos lugares del país en relación a los avances científico-técnicos de la disciplina.

La formación de enfermeras requiere no sólo de conocimientos teóricos y prácticos, sino también del dominio conceptual de todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, como son:

1. Calidad de la atención.
2. Gestión del cuidado.
3. Taxonomía de la seguridad.
4. Uso de indicadores de atención.
5. Práctica de enfermería basada en evidencia.
6. Procesos de acreditación de instituciones de salud y de certificación de profesionales.

Es indispensable que esta temática sea incluida en todos los planes de estudio de la carrera de enfermería como garantía de interés público con el fin de que los alumnos conozcan los factores que intervienen en la ocurrencia de eventos adversos y así participen en los procesos de identificación de riesgos clínicos y en la prevención de eventos adversos o bien, si esto no es posible, en el reporte oportuno y seguimiento de los eventos centinela con el propósito de establecer acciones de mejora en las instituciones de salud. Además, es necesario desarrollar líneas de investigación en seguridad del paciente a partir de la incorporación de profesores y alumnos de maestría y doctorado en proyectos de esta naturaleza.¹⁰

La ENEO, como institución líder en la formación de recursos de enfermería del más alto nivel, tiene como institución universitaria el compromiso social de mantener actualizado el currículo de los diversos planes y programas de estudio, incorporar las tendencias en salud y seguridad y mantener la capacitación de sus profesores en los avances de la ciencia y la tecnología, pero sobre todo asegurar a la sociedad que un egresado de la ENEO UNAM tiene los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para otorgar un cuidado seguro a los pacientes y su familia.

LA FORMACIÓN ÉTICA COMO GARANTÍA DE CUIDADO

La ética y la enfermería guardan cierta similitud, ambas se fundamentan en ciencias teóricas, sin embargo, su utilidad es eminentemente práctica.¹¹ En este contexto, la ética le proporciona a la enfermería el sustento filosófico para la construcción de significados a partir de juicios de valor sobre el deber ser, lo correcto, lo bueno y lo justo *versus* el ser, lo incorrecto, lo malo y lo injusto. Basándose en estos juicios el personal de enfermería reconstruye los conceptos de salud, enfermedad, bienestar, confort y muerte, adjudicándoles un valor a partir del cual sea posible conocer su desempeño.

Al conjunto de conceptos globales que identifican los elementos particulares de enfermería se le denomina metaparadigma, mismo que representa el primer indicio de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.¹² Sus componentes son persona, entorno, cuidado y salud. Estos cuatro elementos permiten al personal de enfermería tener puntos de vista generales para establecer relaciones entre estos componentes y su práctica diaria de una manera abstracta, dando como resultado el cuidado integral.

La enseñanza de la ética en el programa de licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO se da a través de la asignatura Ética profesional y legislación, la cual tiene una duración de 48 horas y 6 créditos y se imparte en el sexto semestre.¹³ Esta unidad tiene el objetivo de “analizar los valores éticos y las normas jurídicas en situaciones relacionadas con el área de la salud y la vida, exaltando su importancia en la práctica profesional de enfermería para salvaguardar la dignidad y los derechos de las personas a su cuidado”. Asimismo, consta de cuatro unidades:

1. Aspectos generales de filosofía moral. Dirigida a propiciar la reflexión y el análisis para llegar a una conceptualización de lo que es la ética y la bioética, así como su importancia y utilidad en el desarrollo del profesional.
2. Características de la ética profesional y documentos normativos.
3. Bases jurídicas esenciales de la práctica profesional.
4. Dilemas bioéticos más comunes en el área de la salud. El objetivo de esta unidad es fortalecer la habilidad en la toma de decisiones en el quehacer propio.

Para el programa de licenciatura en enfermería la asignatura de ética se cursa en el cuarto semestre y tiene también una duración de 48 horas y 6 créditos.¹⁴ En esta asignatura se analizan los fundamentos antropológicos, deontológicos, éticos y bioéticos en los que se sustenta el actuar, la conducta y la actitud de la persona que ejerce la profesión de enfermería. Consta de cuatro unidades:

1. La persona humana, su dignidad y sus derechos.

2. Reflexiones sobre la tarea de la persona, su tarea axiológica, su libertad ligada a la responsabilidad y los principios que guiarán su quehacer.
3. El deber de la profesión de enfermería y las normas que la rigen.
4. Problemas bioéticos más comunes en la práctica del cuidado y metodología para la toma de decisiones correctas, responsables y comprometidas con el otro.

Se asume que cursando y acreditando estas asignaturas el alumno adquiere los elementos conceptuales necesarios sobre ética para que pueda tener un desempeño profesional satisfactorio. Sin embargo, se considera que con estas asignaturas y el reforzamiento teórico y conceptual y sobre todo con el ejercicio de la praxis se contribuye a la formación de personal de enfermería no sólo con sólidos conocimientos científicos, sino también con gran sensibilidad y humanismo, mismas características que se vuelven tangibles al garantizar la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

Si bien el personal de enfermería representa el recurso humano más numeroso en las unidades de salud, es también una realidad que la mitad de ellas son enfermeras técnicas, una de cada seis es personal auxiliar y solamente una de cada cinco cuenta con licenciatura. Asimismo, la proporción de enfermeras que cuenta con estudios de posgrado es apenas de 2%. A diferencia de otras profesiones donde el nivel académico mínimo es de licenciatura, para el caso de enfermería se están haciendo grandes esfuerzos por profesionalizar al personal pues se reconoce la importancia que esto implica para la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería en las instituciones de salud.

Por otro lado, en México el indicador de cobertura de enfermería está en el nivel considerado como bajo, por lo que se puede afirmar que existe un problema de escasez de enfermeras y, más aún, si lo que se busca es personal cualificado. Esta problemática en las instituciones que enfrentan falta de recursos representa un gran reto para lograr cuidados de enfermería seguros. Está claro que debe hacerse una gran inversión en salud ya que la falta de recursos suficientes para la atención se relaciona con el surgimiento de eventos adversos.

Actualmente, en las instituciones de salud consideradas de vanguardia se exigen estudios de licenciatura y posgrado como requisitos de ingreso, permanencia y calidad. En poco más de un siglo se han logrado grandes avances en la enseñanza de la enfermería. Sin embargo, persiste gran heterogeneidad en la calidad de la formación en enfermería en México, por lo que ahora es criterio de certifica-

ción que las escuelas tengan planes de estudios actuales, modernos, con organizaciones académicas por áreas de conocimiento y asignaturas y sustentados por una sólida academia universitaria que sea coherente con las necesidades de salud y con los avances científicos que demanda la formación de los egresados universitarios en los niveles de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.

La ENEO, como entidad académica universitaria, ofrece dos licenciaturas, trece especialidades y un programa de maestría. Es así como esta entidad académica participa en la atención de las necesidades de salud que demanda la población mexicana. Para cumplir esta importante tarea en la ENEO se consideran las tendencias educativas más avanzadas como parte de la búsqueda de planes de estudios que promuevan una propuesta pedagógica que apunte al desarrollo y formación profesional y a la consolidación de la enfermería moderna y congruente con los avances en el terreno de la ciencia, la salud y la enfermería. Por lo anterior, a través de la organización flexible sus planes de estudios permiten incorporar materias optativas, contenidos curriculares emergentes y actividades extracurriculares que atiendan a las transformaciones en las políticas de salud y educación de nuestra competencia como es el caso de los temas de seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Consejo Internacional de Enfermeras: *La definición de enfermería del CIE*. www.icn.ch/definitionp.htm.
2. **Zarza AMD, Zárate GRA, Salcedo ÁRA, González CBC, Fajardo DG:** Cobertura de atención de enfermería y su impacto en la mortalidad en México, 2007. *Rev Enf Univ* 2010;7(10):16–28.
3. **Zárate GRA, Salcedo ÁRA:** La migración, un riesgo potencial para la escasez de enfermeras en México. En: Campos CG (comp.): *Educación y salud en los migrantes México–Estados Unidos*. México, Porrúa, 2009:125–137.
4. **Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL:** Nurse–patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm* 2004;34(7–8):326–337.
5. **Aiken L, Claeke P, Sloane P, Sochalski J:** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288(16):1987–1993.
6. **Muggenburg RC, Pérez CI, Ortiz AP:** Percepción sobre: cuidado integral y seguridad del paciente. *Rev Enf Univ* 2008;5(4):21–24.
7. *Seguridad del Paciente, educación, curriculum y guías médicas*. http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/guide_med_school/en/index.html.
8. *Curso de educación clínica de enfermería en seguridad del paciente*. http://www.miami.edu/sonhs/index.php/sonhs/centers/pahowho_collaborating_center/enfermer/.
9. **Zarza AMD, Alba LA, Salcedo ÁRA:** El currículum de enfermería y la seguridad del paciente. *Rev CONAMED* 2008;13(3):33–37.
10. **Cometo C, Fabiana P, Dal Saso G, Zárate R, de Bortoli S et al.:** *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Serie PALTEX. Washington, OPS, 2011.
11. **Salcedo ÁRA, Alba LA, Zarza AMD:** Enseñanza de la ética en enfermería como garantía

- en la calidad del cuidado. *Rev CONAMED*. 2008;13(4):39–42.
12. **Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F:** *El pensamiento enfermero*. Cap. 1 Barcelona, Masson, 1996:1–21.
 13. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México: *Plan de estudios de la licenciatura en enfermería y obstetricia*. México, 2010:254–261.
 14. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México: *Plan de estudios de la licenciatura en enfermería*. México, 2009:147–151.

Participación de las organizaciones médicas en la seguridad del paciente

David Valdez Méndez

Una asociación médica es una agrupación gremial que reúne a los médicos de un entorno geográfico concreto (un país, un estado, una región geográfica). En los países anglosajones es frecuente que se agrupen por especialidades médicas (cardiólogos, cirujanos, médicos familiares, etc.). Actúan como salvaguarda de los valores fundamentales de la profesión médica: la deontología y el código ético. Además de la representación en exclusiva a nivel nacional e internacional de los médicos colegiados tiene como función la ordenación y la defensa de la profesión médica.

En la mayoría de los países la colegiación suele ser obligatoria. Un colegio profesional o colegio oficial es una corporación de derecho público de carácter gremial integrada por quienes ejercen las llamadas profesiones liberales y suelen estar amparados por el Estado. Sus miembros asociados son conocidos como colegiados.¹ En el mundo existen múltiples agrupaciones de profesionistas afines a la medicina, la mayoría de ellas con el propósito de promulgar, promover y apoyar los intereses comunes de sus agremiados.

En medicina, además de los requerimientos legales, prácticamente cualquier asociación o grupo médico se apega a un código ético que busca el máximo beneficio para los pacientes, incluyendo el desarrollo de sistemas y procesos que eliminen la oportunidad del error, identifiquen el error antes de su ocurrencia, mitiguen el efecto del error y mejoren la seguridad del paciente.²

En 1999, en respuesta a la publicación *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de EUA (IOM, por sus siglas en inglés), que describe la ocurrencia de cerca de 100 mil muertes anuales relacionadas con errores médicos prevenibles, no

sólo las asociaciones médicas nacionales sino las escuelas de medicina, los hospitales escuela y el sistema sanitario reconocieron que las acciones por la seguridad del paciente requerían de un cambio fundamental en la cultura aplicable en todas las etapas de la educación médica, incluyendo no sólo a los médicos en formación sino a aquellos con tiempo y experiencia de ejercer la profesión. Ante la ausencia de programas académicos en las universidades para quienes se habían formado con anterioridad se delegó el papel educador a las agrupaciones de profesionistas alrededor del mundo.³

Las estrategias de mejora de la seguridad del paciente que surgieron a finales del siglo pasado en EUA fueron paulatinamente asociadas a la mejora continua de la calidad en el sistema de atención sanitaria y a la difusión de la medicina basada en la evidencia. Esto favoreció el establecimiento de programas formales de calidad (entendida como mejora en la seguridad del paciente) en las asociaciones de especialistas, así como impulsó el monitoreo y la certificación aplicada por las instancias gubernamentales. Sólo en EUA se cuenta con la Agencia para la Investigación y la Calidad en Salud (*Agency for Healthcare Research and Quality*), la Asociación de Calidad en Salud de EUA (*American Health Quality Association*), el Instituto para la Mejora de la Atención en Salud (*Institute for Healthcare Improvement*), la Fundación Nacional para la Calidad (*National Quality Foundation*) y la Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente (*National Patient Safety Foundation*), entre otras.⁴

Fuera de EUA está la Asociación Médica Mundial (AMM), cuyo objetivo primordial es “promover los más altos niveles de ética médica a través de sus declaraciones y resoluciones”. En 2012 la AMM publicó el refrendo de su declaración sobre seguridad del paciente (originalmente promulgada en la 53 Asamblea General en Washington en octubre de 2002), a través del cual recomienda a las asociaciones médicas nacionales:

- a. Las asociaciones médicas nacionales deben promover políticas sobre la seguridad del paciente a todos los médicos en sus países.
- b. Las asociaciones médicas nacionales deben instar a cada médico, otros profesionales de la salud, paciente y otras personas y organizaciones pertinentes a colaborar juntos a fin de establecer sistemas que garanticen la seguridad del paciente.
- c. Las asociaciones médicas nacionales deben estimar la creación de modelos eficaces para promover la seguridad del paciente a través de la educación médica y el desarrollo profesional continuos.
- d. Las asociaciones médicas nacionales deben cooperar entre ellas e intercambiar información sobre los casos adversos, incluidos los errores, sus soluciones y las lecciones aprendidas, a fin de mejorar la seguridad del paciente.⁵

En España la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que depende del Ministerio de Sanidad y Consumo, señala como parte de las actividades en la implementación de programas de seguridad del paciente las alianzas estratégicas con asociaciones, colegios, escuelas y grupos de profesionales de atención a la salud que, junto con las instancias gubernamentales y oficiales, conforman la estructura sanitaria del país. Consideran; asimismo, a las organizaciones civiles de pacientes y familiares como interesados en el tema. Para 2007 se logró el apego de 110 sociedades científicas a la Declaración de profesionales por la seguridad del paciente.^{6,7}

En México existen diversas sociedades, asociaciones, colegios y consejos que agrupan a los médicos de las diferentes especialidades. Todas ellas o una gran mayoría operan sin fines de lucro y su existencia se explica por la necesidad de representatividad, de educación médica continua, de investigación y de desarrollo docente de sus afiliados, además de la certificación de competencias profesionales.

Todos los profesionales de la medicina en el país se pueden agrupar en asociaciones y colegios. Los colegios poseen una clara posición en la vigilancia legal del ejercicio profesional. Las asociaciones médicas, por su parte, promueven diversas actividades, entre ellas:

- Proporcionar educación médica continua.
- Velar por el buen ejercicio profesional.
- Promover la investigación.
- Fomentar la certificación.
- Fomentar el trabajo realizado con diligencia y pericia.
- Fomentar las buenas prácticas.
- Obtener un seguro de responsabilidad médica.

De su portafolio de actividades destacan las reuniones académicas, las sesiones ordinarias, los congresos regionales, nacionales e internacionales y los cursos de actualización de diversos temas inherentes a cada especialidad de la medicina mexicana actual. Incluyen, por supuesto, aquellos destinados a la preparación de los exámenes de certificación, los cuales recaen en los consejos.

Es de esperarse, por supuesto, que las actividades dedicadas a la educación médica incluyan temáticas diversas, no sólo de tópicos inherentes al ejercicio de la especialidad sino de temas de interés general, como la seguridad para el paciente.⁸

Con el objetivo de conocer la labor de las asociaciones y colegios médicos en México, durante las actividades del foro Todos por la Seguridad del Paciente, organizado por la Academia Mexicana de Cirugía y la Fundación Academia Aesculap México y que tuvo lugar el 17 de mayo de 2012 en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” del Instituto Mexicano del Seguro Social, se convocó a los presidentes o representantes de cinco agrupaciones de espe-

cialistas a participar en un panel de discusión en el que respondieron preguntas del moderador. Los participantes fueron:

- Dr. José Antonio Castelazo Arredondo, presidente del Colegio Mexicano de Anestesiología, A. C.
- Dr. Eugenio Rodríguez Olivares, coordinador del Comité de Seguridad de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A. C.
- Dr. Luis Senties Cortina, presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A. C.
- Dr. Héctor David Vera García, presidente de la Asociación Mexicana de Pediatría, A. C.
- Dr. Asisclo de Jesús Villagómez Ortiz, presidente de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, A. C.

A continuación se listan las preguntas y las respuestas más relevantes:

- ¿Considera usted que las asociaciones médicas mexicanas debieran interesarse en los tópicos relacionados con la seguridad del paciente?
Todos los panelistas respondieron afirmativamente, asegurando que en definitiva las agrupaciones médicas son un medio adecuado para la difusión de los temas relacionados con la seguridad del paciente.
- Desde el punto de vista de la asociación que representa, ¿qué programas de seguridad para el paciente considera más relevantes?
Se hace mención de los programas de la Organización Mundial de la Salud en el Reto por la Seguridad del Paciente. Para los especialistas cirujanos cobra mayor relevancia el programa de cirugía segura; para los especialistas clínicos lo relativo a prevención de infecciones.
- ¿De qué manera evalúan el impacto de los programas de seguridad para el paciente entre sus agremiados?
Ninguno de los panelistas hace mención de algún mecanismo de medición del apego de sus afiliados a los programas de seguridad del paciente. Simplemente no existen tales procedimientos.
- ¿Existe formalmente en la estructura de su organización un grupo (comité, junta o comisión) dedicado a trabajar con temas relacionados a la seguridad del paciente?
La Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva cuenta con un Comité de seguridad dedicado a la difusión del programa Cirugía Plástica Segura entre cirujanos afiliados y pacientes; el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, a través de la Comisión de Honor y Justicia, asigna los asuntos relacionados con la seguridad del paciente a los integrantes de ésta. El resto de las Asociaciones no contaban con un grupo formal para este propósito.

- ¿Ha desarrollado su asociación programas propios de seguridad para el paciente? Sólo la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva respondió afirmativamente pues tenían en funcionamiento el programa Cirugía Plástica Segura. Sin embargo, dicho programa está más orientado a la promoción de la cirugía con médicos especialistas certificados que hacia temas de seguridad para el paciente. El programa advierte a la población en general sobre los riesgos de acudir a solicitar atención por médicos sin el entrenamiento ni la certificación óptimos.
- ¿Cómo califica la adhesión de sus afiliados a los programas de seguridad para el paciente? Ninguna asociación realiza esta actividad formalmente. Se describieron situaciones anecdóticas
- ¿La organización que usted representa realiza cursos, talleres o eventos educativos con la temática de seguridad para el paciente? La mayoría de las respuestas estuvieron relacionadas a conferencias magistrales y cursos incluidos en las actividades académicas regulares (congresos, reuniones regionales, actividades conjuntas con otras organizaciones médicas).
- ¿Considera usted relevante que la organización que usted representa promueva el aprendizaje de tópicos relativos a seguridad del paciente entre afiliados, estudiantes y residentes? Hubo coincidencia en las respuestas. Todos los panelistas consideraron importante incluir tópicos relativos a seguridad del paciente en los programas de formación de residentes.
- ¿Considera usted que la capacitación de los médicos especialistas en temas de seguridad para el paciente debiera formar parte de los criterios de certificación o recertificación de los consejos de las diferentes especialidades? En estas respuestas también hubo coincidencia. Si bien en la actualidad no se tiene en la estructura formal de las organizaciones de especialistas médicos los mecanismos de educación y difusión de estos temas, debieran incluirse en los procesos de certificación de conocimientos médicos.
- ¿Deben las asociaciones médicas mexicanas responsabilizarse de la difusión de los programas de seguridad para el paciente por sus afiliados? La mayoría de los panelistas coincidieron en que las asociaciones deben trabajar en conjunto con las instancias gubernamentales en la difusión de los temas relativos a la seguridad del paciente.

ESFUERZOS DE OTRAS AGRUPACIONES MÉDICAS NACIONALES

La Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG) cuenta en su organigrama con una Comisión de Seguridad para el Paciente, el cual lleva a cabo acciones

diversas para la difusión de estos temas entre sus afiliados. Algunos ejemplos de tales actividades son:

- El Encuentro Nacional de Cirujanos de 2011 cuyo tema central fue la seguridad para el paciente y en el que los participantes compartieron experiencias de agrupaciones diversas tanto gubernamentales como civiles.⁹
- El trabajo conjunto con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que ha resultado en la publicación en la página de internet de la AMCG la liga para el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS).
- El curso Seguridad en el paciente quirúrgico en el aula virtual como parte del programa de educación a distancia.

Otras actividades que merecen mención son los simposios, las conferencias magistrales y los cursos precongreso y transcongreso titulados Seguridad para el paciente quirúrgico, así como el programa Cirugía segura para todos desarrollado en colaboración con la industria farmacéutica. Para todos los eventos se elaboraron y distribuyeron materiales didácticos diversos (memorias de los cursos, trípticos, ligas electrónicas a documentos de interés) entre los socios.¹⁰

La Academia Mexicana de Cirugía (AMC) a través de la Comisión de Seguridad para el paciente, un grupo multidisciplinario de especialistas expertos y entusiastas en el tema, han realizado actividades diversas que resultaron en publicaciones en la Colección Platino (*Seguridad del paciente, una prioridad nacional*, Editorial Alfil, 2009), sesiones conjuntas con otras organizaciones (principalmente la Fundación Academia Aesculap México), reuniones académicas y foros de difusión de temas relacionados con la seguridad del paciente. Destaca también la colaboración con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a través de la inclusión en la página de internet de la AMC de la liga al SIRAIS.¹¹

La sociedad civil mexicana participa también de manera activa en los programas de mejora de la calidad en la atención médica y la seguridad del paciente. En este apartado se destaca la Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo general consiste en integrar a los pacientes y sus familias en los programas institucionales de mejora de la seguridad del paciente a través de la interacción con instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas y las sinergias con otras agrupaciones civiles del continente americano con objetivos comunes.

Entre las actividades de la Red mexicana de pacientes por la seguridad del paciente están las siguientes:

- Campañas de información sobre la seguridad del paciente para la población civil, médicos, enfermeras, odontólogos y personal relacionado a la atención de la salud.

- Encuentros y talleres multidisciplinarios e interinstitucionales con personal de salud y pacientes.
- Promoción de la cultura de seguridad del paciente en conjunto con el Sistema Integral de Calidad en Salud de la Secretaría de Salud y a través de estrategias de Aval Ciudadano.
- Ejecución de programas de alfabetización en salud en el interior de la República Mexicana en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Desarrollo y ejecución de cursos para profesores de enfermería en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM para promover la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de enfermería.
- Desarrollo de instructivos de autocuidado y proyectos de investigación en seguridad del paciente en conjunto con la CONAMED.
- Propiciar la corresponsabilidad de pacientes y familiares en el proceso de atención médica.¹²

En la actualidad es indiscutible la presencia de las organizaciones profesionales en nuestro país y su papel en la representación y defensa del quehacer de los diferentes especialistas en medicina. Sin embargo, es evidente que aún en nuestros días, con la facilidad de acceso a la información relativa a la seguridad del paciente y con la aceptación de la importancia del tema, continúan sin ofrecer alternativas formales de difusión de estos programas entre sus afiliados.

El marco internacional deberá sentar las bases para que las organizaciones nacionales desarrollen programas accesibles para lograr que los agremiados se sumen a esta corriente de integración entre seguridad del paciente, educación médica y búsqueda de la mejora continua de la calidad en la atención profesional.

REFERENCIAS

1. Foro Iberoamericano de Entidades Médicas: *Manifiesto FIEM 2011 por la colegiación universal*. Córdoba, 02 de junio de 2011. <https://www.cgcom.es/sites/default/files/Manifiesto%20FIEM%202011.pdf>.
2. **Nielsen D:** Evidence based performance measurement. En: Flint: *Cumming otolaryngology: head and neck surgery*. 5ª ed. Mosby, 2010.
3. **Kirch DG:** Changing the culture in medical education to teach patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(9):1600–1604.
4. **Heitmiller E et al.:** Quality improvement. En: Miller: *Miller's anesthesia*. 7ª ed. Churchill Livingstone, 2009.
5. [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p6/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p6/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]).
6. <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/langes/component/search/?search-word=seguridad+del+paciente&ordering=&searchphrase=all>.
7. http://www.seguridaddelpaciente.es/opsc/boletin9/seguridad_del_paciente_prioridad_SNS.pdf.

8. **Anaya R, Pérez J, Medina B et al.:** El rol de las organizaciones médicas ante el evento adverso y los errores médicos. *Cir Gen* 2011;33(Supl 2).
9. [http://www.amcg.org.mx/phpes/biblioteca/eboletin/contenidosD.php?ID=181&TEMA=Lo%20destacado%20de%20los%20F%20Altimos%20eventos%20\(Nacionales\)](http://www.amcg.org.mx/phpes/biblioteca/eboletin/contenidosD.php?ID=181&TEMA=Lo%20destacado%20de%20los%20F%20Altimos%20eventos%20(Nacionales)).
10. <http://www.amcg.org.mx>.
11. <http://www.amc.org.mx>.
12. <http://pacienteporlaseguridadpaciente.sitiosprodigy.com.mx>.

El papel de las organizaciones de la sociedad civil en la seguridad del paciente

Verónica Ramos Terrazas

Es bueno dar cuando se nos pide, pero es mejor dar sin que se nos pida, a través de comprender.

Jalil Gibrán

La mayoría de la gente deja a un lado la evidencia del éxito porque su atención está muy centrada en sus problemas.

Peter Druker

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en los últimos años ha adquirido gran relevancia tanto para los pacientes como para sus familiares, así como para los profesionales de la salud que desean sentirse seguros y elevar los estándares de calidad para evitar los eventos adversos durante la atención al paciente. Buscando generar una comprensión unificada del tema he aquí los conceptos clave:

- Educación. Acción y efecto de educar, instrucción por medio de la acción docente.
- Salud. Es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹
- Filantropía. El Amor al género humano, a diferencia del altruismo, que es la diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio.
- Solidaridad. Adhesión circunstancial a la causa de otros. Es una actitud que adoptan personas e instituciones cuando desean ser útiles a sus semejantes. De acuerdo a su filosofía, convicciones y posibilidades, deciden cumplir su afán de servicio acorde a una conciencia social que los impulsa.²

Existen diversas instituciones alrededor del mundo que alientan el desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente a través de diversas herramientas de comunicación y enseñanza, así como crean campañas, lideran proyectos y establecen programas tanto académicos como de investigación. La mayoría de ellas surgen por la necesidad de brindar una mejor atención médica a los pacientes e incrementar los estándares de calidad en la atención. La generación y el desarrollo de este movimiento por la seguridad del paciente han sido paulatinos, en algunos países ha existido por décadas y en otros recientemente surge como consecuencia de la demanda de la población, cada vez más consciente de sus derechos e informada por las normas y procedimientos hospitalarios.

Para adentrarnos en el campo de las organizaciones civiles, conocidas como organizaciones no gubernamentales (ONG),² es importante mencionar que el tercer sector, el filantrópico, no está lo suficientemente consolidado ni entendido, mucho menos la metodología para implementar una organización ni para liderar las acciones filantrópicas o de procuración de fondos en su operación diaria. Sin embargo, nacen y se desarrollan ONG diariamente ya que una institución de este tipo debe su existencia a una causa o un evento que solidariza a personas físicas y morales por el bien común en un tiempo determinado. Si quisiéramos clasificarlas habría varias alternativas: por el fin que persiguen, como promoción social, derechos humanos, salud, inmigración, género, ecología, etc.; o por el origen de sus recursos, propios o de otras fuentes.

Sin embargo, es más importante hacer mención de los tipos de las organizaciones civiles más utilizados para una institución sin fines de lucro desde su aspecto legal, que son asociación civil, institución de asistencia privada, sociedad civil, sociedad de responsabilidad limitada de interés público, sociedad de solidaridad social, entre otras.³

Historias de éxito de este tipo de organizaciones mundialmente conocidas son: La Cruz Roja, el Ejército de Salvación y, más recientemente, Médicos sin Fronteras. Pero en el lado opuesto de la balanza existen miles y miles de pequeñas ONG dedicadas, por ejemplo, a la prevención de caídas en el adulto mayor, cuidados del paciente quemado, cuidados paliativos del paciente con cáncer, el combate a las adicciones, la donación de órganos, la equidad de género, etc. Cada una de ellas destina esfuerzos a solucionar el problema que las lleva a surgir. Se mantienen gracias a la buena voluntad y al compromiso de sus fundadores, quienes obtienen apoyos económicos y en especie de forma conservadora.

Es en ese segundo segmento donde encontramos a las ONG que recientemente han nacido en pro de la seguridad del paciente, con una ventaja que no hemos mencionado aún, el apoyo de las redes sociales a través de Internet, mismas que les dan difusión mundial.

Habría que reflexionar acerca de la siguiente pregunta: ¿si surgen tantas organizaciones civiles, por qué la sociedad no percibe grandes avances? La respuesta

es porque las organizaciones civiles carecen de la profesionalización y muchas de ellas no tienen una conformación legal, factores que impiden captar donaciones o recursos federales ni de fundaciones internacionales, los cuales exigen para dar un donativo que la organización civil esté legalmente constituida, cumpla con su objeto social, presente un plan de trabajo y, en México, que ante el Servicio de Administración Tributaria (SAT) tenga un status de donataria autorizada.

Por otro lado, la responsabilidad social empresarial ha cobrado auge en la actualidad. Los grandes corporativos quieren ser recíprocos con las comunidades donde desarrollan sus actividades económicas y deciden destinar parte de sus recursos a proyectos asistenciales que sean acordes a su filosofía. Algunas crean un departamento de responsabilidad social o incluso una asociación o fundación independiente.

Al crear estas instituciones la empresa se compromete a largo plazo a destinar una donación que le permita operar exitosamente los proyectos, solicitando a cambio una rentabilidad social y el cumplimiento del objeto social.

Las características que vale la pena destacar sobre este tipo de ONG es que en la operación día a día son independientes, utilizan la infraestructura del corporativo que les da origen y no son autónomas, pues la toma de decisiones es mancomunada.

En el Diagnóstico sobre la filantropía corporativa en México, realizado por Alternativas y Capacidades, A. C., en 2009, se encuentran cuatro nichos de oportunidad en las organizaciones civiles, que son:⁴

- Vincular a las empresas con las organizaciones.
- Diseñar y operar la canalización de donativos de un modo más formal.
- Ayudar a monitorear y evaluar los proyectos.
- Crear programas de voluntariado más efectivos.

La filantropía puede ser un instrumento de cambio social que vincule las causas, los problemas y los actores. En el caso de la seguridad del paciente la problemática rebasa la capacidad del gobierno por lo que es necesaria la interacción de la sociedad civil y la iniciativa privada. La humanidad demanda soluciones internacionales que abatan los errores, detengan las enfermedades y los vicios. Entonces, se debe pensar en un esfuerzo conjunto que permita establecer programas a favor de todos.

Por último sólo mencionar que este capítulo busca entrelazar los conceptos de salud, educación y responsabilidad social con la información disponible a nivel mundial para así lograr la comprensión de la cultura de la seguridad del paciente en la sociedad civil, la cual es una misión de todos.

Asimismo, se busca identificar a algunas de las organizaciones civiles dedicadas a este tema en el mundo e introducir los programas académicos que han surgido en México.

DIVERSOS MODELOS DE ORGANIZACIONES CIVILES DEDICADAS A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y LA SEGURIDAD HOSPITALARIA

La perspectiva mundial e iberoamericana servirá de marco de referencia para el contexto mexicano, brindando ejemplos de organizaciones civiles que se han encargado de la atención al paciente y la seguridad hospitalaria, tanto instituciones de gran renombre mundial (incluyendo algunos de los proyectos que han desarrollado) como pequeñas instituciones que han logrado prestigio por su trabajo en la localidad a la que pertenecen, explicando cómo han conformado su red de atención al paciente.

Instituciones internacionales

Organización Mundial de la Salud. Proyecto High 5s (www.oms.org)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una agencia especializada de las Naciones Unidas fundada en 1946 y que tiene como objetivo principal hacer que “todas las personas puedan alcanzar el nivel más alto posible de salud”. La OMS tiene su sede en Ginebra y está constituida por 191 estados miembros y 2 miembros asociados (observadores).

El Programa de seguridad del paciente de la OMS tiene como objetivos:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación para los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros de los Sistemas Nacionales de Salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.

Es indispensable citar el proyecto *High 5s*, desarrollado en 2006 para tratar importantes problemas actuales con respecto de la seguridad del paciente en el mundo.⁵ Su nombre, *High 5s*, proviene del propósito original del proyecto de reducir

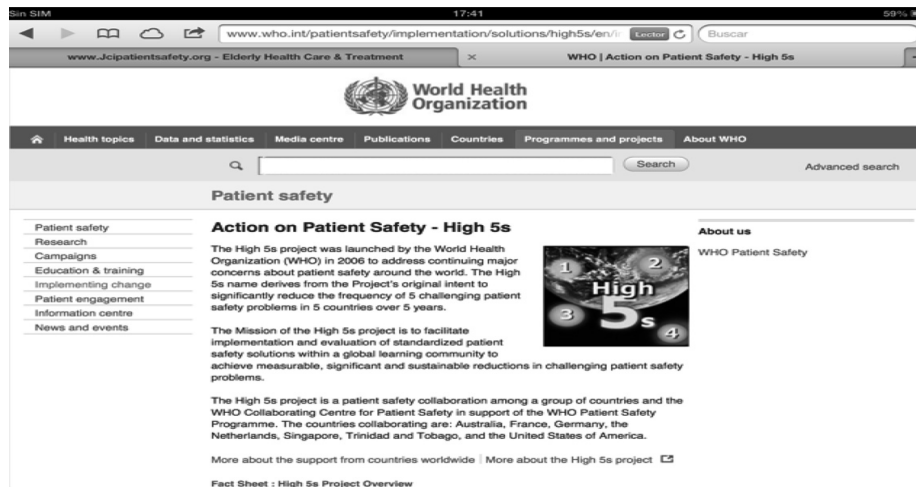


Figura 26–1. Proyecto *High 5s* en la página web de la Organización Mundial de la Salud.

considerablemente la frecuencia de aparición de cinco problemas graves de la seguridad del paciente en cinco países durante cinco años.

La misión es facilitar la implementación y la evaluación de los protocolos estandarizados de seguridad del paciente dentro de una comunidad de aprendizaje mundial para lograr reducciones mensurables, importantes y sostenibles de problemas serios en la seguridad del paciente. Los países que participan en el proyecto son Australia, Francia, Alemania, Países Bajos, Singapur, EUA y Trinidad y Tobago. *High 5s* fue financiado por la Agencia Federal para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (figura 26–1).

Consejo Internacional de Enfermería (www.inc.ch)

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es una federación que agrupa más de 130 asociaciones nacionales de enfermería que en suma representan una membresía de aproximadamente 13 millones de profesionales en enfermería. Fue fundado en 1899 para conseguir que los cuidados de enfermería de calidad llegaran a todos a través de la influencia ejercida en las políticas de salud, el avance de los conocimientos y la presencia profesional y respetada de los recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios.

Proyecto pacientes informados

Cuando la responsabilidad de las decisiones sobre la atención de salud se comparte es más probable que los usuarios y los profesionales de atención de salud elijan



Figura 26–2. Proyecto de los pacientes informados del Consejo Internacional de Enfermería.

las opciones de salud que satisfagan sus necesidades. La relación entre el usuario y su profesional de la atención de salud debe ser una colaboración. Disponer de información de calidad sobre la salud ayudará al usuario a adoptar decisiones bien informadas para velar por su salud, evitar enfermedades, obtener diagnósticos correctos, elegir buenos tratamientos y obtener el mejor cuidado clínico (figura 26–2).⁶ En México el CIE es representado por el Colegio Nacional de Enfermeras (www.cnemex.org).

Instituciones en Europa

Los análisis de la temática de seguridad del paciente realizados en España, Inglaterra y Francia sentaron precedente para el trabajo en otros países de Europa, ofreciendo mejoras en la calidad de la atención al paciente en general. Recientemente la Comisión Europea en Salud hizo mención de un incremento de 10% en el número de eventos adversos en las áreas de hospitalización.⁷

Red europea por la seguridad del paciente y la calidad (PaSQ).

Esta red está coordinada por la Autoridad Nacional de Salud de Francia (*Haute Autorité de Santé*, HAS) y su meta es reunir a los 27 miembros de la comunidad europea para colaborar en la seguridad del paciente.⁸ Existe también la Red Ciudadana de Formadores en seguridad del paciente y el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP).

Instituciones en España

Este es uno de los países más activos en el ámbito de la seguridad del paciente y la calidad en la atención hospitalaria pues cuenta con diversas organizaciones y personas dedicadas a ello. Entre las personas dedicadas a este tema está el Dr. Rafael Briones Gómez de la Facultad de Antropología Social de la Universidad de Granada, quien se ha dedicado a analizar el papel de los cuidadores familiares pues parecen ser invisibles para el sistema sanitario a pesar de que se les utiliza como soporte básico de la estructura de los hospitales. Lo que los análisis del Dr. Briones pretenden es observar a los cuidadores y a través de los resultados obtenidos lograr una mejora en sus condiciones de vida y sus relaciones con la institución sanitaria. Se trata de un fenómeno antropológico que afecta a miles de personas, especialmente mujeres, cuya vida transcurre diariamente en los hospitales y a quienes casi nunca se les tiene en cuenta.

Por otro lado, en el Hospital de la Virgen se encuentran el Dr. José Manuel Parraga y el Dr. Álvaro Astasio, quienes llevaron a cabo un proyecto para ofrecer terapia en el hospital para los cuidadores anónimos de pacientes con enfermedad crónica. El objetivo de esta iniciativa pionera fue ayudar a las personas que están centradas en el cuidado de sus familiares a cuidarse ellas mismas y así cuidar mejor a su paciente.¹⁰ Por el éxito obtenido con este programa el hospital decidió crear la Unidad de Atención al Cuidador del Paciente. La titular de esta unidad, la Lic. Encarnación Ramírez, declaró que al atender al cuidador se aumenta la calidad y seguridad del cuidado en un doble sentido pues se está atendiendo indirectamente al paciente.

Los cuidadores familiares son facilitadores del paciente. A medida que la enfermedad avanza las relaciones familiares van cambiando, aumentna la carga del cuidado y las complicaciones en el manejo de la enfermedad. La mayoría de los cuidadores familiares son mujeres (sólo 7% son hombres) y en casi todos los casos realizan labores para las que no tienen formación específica. La unidad de atención hace una valoración del familiar que es el cuidador y lo capacita para que brinde correctamente los cuidados a sus pacientes en casa. Al cuidador se le entrena a pie de cama con la colaboración de la sección de enfermería y en los talleres de formación grupal cada dos meses. En estos grupos colabora personal del hospital, como fisioterapeutas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y médicos.¹¹

También se encuentra el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia, que ha desarrollado diversos documentos que promueven la seguridad del paciente, entre los que se encuentra el Cuestionario sobre seguridad y calidad en la atención, que en la actualidad está siendo aplicado en España con éxito (www.seguriddelpaciente.es).¹² De ese grupo cabe mencionar en especial al Dr. Pedro Saturno Hernández, quien se ha dedicado a los temas

de calidad en la atención y la seguridad del paciente desde hace varias décadas. Asimismo, ha publicado varios libros de ese tema, como *Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, *Actividades básicas para la mejora continua*, *La función hospitalaria*, *Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad*, *Seguridad del paciente*, *Marco conceptual de la calidad*, *Curso de calidad asistencial en atención primaria* y *Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad*, entre otros.¹³

Instituciones en América

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (www.paho.org).

Fundada en 1902, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la agencia de salud pública internacional más antigua del mundo. Entre sus objetivos se encuentra el de brindar cooperación técnica y movilizar asociaciones para mejorar la salud y la calidad de vida en países del continente americano. La OPS es el organismo especializado en salud del sistema interamericano, además de que actúa como oficina regional de la OMS, ambas miembros del sistema de la ONU.

Su misión principal es liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados miembros y otros aliados para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de América (figura 26–3).

Argentina. Pacientes Online (www.pacientesonline.org, www.pacientesonline.com.ar)

Pacientes Online se forma en Argentina por una alianza estratégica entre pacientes y equipos de salud en febrero de 2005. Su trabajo se desarrolla en colaboración con la Red Ayuda Médico Paciente de Argentina (RAMPA), la cual está integrada en 95% por miembros de asociaciones dedicadas a pacientes o médicos.

Susan Sheridan, líder global de pacientes por la seguridad del paciente y miembro de Pacientes Online, organizó el 6º Encuentro Nacional Paciente–Médico partiendo de las siguientes preguntas dirigidas a concientizar a los asistentes:

- ¿Pueden los sistemas de salud aprender de sus errores?
- ¿Qué rol desempeñan los pacientes en este proceso?¹⁵

Gracias a Internet las organizaciones civiles se encuentran más cerca de sus usuarios, así como se comunican con mayor frecuencia con ellos y pueden poner ma-

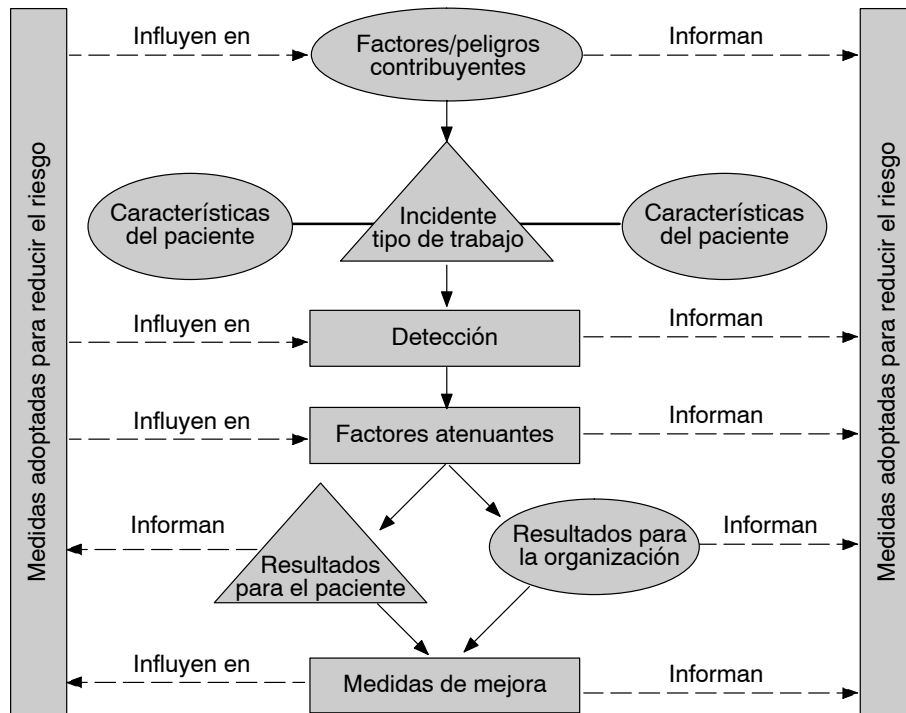


Figura 26-3. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.¹⁴

teriales audiovisuales y manuales, guías, esquemas y demás a su disposición para que los familiares de pacientes o los pacientes mismos los consulten o los descarguen en formato PDF y así puedan apoyarse en casa con sus tratamientos. En Facebook se encuentran modelos similares, como la Escuela para pacientes (figura 26-5) y la Comunidad iberoamericana por la calidad y seguridad del paciente (figura 26-6).^{16,17}

EUA

National Patient Safety Foundation. Programa Ask me 3 (www.npsf.org)

En 1996 tuvo lugar una gran conferencia sobre el error médico organizada por la Asociación para el Avance de la Ciencia de EUA, la Asociación Médica de EUA y el Centro Annenberg para Ciencias de la Salud con la finalidad de mejorar la seguridad de la atención prestada a los pacientes, durante la cual surgió la idea



Figura 26–4. Anuncio de la Red Panamericana en pro de la Seguridad del Paciente en la página web de Pacientes Online.

de crear la *National Patient Safety Foundation* (NPSF). Algunos de sus objetivos son:

- Reflejar en la atención médica el juramento hipocrático: “por encima de todo, no hacer daño”.



Figura 26–5. La escuela del paciente en Facebook.

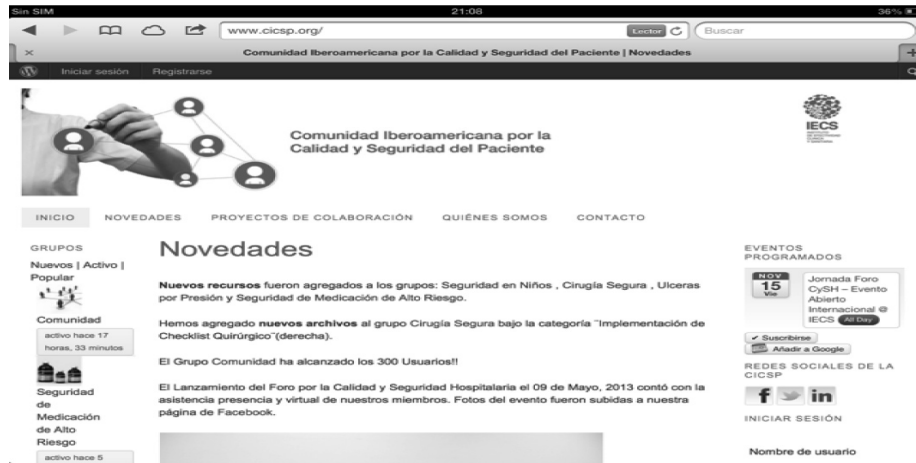


Figura 26–6. Novedades en la página web de la Comunidad Iberoamericana por la Calidad y Seguridad del Paciente.

- Desarrollar y la mejorar la cultura de la seguridad del paciente.
- Incrementar la conciencia pública y la comunicación.
- Fomentar la participación de los pacientes en el aprendizaje continuo y la comunicación constante de información entre los cuidadores, las organizaciones y el público en general para mejorar la seguridad del paciente.

Asimismo, con el objetivo de construir una red de profesionales comprometidos en brindar una atención segura y de calidad a los pacientes, en 2011 la NPSF estableció la Sociedad de Profesionales en la Seguridad del Paciente de EUA,¹⁸ abierta a cualquier persona que trabaje directa o indirectamente para apoyar y mejorar la seguridad de los pacientes.

El programa *Ask me 3* es un programa de educación al paciente diseñado para mejorar la comunicación entre pacientes y proveedores de la atención médica, para alentar a los pacientes a convertirse en miembros activos del equipo de atención a la salud y promover la mejora de los resultados sanitarios (figura 26–7).¹⁹ El programa anima a los pacientes a preguntar:

1. ¿Cuál es mi problema principal?
2. ¿Qué tengo que hacer?
3. ¿Por qué es importante para mí hacer esto?

Los estudios demuestran que los pacientes que entienden las instrucciones de salud cometen menos errores cuando toman sus medicamentos o se preparan para un procedimiento médico, además de ser más capaces de manejar una enfermedad crónica.



Figura 26–7. El programa *Ask me 3* en la página web de la NPSF.

PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉXICO

A partir de la segunda mitad del siglo XX se ha podido apreciar en México una participación destacada de la iniciativa privada en el desarrollo social y se abandonó la práctica de otorgar donativos a obras poco estructuradas carentes de permanencia y continuidad para abocarse a proyectos sólidos de mayor alcance y trascendencia.²⁰

Filantropía empresarial

El Centro Mexicano de la Filantropía (CEMEFI)²¹ en su estudio de mayo de 2009 mencionó que hay 23 399 organizaciones de la sociedad civil registradas en México (en el Distrito federal 2 851). En 2008 el CEMEFI contabilizó 6 267 donatarias autorizadas, destacando que 66.1% son de categoría asistencial y 16.2% educativa, mientras que existían 2 380 instituciones dedicadas a la salud en el país, equivalente a 10.17% del total y distribuidas por todo el territorio nacional (cuadro 26–1).

Con el propósito de impulsar la profesionalización del tercer sector, dar certeza a los donantes y promover la transparencia y la rendición de cuentas, en noviembre de 2004 el CEMEFI propuso un modelo para que las organizaciones de la sociedad civil pudiesen llevar a cabo un autodiagnóstico de su gestión institucional, el manejo de sus recursos y sus procesos de información pública.

Cuadro 26–1. Organizaciones no gubernamentales en México

Estado	Número de ONG	Estado	Número de ONG
Aguascalientes	44	Morelos	47
Baja California Norte	197	Nayarit	12
Baja California Sur	12	Nuevo León	136
Campeche	22	Oaxaca	30
Coahuila	90	Puebla	71
Colima	27	Querétaro	58
Chiapas	40	Quintana Roo	27
Chihuahua	93	San Luis Potosí	42
Distrito Federal	598	Sinaloa	64
Durango	33	Sonora	87
Guanajuato	81	Tabasco	17
Guerrero	21	Tamaulipas	41
Hidalgo	34	Tlaxcala	9
Jalisco	155	Veracruz	65
Estado de México	114	Yucatán	31
Michoacán	72	Zacatecas	10
TOTAL:	2 380		

ONG: organización no gubernamental.

Las organizaciones de la sociedad civil participantes encontraron que el proceso de acreditación de los Indicadores de Institucionalidad y Transparencia constituye, por una parte, una herramienta de fortalecimiento que permite la detección de áreas de oportunidad para la mejora en la gestión institucional y, por otra parte, un valioso factor para incrementar la visibilidad de la organización, conduciéndole a un mejor posicionamiento entre los grupos interesados así como a la posibilidad de acceso a donantes y donaciones más importantes. Asimismo, investigadores y académicos han encontrado en los Indicadores de Institucionalidad y Transparencia una herramienta útil para la investigación del sector de organizaciones filantrópicas en México.²²

Indicadores de Institucionalidad y Transparencia:

- Constitución legal ante notario público.
- Autorización de la SHCP como donataria.
- Misión, visión y objetivos.
- Domicilio y teléfono verificables.
- Informe anual de resultados y ejercicio de recursos.
- Consejo directivo o patronato diferente al equipo profesional operativo.
- Personal profesional contratado en nómina.
- Colaboradores voluntarios en los programas.
- Más de tres años de operación.

- Más de tres fuentes distintas de ingresos.

Una consulta general en la página del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) refleja en el censo de población y vivienda que México tenía en 2010 un total de 112 336 538 habitantes, de los cuales 72 514 513 eran derechohabientes en alguna institución que de servicios de salud, así como 38 020 372 no tenían derechohabencia alguna y 1 801 653 no lo especificaron. Por lo tanto, cerca de 40 millones de mexicanos no contaban con atención médica y difícilmente hubieran podido acceder a la cultura de seguridad del paciente.²³

Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (www.somecasa.com.mx)

Desde hace dos décadas la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA) promueve el desarrollo de la cultura por la calidad para crear valor para las instituciones y usuarios finales logrando la solidez y permanencia de las organizaciones.²⁴ Está integrada por un equipo multidisciplinario de expertos comprometidos con la calidad en salud. Colabora con la Sociedad Latinoamericana de Calidad.

SOMECASA celebró su 20 aniversario en junio de 2012 con la presencia del profesor Dr. Pedro Saturno Hernández proveniente de la Universidad de Murcia y se rindió un homenaje al Dr. Enrique Ruelas Barajas.

Red mexicana de pacientes por la seguridad del paciente

Durante el Primer Taller Global de Pacientes por la Seguridad del Paciente, organizado por la OMS en 2005, surgió la idea de crear una red mexicana de pacientes por la seguridad del paciente. Posteriormente, en el segundo taller, donde se propone la creación de la red panamericana y las redes nacionales, se inicia la formación de la Red en Canadá, Perú, Argentina y México. La Red nacional de pacientes por la seguridad del paciente “Sylvia Ceballos” fue lanzada el 15 de octubre de 2008 en Buenos Aires, Argentina.

La esencia de esta idea se resume en la Declaración de Londres, sustentada en el artículo 58 de la Ley General de Salud, donde se afirma que la comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado. Asimismo, se apoya en el artículo 112 de la misma Ley, donde se explica que la educación para la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales y colectivas, así como accidentes, entre otros aspectos. En ella se declara:

- Concebir y fomentar programas a favor de la seguridad del paciente, así como de su capacitación.

- Propiciar la corresponsabilidad de pacientes y familiares en el proceso de la atención médica.
- Mantener e impulsar un diálogo constructivo y programado con todos los individuos relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Participar en el establecimiento de un sistema nacional para el informe de eventos adversos relacionados con la atención médica, analizarlos y aprender de ellos.
- Definir prácticas óptimas de atención y promoverlas con el fin de evitar daños a la salud.

Al revisar su actividad hoy en día se observa que su presidenta, Evelia Vázquez Curiel, es muy activa en redes sociales como facebook, en las que publica recomendaciones y comentarios del Sector Salud (cuadro 26–1).²⁵ Además, se puede encontrar una entrevista con ella en la liga: www.revista.unam.mx/vol.23/num9/art93.²⁶

Academia Mexicana de Cirugía. Comisión de Seguridad del Paciente (www.amc.org.mx)

La Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía, integrada en promedio por 15 representantes de instituciones del Sector Salud, se reúne el primer jueves de cada mes para comunicar los avances a nivel mundial sobre seguridad del paciente y llevar a cabo acuerdos que se difundan en los hospitales del país.²⁷

La comisión se encuentra bajo la coordinación del Académico Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez, quien menciona al respecto que “la Academia Mexicana de Cirugía y la Fundación Academia Aesculap México, sensibles al devenir de la medicina, decidieron en conjunto efectuar una búsqueda con todos los actores de la medicina en nuestro país (médicos, enfermeras, administrativos, estudiantes y otros profesionistas relacionados con la salud que trabajan en instituciones educativas, universidades estatales, nacionales y privadas, en salud pública, descentralizada y privada, en la industria farmacéutica, de equipamiento médico y otros afines) de aquellos tópicos o líneas de acción relacionadas con la seguridad del paciente que por su importancia y relevancia en el contexto del trabajo diario deberían ser destacadas, es decir, puestas a la mesa de las discusiones para lograr un consenso y proponer acciones de mayor impacto para fortalecer la seguridad del paciente”.²⁸

En 2010, como parte de la Colección Platino, avalada por la presidencia nacional, la Academia Mexicana de Cirugía, la Fundación IMSS y la UNAM, se imprimió el volumen Seguridad del paciente, una prioridad nacional. Durante 2011 se trabajó en el volumen Herramientas para la seguridad del paciente, para publicarse en 2013.

Fundación Academia Aesculap México A.C.

(www.academia-aesculap.org.mx). La Fundación Aesculap fue fundada en 1995 en Alemania y su razón de ser es la educación especializada para el profesional de la salud, lo que le permite coadyuvar en la mejora de la atención médica y en el desarrollo del sector salud mundial. Está conformada por una red global de 51 países y se establece como asociación civil en México en el año 2002 con el nombre de Fundación Academia Aesculap México.²⁹

La Academia Aesculap está pensada para el profesional de la salud que tiene mayor contacto con el paciente, tanto en los consultorios diagnosticando un padecimiento como en un quirófano, siendo en éste donde se ha detectado el mayor riesgo de que exista un evento adverso. La Academia participa activamente en la concientización del empleado en unidades hospitalarias en beneficio de la salud laboral y la prevención de accidentes, colaborando con los programas de seguridad del paciente y con el programa Cirugía segura para todos. Los beneficios que ofrece a la sociedad el trabajo de la Academia Aesculap son:

- Capacitación especializada para el profesional de la salud con reconocimiento oficial y actualización continua.
- Foros y grupos interdisciplinarios por especialidad médica.
- Difusión, actualización y entrenamiento con equipos de tecnología de vanguardia e innovaciones en técnicas quirúrgicas internacionales.
- Apoyo por proyecto específico en cirugías de asistencia social a través de profesores voluntarios, equipo e instrumental.
- Premios Aesclepio en México que impulsan el reconocimiento a la trayectoria académica.
- Proyección y alianzas académicas entre los 51 países de la red global.
- Atención con calidad y seguridad por parte de los profesionales de la salud para los pacientes en general.
- Información a los familiares de los pacientes a través de explicaciones sencillas y claras del cuidado al paciente.
- Profesionales de la salud mejor capacitados.
- Mejor calidad de vida para el paciente.

**PROGRAMAS EDUCATIVOS SOBRE
SEGURIDAD DEL PACIENTE****Academia Mexicana de Cirugía & Fundación
Academia Aesculap México**

Ambas organizaciones civiles enfocadas al Sector Salud coadyuvan en un mismo objetivo: la educación del profesional de la salud. Han trabajado conjuntamente

desde 2005 en el plan académico de la Comisión de Seguridad del Paciente, cuya misión es difundir la cultura de la seguridad y la calidad en las unidades hospitalarias a través de la generación de información valiosa para quienes están en contacto directo con los pacientes.

A lo largo de casi ocho años han realizado diversas actividades, como reuniones mensuales, sesiones extemporáneas y sesiones académicas conjuntas. En especial debe mencionarse el Foro sobre Seguridad del Paciente, denominado Una Prioridad Nacional y realizado en agosto del 2007, los resultados del cual (sobre todo de las mesas de trabajo, que tuvieron por temática las 12 líneas de acción) se consolidaron en uno de los libros de la Colección Platino del bicentenario. En el foro participaron 157 personas, en su mayoría representantes de las siguientes instituciones: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Mexicana de Cirugía General, el Hospital Ángeles Metropolitano, el Hospital Star Médica Santa Fe, la Universidad Anáhuac, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital Médica Sur, la CONAMED, el Instituto Nacional de Cancerología, la Fundación Hospital ABC y el Hospital Central Militar. Posteriormente, en 2008, se realizó un taller con diversos casos de eventos centinela y se presentaron a los asistentes las conclusiones del foro del 2007.

De manera independiente, bajo la organización de la Academia Aesculap Brasil, se realizaron consecutivamente dos simposios sobre seguridad del paciente, en 2010 y 2011, con sede en Río de Janeiro, a los cuales asistieron participantes de México, entre ellos algunos miembros de la Comisión de Seguridad del Paciente de la AMC.

En 2011 se implementaron campañas para la higiene de manos y de cultura general sobre la seguridad del paciente en diversos hospitales privados de la zona metropolitana del Distrito Federal.

Por otro lado, se realizaron conferencias para la difusión de las herramientas de seguridad del paciente, especialmente con los miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General, con la cual se estableció en 2008 el programa voluntario Cirugía segura para todos, captando 328 miembros del interior de la República Mexicana.³⁰

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Academia Mexicana de Cirugía en conjunto con la Academia Aesculap, en la búsqueda de ofrecer a los lectores un criterio más amplio de información, diseñaron un cuestionario de cinco preguntas que fue enviado a una base de datos de



Cuestionario sobre responsabilidad social y seguridad del paciente

1. Considerando su participación en el sector salud de nuestro país. ¿Podría describir brevemente qué significa para usted la seguridad del paciente?
2. La institución a la que pertenece colabora en:
 - a. El desarrollo de metodologías de seguridad en la atención médica
 - b. Difusión de la cultura de seguridad del paciente
 - c. Asesoría a asociaciones de pacientes
 - d. Medición de la calidad en la atención médica
 - e. Genera programas de educación para la seguridad del paciente
 - f. Todas las anteriores
 - g. Otras _____
3. ¿Ha participado en proyectos relacionados con la seguridad del paciente en México?

Sí No

Específicamente, ¿cómo ha colaborado su institución en dichos programas?

 - a. Económicamente
 - b. En especie
 - c. Desarrollando el proyecto
 - d. Asesoría institucional

Otros: _____
4. ¿Ha creado o apoyado en la creación a alguna fundación, IAO o asociación de pacientes o familiares de pacientes que busquen difundir la calidad o seguridad en atención médica?
5. La institución a la que pertenece ¿cuenta con un plan de acción a largo plazo para mejorar la cultura de la seguridad del paciente en México? Sí No

¿Cuál? _____

Figura 26–8.

1 700 organizaciones civiles mexicanas dedicadas a la prevención, atención y rehabilitación.

Del total de encuestas aplicadas por vía electrónica sólo se obtuvieron 16 respuestas, equivalente a 0.94% del total. A continuación se presenta un análisis de la información resultante:

- a. La pregunta 1 fue respondida por 75% de las organizaciones:

Considerando su participación en el Sector Salud de México, ¿podría describir brevemente qué significa para usted la seguridad del paciente? (figura 26–8).
- b. La pregunta 2 fue respondida por 62% de las organizaciones:

La institución a la que pertenece colabora en:

 - a. El desarrollo de metodologías de seguridad en la atención médica.
 - b. Difusión de la cultura de seguridad del paciente.

Cuadro 26-2

Minimizar los daños al paciente derivados de la atención médica en cualquier nivel en que esta se preste
Crear las condiciones necesarias para la estabilidad de las personas
Atención al paciente, cuidado de cada actor cerca del paciente, para que no afecte la integridad del paciente
Es la información, formación, educación y prevención de la atención del ser humano en situaciones que pongan en riesgo la calidad y dignidad del ser
Es la que garantiza la calidad de la atención en un trasplante, oportuna y sin problemas, brinda estabilidad emocional y física al paciente
Que pueda recibir medicamentos y tratamientos adecuados a su enfermedad, manteniendo buena calidad de vida
Que el paciente reciba atención medica integral, respetando sus derechos humanos, vigilando que las acciones tomadas no pongan en riesgo la vida del paciente
El enfoque holístico en su atención médica, de forma incluyente con otros aspectos
Tiene como principal propósito coordinar, difundir y desarrollar mejoras en materia de salud para prevenir las fallas en la atención al paciente
Que los pacientes estén bien informados en cuanto a sus procedimientos y tratamientos
Tratar al paciente con dignidad y respeto, que no se niegue la atención por falta de algún documento
Ofrecer una atención más eficiente y segura, con tecnologías innovadoras que permitan una mejor administración de los pacientes

- c.** Asesoría a Asociaciones de Pacientes.
- d.** Medición de la calidad en la atención médica.
- e.** Genera programas de Educación para la Seguridad al paciente.
- f.** Todas las anteriores.
- g.** Otras.

Las respuestas recibidas para la pregunta 2 indican que 40% de las instituciones colabora en todas las alternativas, 40% colabora en más de una actividad, 30% brinda asesoría a otras instituciones, 20% apoya la medición de

Cuadro 26-3

Apoyar a pacientes de escasos recursos con enfermedades reumáticas proporcionándoles médico, psicólogo, nutriólogo y educación integral
Apoyo directo a pacientes pediátricos que requieren un trasplante de médula ósea
Ayuda a formar asociaciones civiles
Cuida, fomenta, vigila, apoya y asesora a las instituciones de asistencia privada del rubro de salud, adicciones y vela por el cumplimiento de las NOM
Emite recomendaciones específicas para la seguridad del paciente
Prevención de ceguera mediante atención oftalmológica de subespecialidad
Tratamiento integral del cáncer infantil
Tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de consumo de alcohol y drogas

Cuadro 26-4

45.45	%	Económicamente
36.36	%	En especie
54.55	%	Desarrollando el proyecto
45.45	%	Asesoría

la calidad, 20% apoya el desarrollo de la metodología para la seguridad del paciente, 40% colabora en la difusión de la cultura de seguridad del paciente y 80% hicieron mención de otras formas de colaborar (cuadro 26-2).

c. La pregunta 3 fue respondida por 93.75% de las instituciones:

¿Ha participado en proyectos relacionados con la seguridad del paciente en México? ¿Específicamente, cómo ha colaborado su institución en dichos programas?

De las respuestas recibidas 73.33% son afirmativas y 26.67% negativas (cuadro 26-3). Las organizaciones que brindaron otras alternativas fueron 27.27% del total (cuadro 26-4).

d. La respuesta 4 fue respondida por 81.25% de las organizaciones:

¿Ha creado o apoyado en la creación de alguna fundación, IAP o asociación de pacientes o familiares de pacientes que busquen difundir la calidad o seguridad en la atención médica? (cuadro 26-5).

e. El 93.75% dieron respuesta a la pregunta No. 5.

¿La institución a la que pertenece cuenta con un plan de acción a largo plazo para mejorar la cultura de la seguridad del paciente en México?

De las respuestas recibidas 53.33% fueron negativas y 46.67% afirmativas.

De todas las organizaciones que contestaron esta pregunta 50% aseguraron tener un plan de acción a largo plazo acorde a su objeto social (cuadro 26-6).

CONCLUSIONES

- Es indispensable permear la cultura de la seguridad del paciente en México. Existen otros países que llevan camino andado al respecto, de los cuales se pueden tomar ejemplos de éxito e implementarlos en el entorno mexicano.

Cuadro 26-5.

Brinda atención médica, orientación sobre tratamientos, que se verifique la licencia laboral y haciendo farmacovigilancia.

Implementa la hoja de cirugía segura para cada uno de los pacientes que entran al quirófano.

A través del programa de rehabilitación que su institución proporciona.

Cuadro 26-6

23.08	%	No ha ayudado a crear una institución que promueva la Seguridad del Paciente
76.92	%	Han apoyado a la creación de al menos una institución para la Seguridad del Paciente
7.69	%	Apoya compartiendo su metodología con otras instituciones

- El Estado tiene un papel en la distribución de la riqueza de un país y es su responsabilidad buscar el bienestar social, así como la ciudadanía, la industria y las organizaciones civiles deben mostrar solidaridad cuando se trata de apoyar al Estado en esta tarea.
- Es importante darle crédito a todas aquellas organizaciones civiles que han surgido por una causa en particular, sean grandes o pequeñas, profesionalmente organizadas o improvisadas, con patronos y voluntarios que dedican su vida a una causa común, ya que todas apoyan en su justa medida.
- Es esencial que se genere un ambiente de cooperación en el que todos participen en campañas de educación sobre la seguridad del paciente establecidas con objetivos bien definidos y que lleguen a formar una conciencia social de beneficio colectivo.
- Muchas veces las instituciones internacionales apoyan iniciativas mexicanas sin que en el Sector Salud se tenga conocimiento, por lo que es urgente implementar un mecanismo de comunicación recíproco eficiente.
- Las organizaciones dedicadas a actividades filantrópicas han omitido hacer suficiente divulgación de las nuevas acciones o medidas, por lo que los movimientos que se inician en un hospital, localidad o país no repercuten en la operación diaria y no generan una cultura o un hábito. Es necesario crear un sistema de comunicación consistente y eficiente. Hoy en día se requieren personas y organizaciones civiles profesionales, modernas y capacitadas que mantengan informado al paciente y al profesional de la salud.

Cuadro 26-7.

Alianzas con otras instituciones para garantizar los apoyos
A través de la difusión del conocimiento de las enfermedades y de los tratamientos seguros con evidencias de eficacia
Acompañamos al paciente al centro de salud y lo asesoramos para salir adelante
CREMET, Centro de Rehabilitación para Enfermos Marginados en Etapa Terminal
Proyectos de la cultura de prevención en cáncer infantil
Reducción de dosis en radiación para el paciente
Se busca impulsar la ley para que incluya la enfermedad renal crónica entre las enfermedades catastróficas
Trabajamos con el Sector Salud para mejorar la atención del paciente renal en México, para que la atención sea universal

- Una alianza entre los sectores privado y filantrópico de México para compartir la infraestructura, el conocimiento y la metodología lograría grandes avances en beneficio de la sociedad en general.

REFERENCIAS

1. *Concepto de Salud, según la OMS*. www.who.int/suggestions/faq/es/.
2. Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*. <http://lema.rae.es/drae>.
3. Tipos de organizaciones civiles. www.colegiodenotarios.org.mx/sociedades.pdf.
4. **Carrillo P, Mayec S, Tapia M, Layton M:** *Diagnóstico sobre filantropía corporativa en México*. Alternativas y Capacidades, 2009:16–20.
5. *Proyecto High 5s de la Organización Mundial de la Salud*. www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s.
6. Consejo Internacional de Enfermería: *Proyecto pacientes informados*. www.inc.ch/es/projects/patient-talk.
7. Comisión Europea de Seguridad del Paciente. www.ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/.
8. Red Europea por la Seguridad del Paciente y la Calidad. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1102298/en/impact-and-results-of-quality-improvement-and-patient-safety-programmes-in-hospitals-has-studies-and-projects?xtmc=&xtr=1.
9. **Briones GR:** Cuidadores de enfermos. www.hera.ugr.es/tesisugr/16683134.pdf.
10. Hospital de la Virgen. <http://www.hoy.es/v/20130119/plasencia/hospital-ofrece-terapia-cuidadores-20130119.html>.
11. Cuidadores de pacientes. España. www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/contenidos/Noticias/2012/06/dia25/Noticia19733.
12. Cuestionario sobre seguridad del paciente. www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2007/cuestionarioseguridadpacientes.pdf.
13. **Saturno P:** *Participación en el desarrollo de los indicadores de buenas prácticas en seguridad del paciente*. www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2009/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud: Marco conceptual de la CISP. www.paho.org.
15. Pacientes Online. www.pacientesonline.org o www.pacientesonline.com.ar.
16. Escuela para pacientes. www.facebook.com/escuelapacientes.
17. Comunidad Iberoamericana por la Calidad y Seguridad del Paciente. www.cicsp.org.
18. American Society of Professionals in Patient Safety. www.prnewswire.com/news-releases/american-society-of-professionals-in-patient-safety—the-first-and-only-patient-safety-membership-program—debuts—with-175-members-116241574.html.
19. National Patient Safety Foundation: Programa Ask me 3. www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programas/ask-me-3/ask-me-3-resources/.
20. **Lara ML:** *Filantropía empresarial*. Pax México, 2000:3–9.
21. Centro Mexicano de la Filantropía. www.cemefi.org.
22. Indicadores de Institucionalidad y Transparencia. www.cemefi.org/indicadores-de-institucionalidad-y-transparencia/los-10-indicadores.html.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?
24. Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud. www.somecasa.com.mx.
25. Entrevista a Evelia Vázquez Curiel, presidente de la Asociación Paciente por la Seguridad

- del Paciente. www.revista.unam.mx/vol.23/num9/art93.
26. Red Paciente por Paciente. www.facebook/groups/345513395467760.
 27. Academia Mexicana de Cirugía. www.amc.org.mx.
 28. **Pérez CVJ**: Seguridad del Paciente, una Prioridad Nacional. Colección Memoria. México, Alfil, 2009.
 29. Academia Aesculap. www.academia-aesculap.org.mx.
 30. Asociación Mexicana de Cirugía General. www.amcg.org.mx.

La participación de los pacientes y de sus familiares en la atención segura

María Antonieta Cavazos Siller, Daniela Ortiz de la Peña Tena

INTRODUCCIÓN

Se lleva largo tiempo pensando que la responsabilidad que del equipo de salud es la de otorgar información científica que le dé al paciente el conocimiento necesario para comprender su enfermedad. Sin embargo, la información no requiere de un profesional de la salud para ser transmitida, es la comunicación la que por medio de un vínculo corresponsable distingue a un profesional de la salud capaz de fomentar la adherencia terapéutica a través de generar conciencia en base a las posibilidades de cuidado y auto cuidado que tiene el paciente. La comunicación es una necesidad humana básica que se inicia en el encuentro con otra persona. Cuando se habla de comunicación terapéutica (la que corresponde a cada profesional), la relación y una adecuada línea de comunicación son elementos esenciales en la interacción con el paciente, ya que de estos depende la calidad de los procesos que llevemos a cabo en los distintos ámbitos de la salud. Al tener conciencia de esto se pueden dirigir los esfuerzos a la búsqueda de conocimientos que puedan ayudar a mejorar la calidad de la relación con el paciente, lo que lleva a la oportunidad de vivir el encuentro con el otro de forma auténtica y humana, sin olvidar que sólo cuando se dan los cuidados necesarios con un contenido científico, habilidad técnica y humanismo es cuando en realidad se es capaz de atender holísticamente la necesidad del paciente.

Partiendo de las diversas acciones por la seguridad del paciente que en México se llevan a cabo, como son las cruzadas por la calidad de los servicios médicos, la certificación de las unidades médicas, los sistemas de gestión de calidad, la

aplicación, evaluación y seguimiento de indicadores de calidad, entre otras, se puede decir que en la actualidad existe un gran reto para abordar esta problemática de una manera integral.

Si se parte de los ejes rectores para incidir en una mejora de la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la cultura organizacional de seguridad del paciente, el trabajo en equipo, la promoción de la comunicación e información, el establecimiento de sistemas de gestión de calidad, la identificación de los riesgos de los procedimientos médicos, el establecimiento de un registro de los efectos adversos, se puede ver que para el tema a desarrollar es básico el trabajo en equipo, la comunicación y establecer el sistema de gestión en casa.

El presente capítulo tiene como objetivo abordar los siguientes temas:

- Identificar el rol que tanto médicos como enfermeras tienen en el alcance, responsabilidad y límites del paciente y sus familiares ante la atención segura.
- Distinguir y comprometer al equipo de salud ante la indiscutible responsabilidad compartida con el paciente para generar un adecuado cuidado y auto cuidado.
- Otorgar una propuesta de trabajo para fomentar la comunicación corresponsable y la adherencia terapéutica.

ALCANCES

La atención de las necesidades básicas y la prevención de complicaciones del paciente en su hogar es un tema muy importante si lo que se quiere es abarcar su seguridad, por lo que el cuidado se extiende hasta facilitarle su adaptación al medio ambiente y a la vida familiar.

Los objetivos de lograr involucrar a la familia y al paciente en un auto cuidado ayudarán a disminuir riesgos y probablemente también la progresión de su patología.

El profesional de enfermería deberá valorar y planificar el cuidado del paciente tanto en lo individual como en lo familiar y social partiendo de los posibles alcances que se tienen en la atención al diagnóstico establecido.

Es básico tener un amplio conocimiento del paciente, su patología, sus costumbres e intereses para poder identificar y potenciar la fuerza del paciente y su familia, ya que es la familia quien puede crear una atmósfera que influya en el proceso cognitivo y psicosocial de sus miembros. Para lograr esta relación es necesario conocer los valores y creencias específicas de su cultura, ya que inciden en su estructura familiar, así como los métodos de interacción intrafamiliar, pues

la eficiencia en la comunicación familiar determina la capacidad de la familia para funcionar como una unidad colaboradora, lo que genera una función importante en la formación de la autoestima, tan necesaria en esos momentos.

Partiendo de este conocimiento y comprensión se debe lograr veracidad en la información al paciente acerca de su diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios y limitaciones respetando siempre su dignidad humana y tomando en cuenta no sólo lo que es, sino lo que puede llegar a ser.

De acuerdo con Swanson (1993), la conducta de cuidado de rehabilitación se define como "facilitar el paso del otro a través de transiciones vitales y acontecimientos no familiares". En este proceso de involucramiento del paciente y familiares es necesario incluir tutoría, información, soporte, asistencia, guía, enfoque y validación en todos los procedimientos y cuidados que ellos puedan realizar para depender lo menos posible del cuidado médico, con el objetivo de facilitar su crecimiento y desarrollo personal, es decir, su autonomía.

El objetivo será potenciar a los pacientes y familiares a través de actividades que aumenten el bienestar, la comprensión y el autocuidado, para lo cual el familiar y el paciente deben estar muy bien comunicados sobre la realidad y opciones ante su enfermedad. De esta manera, se harán conscientes de su realidad y sus posibilidades. Para lograr que el paciente y la familia se interesen e involucren en este proceso de autocuidado es indispensable informarles cuál es su responsabilidad y alcances en dicho proceso y cuáles son los aspectos que deben y pueden cuidar. El equipo de salud interdisciplinario, en especial la enfermera, identificará cuales son los principales eventos adversos que pueden presentarse en casa según el caso específico a tratar. A través del conocimiento del paciente y de la participación en una relación mutua, la enfermera puede identificar y potenciar las fuerzas del paciente y de la familia. Esta relación incluye respeto mutuo, veracidad y confianza en las capacidades del paciente tomando siempre en cuenta los motivos principales de insatisfacción que la persona puede presentar.

Una vez seleccionados los eventos adversos en cuya prevención pueden participar el paciente y sus familiares se debe crear todo un plan de cuidados en casa, comunicando y capacitando al paciente y su familia en las técnicas y razonamientos o conocimientos básicos para que desde la realidad y el saber tengan la oportunidad de tomar una actitud participativa y consciente ante su situación para lograr la mayor autonomía posible con respecto al equipo de salud.

La ejecución de este plan de autocuidado para la seguridad del paciente requiere de actividades educativas, organizacionales y directivas que permitan monitorear su aplicación, con evaluación y retroalimentación continua.

La cultura de calidad basada en valores humanistas debe tener como columna vertebral el componente comunicativo. El término comunicación es más complejo de lo que se piensa. Es por esto que a veces el mensaje no llega a quien va dirigido ni tiene el impacto buscado.

Todo proceso comunicativo debe entenderse como una serie de acciones que retroalimentan a un emisor con un receptor a través de un medio o canal. Es importante entender la diferencia entre informar y comunicar. La información es un conjunto de datos que constituyen un mensaje sobre determinado hecho o fenómeno. Los datos se perciben mediante sentidos, el cerebro los integra y genera la información necesaria para producir el conocimiento. Esta información se puede guardar en el cerebro como conocimiento adquirido. La percepción selectiva actúa como un filtro y en su etapa de interpretación mezcla la información recibida con los conocimientos, experiencias, creencias, valores y necesidades. Cuando esta información impacta en las personas se le da sentido y representatividad al estímulo y es cuando se empieza hablar de comunicación.

La comunicación busca modificar comportamientos, actitudes y mover a las personas a hacer algo que no harían espontáneamente. La comunicación tiene una intencionalidad y expectativas de comportamiento.

Entre las barreras de comunicación que distorsionan, desvirtúan o impiden parcial o totalmente el mensaje se encuentran algunos problemas de las siguientes categorías:

- **Semántica.** El problema radica en el sentido y significado que se utiliza por diferencias culturales, niveles socio económicos, idiomas y, principalmente, tecnicismos de la profesión. Este tema es indispensable tomarlo en cuenta para planear y llevar a cabo la concientización y educación de las diferentes técnicas y cuidados que el familiar y el paciente deben llevar en casa.
- **Medio físico.** El problema surge por fallas o deficiencias de los medios utilizados para comunicar la información o en la selección inadecuada de los medios mismos. En el caso de los profesionales de la salud además de la explicación verbal es necesario entregar tríptico y presenciar videos educativos junto con la familia acerca de las técnicas y cuidados a realizar en casa, siempre tomando en cuenta su nivel sociocultural y económico.
- **Fisiología.** Este tipo de problema se da por malformaciones disfuncionales y otras limitantes físicas de las personas que intervienen en el proceso de la comunicación. Es importante tomar en cuenta la edad del paciente, pues así será más acertada la educación al familiar o al paciente.
- **Psicología.** Estos contratiempos tienen que ver con la forma individual en la que cada persona percibe, procesa y significa el mundo que le rodea, sus prejuicios y la necesidad de satisfacer sus requerimientos emotivos.

Sabiendo que una adecuada comunicación es indispensable para una buena adherencia terapéutica, con la que los familiares y el paciente tengan claridad sobre los alcances que tienen sobre el cuidado y autocuidado de la salud, podremos fomentar una corresponsabilidad basada en la libertad y convicción propia de involucrarse en este proceso de cuidado del paciente.

RESPONSABILIDADES

La persona responsable es aquella que actúa conscientemente cuando es ella la causa directa o indirecta de un hecho ocurrido y está obligada a responder por alguna cosa o alguna persona. También es la persona que cumple con sus obligaciones y que pone cuidado y atención en lo que hace o decide.

Según la tradición kantiana la palabra responsabilidad es "la virtud individual de conseguir libre y conscientemente los máximos actos posibles y universales de nuestra conducta".

Cuando se habla de responsabilidad es necesario reconocer el compromiso inmerso y necesario que la persona debe tener para ejercer su ser responsable y por tanto su capacidad de respuesta.

La responsabilidad vivida desde la trinchera de los familiares del enfermo tiende a partir del concepto propio e inmerso de familia, en donde el compromiso es desencaminado por los lazos afectivos y morales que se han generado en dicho núcleo. Estos lazos tienden a tener una incidencia afectiva inmensa y es indispensable que el equipo de salud vea dicha incidencia cuando se le está hablando a un familiar sobre las responsabilidades del cuidado que tiene con el paciente, esto con la finalidad de evitar fomentar relaciones codependientes que mermen el potencial del paciente y el núcleo familiar.

Para que el actuar responsable de la familia y del paciente pueda ser guiado por el equipo de salud cabe identificar las líneas de responsabilidad del paciente y de su familia.

Se propone como responsabilidad base el funcionamiento y la salud del núcleo familiar y no sólo el padecimiento del enfermo, ya que de manera contraria el núcleo familiar se puede ver mermado y las afecciones afectivas, cognitivas e incluso físicas que ya se estaban padeciendo sean potencializadas por sentimientos de enojo, tristeza, abandono, culpa, etc., algo que sucede comúnmente.

Una manera práctica de brindar apoyo a los familiares del paciente con el objetivo de fomentar una adherencia terapéutica responsable es por medio del análisis del caso, estructurando las áreas que se discuten a continuación en base a las realidades y alcances de cada familia.

Cognitiva

El objetivo de conocer a profundidad el área cognitiva del paciente es establecer una línea de comunicación funcional entre el personal de salud y el paciente pues esto permite participar empáticamente en la construcción de responsabilidades terapéuticas que fomenten la seguridad del paciente.

Dentro del área cognitiva es importante identificar los recursos intelectuales del paciente y los familiares, los cuales podrán ser catalogados evaluando la capa-

cidad de comprensión del paciente y familiar con respecto al diagnóstico dado, el razonamiento crítico del paciente y familiar con relación al planteamiento del problema y la fluidez verbal y la habilidad para resolver propositivamente el conflicto. Ya habiendo explorado dichas áreas y con una visión más clara sobre los recursos intelectuales de paciente y familiares, el equipo de salud se verá en la necesidad de adaptar la información que debe ser transmitida en base a tales recursos.

Afectiva

Para abordar y conocer en forma asertiva el estado afectivo de los pacientes así como de sus familiares es necesario comprender las reacciones naturales generadas. En primer lugar, será de utilidad recordar que la palabra paciente refiere a aquella persona que sufre dolor o malestar y es atendida por el equipo de salud. Esta definición puede ayudar a comprender el estado anímico del paciente, ya que es la enfermedad, el dolor, el sufrimiento o incluso la alegría que genera la llegada de un bebé una situación en la que el paciente y sus familiares ven alterada la perspectiva de su futuro. Esta alteración suele generar en los pacientes una mayor conciencia sobre su estado de vulnerabilidad desencadenando miedos e inseguridades que lo pueden llevar a un estado de angustia e incertidumbre. Es en este momento en el que la persona demanda ayuda, auxilio y afecto por parte de sus familiares y del equipo de salud.

Al aumentar el estado de vulnerabilidad la voluntad y fortaleza tienden a disminuir, aumentando la necesidad de toma de decisiones con terceros y disminuyendo, por lo tanto, la independencia del paciente.

Es entonces que se espera empatía del equipo de salud ante la vulnerabilidad del otro, la cual puede lograrse a través de una actitud abierta y positiva siempre buscando descubrir los atributos del paciente.

Cabe mencionar que otra de las características del paciente es la espera a futuro y esta espera suele conducirlo a la esperanza, un estado de ánimo en el que se tiene fe de que algo positivo pueda suceder, por más absurdo que parezca.

Técnica

El área técnica se refiere a los cuidados específicos que el paciente y los familiares deberán llevar a cabo para favorecer a la seguridad del paciente.

La responsabilidad recae en mayor medida en el equipo de enfermería ya que es el contacto constante y final que tiene el paciente antes de ser dado de alta. Si el personal de enfermería no cuenta con los recursos pedagógicos necesarios para explicarle al paciente y a sus familiares el paso a paso de las técnicas de cuidado

resultará un seguro fracaso. Claro está que ya habiendo ejercido adecuadamente el rol de enseñanza la responsabilidad en el cumplimiento de dichos cuidados es de la familia y el paciente.

Según la Universidad de Zaragoza, uno de los requisitos indispensables para poder generar un adecuado aprendizaje es el planteamiento pedagógico de los materiales formativos, para lo cual sugieren cuatro principios pedagógicos:

1. Enseñar consiste en desarrollar, facilitar y aprovechar oportunidades de aprendizaje.
2. Una estrategia de enseñanza–aprendizaje que pretenda ser efectiva debe tener como finalidad que las personas reorganicen sus conocimientos, mejoren su capacidad de comprensión y actuación para otras situaciones y, sobre todo, mejoren su motivación y aprendan a aprender.
3. Los conocimientos, actitudes y habilidades se aprenden tanto absorbiendo como haciendo cosas e interactuando con otras personas.
4. El aprendizaje de la persona adulta es más efectivo y significativo cuando asume los siguientes hechos:
 - Se centra en necesidades, problemas y situaciones concretas.
 - Predomina lo práctico sobre lo teórico.
 - Tiene en cuenta las experiencias previas de los que están formando.
 - Involucra a la persona y es participativo.
 - Se ajusta al ritmo individual de aprendizaje.
 - Enseñanza y aprendizaje implican una relación bidireccional.

En el contexto que plantea la Universidad de Zaragoza la función de la enfermera es más que la de simple transmisor de información. Incluye mejorar la motivación del paciente y la familia, analizar los conocimientos, actitudes y habilidades previas y observar el contexto educativo o laboral.

Sabemos que en México cada hospital y centro de salud cuenta con materiales didácticos específicos, que si bien no son exactamente los mismos sí pueden ser utilizados en niveles y situaciones similares, por ejemplo:

- Clases teóricas y sesiones prácticas para pacientes y familiares, principalmente aquellas que impliquen algún riesgo para el paciente. Pueden ser individuales o en pequeños grupos de aprendizaje creados con el objeto de adquirir nuevos conocimientos, actitudes y habilidades que permitan mantener y mejorar la seguridad del paciente.

En definitiva, el personal de enfermería son personas que van a acompañar, aconsejar, ayudar, apoyar y transmitir su saber hacer con una actitud profesional.

Administrativa

Es de suma importancia que tanto médicos como enfermeras den una propuesta de tratamiento y cuidado continuo en base a la realidad socioeconómica del paciente y de la familia.

En múltiples ocasiones los pacientes se enfrentan a un alto grado de frustración y desmotivación sobre su estado de salud debido a la imposibilidad de apegarse al tratamiento o cuidados necesarios que se le han indicado por parte del equipo de salud. Esto representa un reto directo para médicos y enfermeras pues si bien hay tratamientos que son absolutamente necesarios, como aquellos del área oncológica en donde no se pueden disminuir los costos, hay muchos otros en donde sí se puede empatar la calidad del tratamiento y la realidad económica del paciente.

Por otra parte, será necesario que el paciente reciba toda la información necesaria para la adecuada toma de decisiones en cuanto al tratamiento, estudios, hospitalización, honorarios médicos, etc., ya que este será el único modo en el que el paciente podrá responsabilizarse e incluso apegarse al tratamiento y cuidados que se establezcan. Además, si el paciente conoce con claridad un aproximado económico podrá entonces también acudir a sus familiares para analizar las posibilidades que se tienen en cuanto a esto.

Como equipo de salud será importante distinguir, de acuerdo a las características del paciente (edad, diagnóstico, viabilidad, etc.), si el apego al tratamiento es lo más oportuno para la familia o si bien dicho apego podría fomentar una posible distancia.

Ya identificadas y estructuradas las cuatro áreas de acuerdo a la realidad y alcances de la familia es entonces indispensable que la enfermera indique al paciente y a sus familiares las posibilidades de respuesta que tienen sin poner en riesgo el funcionamiento del núcleo familiar pero sí adaptando las nuevas necesidades familiares encaminadas hacia la salud.

LÍMITES

En cuanto a los límites que tanto el paciente como los familiares presentan ante la seguridad del cuidado debe decirse que vale la pena planificar la comunicación y el esquema del cuidado que será planteado al paciente partiendo de las características personales. Para ello plantearemos de nuevo el conocimiento de nuestro paciente en los ámbitos que se elaboran a continuación.

Cognitivo

Existe un proceso real biológico patológico de la enfermedad y el paciente y sus familiares deben de estar conscientes de él para que puedan entonces enfrentarlo.

La realidad suele colocar a los pacientes en un duro momento de vulnerabilidad, pero al conocerla podrá darle herramientas intelectuales para prepararse y poder enfrentarse a la enfermedad de la mejor manera posible, tomando en cuenta sus recursos intelectuales, emocionales, familiares y económicos.

La pregunta clave que muchos pacientes se hacen al comprender que sus deseos de recuperarse tienen un límite es: ¿cómo manejar dichos límites? Para contestar a esta pregunta fue necesario recurrir a dos conceptos psicoterapéuticos:

1. Resiliencia. La palabra proviene del latín *resilio*, y significa volver atrás, rebotar, volver de un salto, resaltar. Muchas son las definiciones de resiliencia. Aquí se maneja la siguiente: “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”.

Como comentó el Dr. Arnoldo Kraus en su artículo Resiliencia y enfermedad, “Las personas resilientes hacen de lo malo algo bueno y enseñan con su ejemplo, con su forma de confrontar los tropiezos y afrontar los breches. La resiliencia no se enseña, se aprende al observar las respuestas de personas en condiciones similares frente a agravios, amenazas, pérdidas”.¹

2. Sentido de vida. El significado que cada persona le da a la vida misma. Se puede invitar al paciente a resignificar su vida a partir de la realidad en la que se encuentra, regresándole entonces a la realidad de poder hacer uso de su libertad y poniendo a un lado el sentimiento de impotencia y frustración.

Afectivo

El éxito dependerá en gran parte de la manera en la que se enfrenten las situaciones. Es importante tomar en cuenta los recursos con los que cuenta la familia. Los internos, como son las aptitudes, conocimientos, sensación de reciprocidad, valores familiares, etc. y los recursos externos, como son los vínculos religiosos, amigos, asistencia sanitaria y demás.

El ámbito afectivo depende en gran parte de la resiliencia del paciente, las herramientas espirituales con las que cuente, el sentido de vida, la perspectiva y visión con la que enfrente su realidad y el cómo viva y sufra el paciente su enfermedad.

Una de las responsabilidades del equipo de salud ante el anhelado apego terapéutico y seguridad del paciente es el hecho de intentar comprender lo que vive el paciente y cómo lo vive con la finalidad de identificar líneas de comunicación eficientes que puedan generar una escucha activa por su parte. Cabe mencionar que el factor de libertad de actitud adoptada por el paciente no es un factor que dependa del personal de salud, si el paciente decide dejarse morir o no someterse

al tratamiento y las recomendaciones dadas por el equipo de salud no se podrá hacer nada al respecto. Sin embargo, la diferencia radica en cómo se prepare el personal de salud para responder ante las diferentes necesidades afectivas del paciente aprovechando la figura de autoridad y los grupos de apoyo a los que se le pueda referir, según sea el caso.

Administrativo

Si el paciente conoce su realidad será más fácil planear y saber lo que necesita económicamente. Es en este caso que también se puede asesorar a la familia sobre instituciones y grupos de apoyo.

Los roles familiares se pueden llegar a ver afectados ya que en ocasiones es el hijo adolescente o el hermano menor en el cual recae toda la responsabilidad económica ante la enfermedad de la cabeza del hogar. Es importante que tanto paciente como familiares comprendan los límites que el propio proceso biológico patológico va marcando ante la evolución del estado de salud del paciente.

Es indispensable tomar en cuenta la importancia que tiene que el paciente comprenda claramente el término de distancia, ya que tiene diversas implicaciones:

- La prolongación innecesaria de los medios de soporte vital.
- Una situación irreversible.
- Una intencionalidad maliciosa que vaya en contra del principio de no maleficencia.
- Angustia por el miedo a lo desconocido.
- Ignorancia sobre los derechos del paciente.
- Una adopción de medidas terapéuticas que contemplen investigación científica.

Evidentemente, cada caso es una realidad completamente diferente más allá de que el diagnóstico o patología sean los mismos, puesto que las realidades no son idénticas. Lo importante es la conciencia adquirida por parte del equipo de salud para que el acompañamiento con cada uno de los pacientes sea individual y personalizado.

AUTOCUIDADO

Es increíble descubrir cómo siendo ésta la era en la que se ha avanzado más en los derechos del paciente en cuanto a su autonomía e individualidad se refiere,

sea ésta una sociedad que se cuida y se autocuida mucho menos que nuestros antepasados.

Por un lado, el personal de salud debe velar por la promoción y prevención de la salud para que ninguna enfermedad lleve a una situación de dependencia a la persona que la padece, pero por el otro lado es necesario responsabilizar a los pacientes que ya tienen una enfermedad con el apego al tratamiento pues de esto dependen los resultados.

El acto de cuidar es dado por una interacción humana e interpersonal que tiene como característica reafirmar la dignidad humana y que tiene un fin determinado. Es decir, es una relación en la que el cuidador y la persona a su cuidado tienen una relación bidireccional que parte del reconocimiento del otro como un ser humano único al cual se le mira como tal.

Si se une el concepto de autonomía y cuidado es entonces posible empezar a hablar del autocuidado de los pacientes en cuanto a su salud y tratamiento.

Dentro del proceso de atención en salud en las instituciones sanitarias el personal de salud debe comenzar a trabajar con los pacientes y su familia fomentando el autocuidado y el ser responsables de la propia salud y del propio proceso de enfermedad, y seguir con la participación en el proceso de atención intrahospitalaria como participantes de la atención con el fin de prevenir eventos adversos.²

Un estudio realizado en Argentina por la Agencia para la Investigación y la Calidad en el Cuidado de la Salud de EUA (AHRQ, por sus siglas en inglés) demostró que frecuentemente los médicos no hacen lo suficiente para ayudar a los pacientes a tomar las decisiones más informadas. Los pacientes que no están involucrados y que no están informados sobre su padecimiento tienen menos posibilidades de aceptar el tratamiento que ha elegido el médico y tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para permitir que el tratamiento funcione.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia elaboró distintos factores que determinan el autocuidado:

- 1. Factores internos.** Aquellos que dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado a modo personal.
 - a. Conocimientos.** En muchos casos determinan la adopción de prácticas saludables ya que la persona toma decisiones informadas que le impulsan a optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud.
 - b. Voluntad.** Es indispensable entender que cada ser humano tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y metas diferentes, es por esto que cada persona tiene una jerarquía de valores diferente con respecto a los demás e incluso a cada uno de sus hábitos.
- 2. Factores externos.** Aspectos externos que hacen o no posible el autocuidado de las personas.

- a. Cultura.** Ejerce un papel fundamental dentro del autocuidado ya que a las personas se les puede llegar a dificultar la adopción de nuevas prácticas debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Es indispensable para el equipo de la salud hacer uso de un pensar globalizado para lograr establecer una comunicación menos tendenciosa.
- b. Físico, económico, político y social.** Para que el paciente pueda optar por una práctica de autocuidado saludable debe de contar con un mínimo de recursos físicos, como una adecuada infraestructura sanitaria.

¿Qué puede hacer el equipo de salud para velar por la seguridad y autocuidado del paciente? Existe literatura técnica sobre seguridad del paciente, en la que se ha realizado un consenso que habla de la importancia que tiene el involucramiento del paciente en el cuidado de su seguridad y se han publicado diversas recomendaciones sobre las actividades que podría realizar el paciente para ayudar al personal de salud en su tratamiento, algunas de ellas son las siguientes:

1. Fomentar que el paciente sea un miembro activo en su propio equipo de salud. Se ha demostrado que los pacientes que están involucrados en su cuidado tienen mejores resultados.
2. Indicar al paciente la importancia que tiene que todos sus médicos sepan todos los medicamentos que usa. Incluyendo los medicamentos controlados, los no controlados y los suplementos alimenticios. Recomendar al paciente que lleve una lista con los nombres de todos los medicamentos que toma, ya que esto fomentará un mejor cuidado médico.
3. Asegurarse de que el paciente pueda leer la receta de medicamentos que se le entrega.
4. Asegurarse de que el paciente tenga claras las siguientes preguntas sobre sus medicamentos:
 - a. ¿Para qué es el medicamento?
 - b. ¿Cómo se debe tomar y por cuánto tiempo?
 - c. ¿Cuáles son los efectos secundarios y qué se debe hacer en caso de que se presenten?
 - d. ¿Es seguro tomar este medicamento con los otros medicamentos que ya toma?
 - e. ¿Qué comida, bebida o actividad debe evitar mientras toma el medicamento?
5. Si el paciente se encuentra en el hospital, recomendar que pregunte a quienes lo atienden si se han lavado las manos. Se ha comprobado que cuando los pacientes hacen esta pregunta el personal de salud se lava las manos más frecuentemente.
6. Indicar al paciente que cuando se le dé de alta del hospital es indispensable

que pida al médico y a la enfermera el plan de tratamiento que debe seguir en casa.

7. Fomentar que el paciente aprenda sobre su condición y tratamiento haciendo preguntas al equipo de salud y usando otras fuentes confiables de información.

Al revisar el tema de promoción de la salud y autocuidado saltan a la vista las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de eventos adversos:

- Poca motivación del paciente con el autocuidado de su salud.
- Deficiente comunicación con el paciente al momento de enseñarle lo que implica el autocuidado de su seguridad recalcando que debe preguntar:
 1. ¿Cuál es mi problema principal?
 2. ¿Qué debo hacer?
 3. ¿Por qué es importante para mí hacer eso y qué beneficios o riesgos tiene?

Se puede decir entonces que ya conociendo algunas de las recomendaciones para el involucramiento del paciente así como algunas acciones inseguras se pueden proponer acciones:

- Definir líneas claras de comunicación a nivel institucional.
- Fomentar la realización de programas de autocuidado por medio de talleres que promuevan la autorresponsabilidad en salud así como la autonomía.
- Generar una cultura de autocuidado en las instituciones, organizaciones y personal de salud.³

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Entre las recomendaciones posibles se encuentran:

- Contar con un equipo de salud interdisciplinario para realizar el alta del paciente, incluyendo médico, psicólogo, trabajador social y enfermera, la cual hará un plan integral de cuidados.
- Contar con materiales didácticos específicos para la enseñanza de los cuidados necesarios del paciente. Por ejemplo, curación de herida, aplicación de insulina, toma de tensión arterial, mecánica corporal, movilización del paciente, cuidados a colostomías, etc.
- Establecer un plan de cuidados en casa para el paciente, el cual deberá ser personalizado, claro y viable para el paciente en cuanto a su estructura familiar y estado físico, social y económico.

- Contar con talleres de habilidades de comunicación que puedan fomentar una comunicación activa entre el equipo de salud y los pacientes.

La participación de los pacientes y de sus familiares en la atención segura depende del adecuado manejo del binomio paciente–equipo de salud, en el cual tanto médicos como enfermeras cuentan con un papel fundamental para lograr la participación activa del paciente y de sus familiares en su seguridad.

Es necesario generar momentos de diálogo con el paciente durante los cuales se trabaje con él acerca de los alcances, las responsabilidades y los límites que se tienen para el mantenimiento de una atención y evolución segura de su estado de salud.

Es necesario darse cuenta de que el responsable del autocuidado del paciente no es sólo el paciente sino también el personal de salud, ya que es este último el capacitado para identificar la inminente necesidad de autocuidado por parte del paciente, lo que podría ayudar a disminuir factores de riesgo tanto en el hospital como en casa colaborando así para cumplir con el objetivo y obligación sanitaria del personal de salud de velar por el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. **Arnoldo K:** Resiliencia y enfermedad. <http://pulsoslp.com.mx/opinion/resiliencia-y-enfermedad/>.
2. **Vergeles BJM:** La importancia del autocuidado en salud. <http://vergeles.blogspot.com/2009/09/la-importancia-del-autocuidado-en-salud.html>.
3. **Palacios BD:** Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. Versión 1.0. <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes/AUTOCUIDADO.pdf>.
4. **Aibar RC:** Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD1.pdf>.

El futuro de la seguridad del paciente y la calidad en la atención médica

Humberto Arenas Márquez

*Nada ha cambiado.
Sólo yo he cambiado.
Entonces todo ha cambiado.*

Upshad
El progreso es la realización de las utopías.
Oscar Wilde

INTRODUCCIÓN

Definición de calidad

Proporcionar la atención correcta, en el momento correcto, por el equipo correcto y en el lugar correcto y así reducir el costo de la atención.

Definición de seguridad

Proceso mediante el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes, lo cual implica la gestión del riesgo, la declaración y análisis de los incidentes y la capacidad de aprender de los mismos para evitar la recurrencia.¹

Sin duda, bajo el escrutinio de estas definiciones el sistema de salud actual de México es insostenible y aunque no se cuenta con datos duros que evidencien la no calidad y la falta de seguridad en nuestro sistema de atención para la salud hay

un hecho irrefutable y medible que es el techo para los costos y no es permisible continuar con una espiral ascendente.² Mejorar la calidad y reducir complicaciones prevenibles son parte de la solución para controlar los costos en una ruta humana, eficiente y equitativa. No es necesario predecir sino crear el futuro en esta área de la seguridad y de la calidad en la atención para la salud revelando una visión de lo que es imaginable y deseable por medio de cambios positivos y proactivos.

OBJETIVOS

Motivar un cambio cultural y proponer acciones fundamentales para implementar la cultura de la seguridad.

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con los datos de la literatura, la prevalencia de eventos adversos relacionados con la hospitalización varía entre 7.5% y 16.6% con una media de 10% dependiendo del país, año y especificidad del estudio.³

De esos eventos 13.7% podría dejar una discapacidad o una secuela permanente y una mortalidad de 4.9%. El estudio ENEAS reporta que 42.8% de los eventos adversos podrían haberse prevenido.⁴

Sin duda, el impacto de una atención ineficiente e inefectiva se manifiesta por medio de complicaciones durante la estancia hospitalaria del paciente o por readmisiones no planeadas y ha sido evidenciado cómo las complicaciones que resultan de procedimientos quirúrgicos tienen profundas consecuencias económicas.⁵

Un ejemplo del impacto de la no calidad y la inseguridad en los costos es la atención médica en el sistema Medicare en EUA. Se gastan en un año 17 000 millones de dólares o 20% de todos los pagos de un año por readmisiones no planeadas.⁶

De igual forma, una evaluación de la calidad de atención en las siete economías más ricas del mundo demostró que en EUA gastan 16% del producto interno bruto, mientras que las seis restantes gastan la mitad de recursos. Sin embargo, en la tabla de posiciones de las evaluaciones de calidad, seguridad, eficiencia, etc., este país ocupa el lugar número siete. Por lo tanto, la respuesta para mejorar la calidad y la seguridad en la atención médica no depende exclusivamente de recursos económicos.⁷

México y la medicina mexicana, por su relación económica con el vecino del norte y por su impacto en la literatura médica, han sido influenciados en la adop-

ción de tecnologías diagnósticas y terapéuticas que aplicadas en los resultados en beneficio del paciente no parecen ser significativas. Por otro lado, se ha adoptado en el país la cultura de la medicina defensiva utilizada en EUA y la sociedad ha adoptado la cultura de la demanda ante la mala práctica o resultados no esperados en la atención de los médicos. No obstante, se deben reconocer los esfuerzos realizados por el Colegio de Cirujanos de EUA (ACS, por sus siglas en inglés) para transformar su sistema de salud basándose en cuatro principios publicados recientemente.⁸ El ACS propone adoptar el programa de mejoría de la calidad basado en cuatro principios clave:

1. Establecer estándares.
2. Construir la infraestructura correcta.
3. Utilizar los datos correctos.
4. Verificar los resultados con expertos externos.

La práctica de los cuatro principios en cualquier sistema de salud del mundo es fundamental para lograr la mejoría de la seguridad y de la calidad, pero especialmente la aplicación del cuarto principio será esencial para que los usuarios y pagadores conozcan por medio de los resultados verificados lo que están obteniendo de los servicios de salud. Estos cuatro principios formarán una base continua de la calidad en la cual hospitales y médicos, armados con herramientas, mediciones y educación aprenderán a mejorar y a mantenerse en una mejoría continua de la atención, lo que conducirá a una reducción en las complicaciones y en el costo.

DESARROLLO DEL TEMA

Cuando un paciente sufre un daño, éste no necesariamente tiene relación con una actuación individual negligente, puede ser una falla de un equipo de salud, el resultado de instalaciones o equipos inadecuados, estar causado por la falta de adherencia a procesos o por una mala comunicación entre el personal del hospital.⁹

Así, podemos dividir en dos grandes secciones los errores que dañan a los pacientes: los denominados latentes, que son fallas en el sistema, y los activos, que son aquellos ocasionados por las diversas personas que actúan directamente en la atención del paciente. Por lo tanto, las acciones para mejorar la seguridad del paciente deberán ser enfocadas en el cambio a nivel sistémico (sistema) y a nivel individual (personas). Estas acciones podrán ser reguladas o autorreguladas. Sin embargo, la seguridad en el sistema de salud nada significará sin la colaboración de los profesionales.

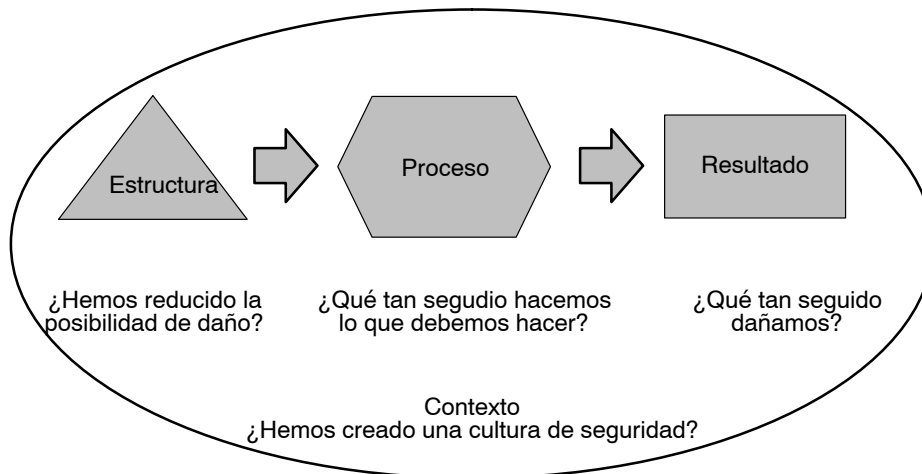


Figura 28–1. Modelo Donabedian para medir la calidad. Tipo de medidas: estructura, proceso, resultado o cultura.

La pregunta que plantea un reto para muchos médicos e instituciones es ¿qué tanto se hace para conocer qué tan segura es la atención al paciente?

El marco de trabajo para entender la seguridad es el modelo de Donabedian, quien categoriza las medidas de acuerdo a la estructura, el proceso y los resultados. La estructura se refiere a cómo está organizada la atención, el proceso es lo que el personal de salud hace y los resultados lo que se logra a través de la estructura y los procesos (figura 28–1).

El contexto de este sistema es la cultura local, la cual afecta a cada componente. En un intento por analizar la seguridad, muchas instituciones se están enfocando en la estructura (presencia de políticas o comités). También pueden medirse los procesos (p. ej., con qué frecuencia son realizadas intervenciones basadas en evidencia) y los resultados (p. ej., con qué frecuencia los pacientes son dañados). Mientras que esos datos pueden ser útiles para guiar cambios en el sistema, las medidas aisladas de estructuras, procesos y resultados pueden ser malinterpretadas e ignorar que tan comprometido está el personal que se encuentra en la línea frontal de la atención segura del paciente. El crear una cultura de la seguridad es la mayor prioridad de la mayoría de los departamentos de cirugía, por ejemplo (figura 28–2).¹⁰

Cultura

La cultura es un factor social prominente que conduce a los beneficios esperados

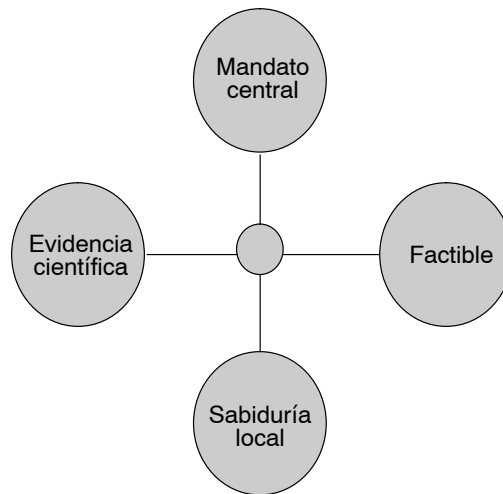


Figura 28-2. Puntos para mejorar la seguridad del paciente.

de una política de acción para mejorar la seguridad del paciente y a su vez crea la capacidad para actuar a nivel político.¹¹

Un cambio cultural es una precondition para la acción y es un componente integral que conduce a las acciones para mejorar la seguridad del paciente y también a una política de resultados.

El cambio cultural es fundamental para la absorción de cualquier forma de innovación en atención para la salud y las personas que participan en él pueden ser divididas en tres grandes grupos: los que adoptan el cambio en una fase temprana, los seguidores y los rezagados. El cambio cultural es más necesario en el último grupo con el fin de captar algunos médicos quienes estén más interesados en la seguridad del paciente a través de la transparencia.

También la cultura es un punto político. La cultura de la seguridad del paciente permite a la gente hablar de los incidentes. La cultura es el elemento más importante en política. Por lo tanto, se requiere de un cambio cultural mayor, en México especialmente en áreas fundamentales como la confianza, el reporte, la transparencia y la disciplina.

El cambio cultural es visible. Por ejemplo, la poca cantidad de reportes de eventos adversos en los hospitales se relaciona con divisiones entre el personal y esas divisiones han sido atribuidas a un pobre liderazgo. Por el contrario, aquellos hospitales en los que la una nueva cultura de seguridad ha tenido un impacto significativo existen muchas menos divisiones entre el personal del hospital.

Existen seis diferentes clases de cultura relacionadas con acciones para mejorar la seguridad del paciente:

1. La cultura de los profesionales (médicos y enfermeras). Un cambio cultural es necesario para mejorar la confianza entre los profesionales y el paciente en términos de actitudes de los profesionales y sus creencias acerca de la atención proporcionada y de cómo compartir la responsabilidad de la atención. Una información clara es crítica para crear una relación más justa entre pacientes y doctores y un mejor entendimiento de las expectativas de unos con otros. Como resultado de este cambio cultural mediado por la información la sociedad tendrá un gran beneficio.
2. La cultura de los líderes en el sistema de salud y de los directores de hospitales. Generalmente Existe poca cooperación entre los líderes y el personal que proporciona la atención, para cambiar esto es necesario cambiar la cultura de la colaboración profesional.
3. La cultura libre de culpabilidad. A los profesionales debe asegurárseles que los reportes realizados no serán causa de castigo.
4. La cultura de la seguridad. A través de este tipo de cultura se crea confianza y confidencialidad y estos factores crearán una disminución en costos.
5. La cultura de la atención centrada en el paciente. Este tipo de cultura dependerá del compromiso del paciente y de la transparencia de la relación entre el paciente y el médico. Esto llevará a un cambio cultural en la atención brindada por los profesionales de la salud centrado en acciones por la seguridad del paciente dirigidas a maximizar un impacto positivo tanto desde el punto de vista social como económico.
6. Finalmente, el impacto social de estas acciones políticas para mejorar la seguridad del paciente será influido por algún grado de cultura individual del paciente.

La seguridad del paciente es de alta prioridad en la agenda política de muchos países, pero la naturaleza política de la misma puede presentar barreras para evaluar el impacto de las acciones. Hay que poner la seguridad del paciente en la agenda política. Por ejemplo, en 2005 en Alemania se presentaron temas de seguridad en los congresos anuales de médicos lo que llevó a la Coalición Alemana por la Seguridad del Paciente.

En México darle valor a la seguridad del paciente en el ámbito político equivale a coordinar la cooperación y la toma de decisiones por la seguridad del paciente de tal forma que dichas acciones sean menos afectadas por los políticos. Aunque el impacto social depende del apoyo político, también depende de los estándares generales de los profesionales y de la motivación de quienes trabajan en la atención a la salud el que se mejoren continuamente los estándares generales de atención al paciente.

Será necesaria una cultura de cambio para implementar de forma efectiva los procesos de cambio enfocados en resultados que se basen en el desempeño de un

equipo que desarrolle la competencia de la comunicación en oposición a la cultura de la práctica individual o el enfoque artesanal de la medicina. Tan solo cambiando la forma en que trabajamos se puede predecir un 80% de reducción de eventos adversos mayores.

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Se requieren seis medidas generales pero esenciales para lograr una transformación del sistema de salud.¹²

Transparencia

Los datos son importantes ya que proveen una razón para llevar a cabo cualquier acción, ayudan a facilitar la comunicación y construyen los equipos de trabajo. Los datos ayudan a los profesionales de la salud a enfocarse individualmente en la pregunta clave de la calidad: “¿qué es lo que piensas que puede dañar a tu paciente este día?” Sin embargo, se debe aceptar que a pesar de que se tengan las mejores herramientas para reportar resultados y, por ende, las complicaciones encontradas, existen claras evidencias en la literatura que demuestran que el cirujano no es el personal más transparente para hacerlo.¹³

Después del cambio, será la transparencia de los datos individuales de los médicos lo que promoverá la continuidad en el cambio, aunque dichos datos tengan una naturaleza inflamatoria y alarmante. Será necesario que el personal de enfermería relacionado con diversos procedimientos quirúrgicos dé seguimiento para determinar con exactitud los resultados de los cirujanos.

Una vez que el cirujano sabe que hay alguien observándolo y preguntando acerca de lo que está haciendo con su trabajo en la institución (efecto Hawthorne) entonces el cirujano tendrá que dar una explicación congruente a sus resultados y cambiará su actitud.

Equipos multidisciplinarios

Sólo trabajando juntos como equipo se mejorará la calidad y la seguridad del paciente en diversos escenarios de atención que van desde el hospital hasta su domicilio. El contar con una plataforma multidisciplinaria permite la evaluación y reevaluación constantes de las condiciones del paciente. Se deben construir planes

de atención considerando a todo el equipo, así como las metas terapéuticas a corto, mediano y largo plazos. Esto requerirá un modelo interdependiente donde la comunicación constante permita el máximo desempeño del equipo, comprometiéndose todos y cada uno de ellos en el logro de las metas del paciente, pero con la mayor seguridad.

En esta plataforma multidisciplinaria cada uno de los integrantes deberá proveer una atención basada en evidencia pero apropiada para el paciente de acuerdo a sus necesidades. Este enfoque impulsará la responsabilidad, mejorará la eficiencia de las medidas adoptadas y producirá resultados superiores en forma consistente y de menor costo.

Sólo a través de un trabajo en equipo responsable y centrado en el paciente se podrán satisfacer de forma eficiente las necesidades de cada uno de ellos y brindar disponibilidad cuando y donde sea necesario las 24 h del día los siete días de la semana.

Los equipos multidisciplinarios en los cuales todos los miembros son empoderados para trabajar hacia la calidad por medio de un diálogo a través de las disciplinas, de compartir información bajo una cultura de colaboración, serán esenciales para reducir complicaciones y mejorar la calidad e incluso reducir aún más una tasa baja de complicaciones que se creía imposible de alcanzar.

Más que contar con una mayor infraestructura tecnológica será la actitud del personal de salud la que será capaz de detectar tempranamente las complicaciones y buscará solucionarlas de forma óptima. Se debe enfatizar que todos los seres humanos podemos ocasionar daño simplemente por el hecho de ser humanos, pero es la respuesta del equipo la que determina finalmente el daño.

El paciente y su responsabilidad

Tradicionalmente el paciente no ha participado en la seguridad de la propia atención que recibe. En el futuro, la participación del paciente y de la familia será esencial para lograr las metas de calidad y seguridad, eficiencia y mejores resultados. Será fundamental el diálogo entre la profesión médica y la sociedad. No obstante, se debe hablar al paciente y a la familia de una forma que ellos puedan entender de manera que se les otorgue el poder de tener el control de su cuidado. El médico y su personal relacionado se convertirán en entrenadores que les ayudarán a controlar su automanejo.

Un paciente bien informado contribuirá al sistema de seguridad reconociendo y respondiendo a problemas y compartiendo experiencias de las que otros puedan aprender. Por ejemplo, está demostrado que el daño nutricional es la causa líder de complicaciones y muerte de los pacientes quirúrgicos, pero es posible influenciar dramáticamente el resultado quirúrgico considerando el estado nutricional

del paciente antes de la operación. Así, un paciente enterado de las repercusiones de su estado nutricional en el resultado de su tratamiento demandará que esta área tan olvidada por los médicos sea considerada fundamental en el futuro. Los pacientes serán socios esenciales y respetados en el propio diseño de su atención.

Cuando los pacientes estén más informados estarán más dedicados a su propia atención, tendrán expectativas más razonables y participarán en el proceso de la toma de las decisiones.

Disfrutar de la profesión

No habrá seguridad en el sistema de salud mientras los que atienden al paciente no perciban el valor de su trabajo ni encuentren placer y sentido en él.

La motivación de los médicos radica en su importancia. Los médicos más felices y plenos no son aquellos que han amasado fortunas, sino aquellos que han hecho una gran diferencia en la vida de otros.¹⁴

Los mayores enemigos son la apatía, la indiferencia, la pérdida de visión y la pérdida del sentido de la profesión.

Que los médicos sean inquisitivos será fundamental en las nuevas generaciones. Igualmente importante será que mantengan la mente abierta a las innovaciones tecnológicas, pero aquellas que realmente beneficien al paciente. La medicina basada en la evidencia será la llamada del día, pero habrá que practicarla. Sin embargo, lo más importante será crearla simplemente analizando los resultados obtenidos. Así y sólo así cada médico será significativo para la profesión de la medicina.

Será necesario crear un ambiente de trabajo adecuado que favorezca la búsqueda del gozo del trabajo, especialmente bajo el liderazgo de un ser humano que motive la conciencia y sea comprometido, íntegro y auténtico. Finalmente, lograr ese gozo también depende de remedios locales y personales.

Reformas en la educación del médico y personal asociado

Será esencial re estructurar los planes de estudios de los futuros médicos reduciendo la adquisición de hechos científicos y enfatizando en el desarrollo de habilidades, conductas y actitudes que son necesarias para lograr el cambio cultural, como serán el manejo de la información, el entendimiento de los conceptos básicos de la interacción humana, la seguridad del paciente, la teoría de los sistemas y la calidad en la atención para la salud, la gestión administrativa, las habilidades de comunicación y el trabajo en equipo. Aunque todo el personal relacionado con la atención para la salud necesita la adquisición de esas habilidades no técnicas,

será fundamental iniciar estas reformas en los futuros médicos debido a que sus decisiones influyen en la atención que todos los otros profesionales de la salud proporcionan.^{15,16}

Si lo que se pretende es mejorar el desempeño de los profesionales que atienden al paciente esto debe reflejarse en el propio proceso de pensamiento y en las acciones futuras de dicho personal. Sólo entrenando en la fisiopatología de los errores, su reconocimiento, las opciones para corregirlos y las estrategias para evitar su recurrencia se podrá mejorar la seguridad en la atención clínica.

El equipo que presenta este capítulo creó un sistema para el desarrollo profesional a distancia basado en la práctica deliberada, la reflexión y la toma de decisiones basados en un caso clínico real en el que se han presentado complicaciones quirúrgicas y que ha sido documentado.¹⁷ Durante su evaluación, al profesional de la salud se le permitirá contestar mediante preguntas de opción múltiple tres interrogantes básicas:

1. ¿Por qué se presentó el error?
2. ¿Cómo se resolvió?
3. ¿Cómo se pudo haber evitado?

Liderazgo

Se entiende como líder aquel individuo comprometido con realizar un futuro que no sucederá de cualquier manera. Uno de los obstáculos más significativos para desarrollar programas de mejoría de la calidad y la seguridad es la inconsistencia del liderazgo.

Por lo tanto, el primer paso y el más importante para que los hospitales logren una verdadera mejoría en la calidad es que enfermeras y médicos de cada hospital junto con la dirección ejecutiva y en algunos casos los miembros del Consejo se comprometan como líderes que son a lograr los niveles más altos de seguridad para el paciente.

El liderazgo de los hospitales y de los médicos puede crear planes de acción para hacer una reingeniería de flujos de trabajo, fomentar y mejorar la educación interna y desarrollar iniciativas de mejoría en el desempeño clínico.

Deberá invertirse en la educación de los médicos y personal de salud para crear líderes que practiquen el liderazgo ontológico, aquél que tiene que ver con el ser. Los tres elementos fundamentales del liderazgo son la integridad en la palabra, el compromiso y la autenticidad.¹⁹

Integridad

Un líder que honra su palabra desarrolla confianza. Cumplir con la palabra proporciona un acceso inequívoco y efectivo, una oportunidad para un rendimiento

superior y una ventaja competitiva a nivel individual, organizacional y social y faculta los tres fenómenos relativos a la virtud de la moral, la ética y la legalidad. Por otro lado, sin integridad nada funciona.

Compromiso

La evidencia del ser comprometido es la pasión que se pone en lo que se ha comprometido a hacer, siendo implacable al perseguir su realización e impávido ante los obstáculos que se encuentren en la ruta para conseguirlo. Contra estos estándares es como debe medirse el compromiso.

Si queremos lograr la meta de mejorar la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes será esencial desarrollar líderes. Cuando una persona se convierte en líder y ejerce el liderazgo entonces y sólo entonces todas las posibles rutas de ser y acciones posibles están disponibles para esa persona.

Autenticidad

El ser y actuar es consistente con el yo para con otros y para uno mismo. Siendo auténtico se es capaz de ser correcto sin el uso de fuerza.

MODELOS NOVEDOSOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD. UNIDADES DE PRÁCTICA INTEGRADA²⁰

Los problemas en la atención de la salud derivan de la estructura con que se otorgan los servicios. Es decir, cómo se organizan, manejan, miden y pagan actualmente los servicios de salud.

El enfoque de la calidad se ha dirigido hacia el cumplimiento de los procesos y no hacia los resultados obtenidos con ello. El sistema de salud deberá enfocarse en orientar a los pacientes hacia los mejores proveedores (aquellos que producen los mejores resultados) y no sólo proporcionar bonos por cumplir su adherencia a guías clínicas y reglas administrativas.

En el futuro la evolución de los modelos de reforma en la atención deberán tener como objetivo el incrementar el valor con acciones como la detección temprana de un evento adverso, el diagnóstico correcto, el tratamiento apropiado y el uso de métodos de tratamiento menos invasivos.

Por lo tanto, el enfoque deberá estar en la naturaleza de la competencia a nivel de enfermedades y condiciones específicas. Los sistemas deberán ser incentivados por incrementar su valor y la información estará accesible a los proveedores, tanto de sus resultados como de sus costos. Así, el consumidor de los servicios podrá tener libre elección para seleccionar en base a ese valor.

Asociaciones responsables²¹

Las organizaciones de atención responsables son aquellas que proporcionan servicios para la salud por medio de proveedores que son responsables de la calidad y el costo total de la atención a los beneficiarios que le son asignados y que están enrolados en un programa de pago por servicio. Los médicos y los hospitales serán elegibles para compartir cualquier ahorro que ellos generen de la atención proporcionada a sus pacientes trabajando juntos hacia estándares de alta calidad.

Sin embargo, cualquiera que sea el modelo de atención para la salud en el que se practique es recomendable hacerlo bajo los cuatro principios:

- 1. Establecer estándares.** Identificar y establecer los más altos estándares clínicos basados en previos resultados y otras evidencias científicas que puedan ser individualizados de acuerdo a las condiciones del paciente.
- 2. Construir la infraestructura correcta.** Tener en el lugar apropiado las estructuras adecuadas, como son el nivel de dotación de personal, el número y el tipo de especialistas y el equipo apropiado. Más recientemente, la lista de verificación y la tecnología de la información comenzaron a ser un componente integral de esta infraestructura.
- 3. Buscar datos robustos y contar con una base de datos.** Cirujanos y hospitales tienen que analizar los resultados de la mejor forma posible para asegurarse de que están mejorando. Se debe seguir a los pacientes después de las intervenciones y mirar de forma tangible los resultados con riesgos ajustados, incluyendo la tasa de sobrevida, la tasa de infección, etc.²²

Los datos clínicos del expediente del paciente pueden ser comparados con los de otros hospitales del país y son lo que los médicos, cirujanos y hospitales necesitan para conducir el cambio.

Por otro lado, a través de la infraestructura de la tecnología de la información se podrá seguir mejor la pista de datos quirúrgicos desde la primera visita del paciente a la clínica, a través del sistema de salud, incluyendo actividades como el retorno al trabajo y las medidas especiales como resultados de tratamientos de cáncer y ortopédicos.²³ La medición de datos es especialmente apropiada en cirugía debido a que hay un punto de inicio y un punto final, lo cual permite a los cirujanos y a los hospitales “mantener el marcador” con seguridad y comparar sus resultados con estándares nacionales.

Los médicos, cirujanos y enfermeras deben ser la mayor voz en las instituciones cuando los protocolos de mejoría de la calidad están siendo establecidos. Los cirujanos deben ser los guardianes en contra de cualquier esfuerzo de los administradores o reguladores por utilizar los datos de calidad para medidas punitivas o disciplinarias. Tan pronto aparezca este tipo de acciones, el mismo personal detendrá el reporte de datos.

- 4. Verificar la acreditación de las instituciones.** Permitir a una autoridad externa que periódicamente verifique que los procesos y la infraestructura correcta están en su lugar, que los resultados han sido medidos y comparados y que los hospitales y los proveedores están respondiendo proactivamente ante esos hallazgos.

Para ser acreditados dichos centros deben de mantener ciertos recursos físicos y humanos y una práctica estandarizada, así como el reporte en una base de datos de los resultados en sus pacientes y una evaluación independiente de tales resultados.

Verificación de la acreditación de los profesionales

Para operar en un sistema de salud o en un hospital se requiere haber terminado una residencia y tener certificación, recomendaciones personales y volumen de casos. Hace una década se propuso un marco legal y pragmático de evaluación de la competencia profesional por medio de una recertificación estatal periódica y la aplicación, a través de la tecnología, de un sistema de retroalimentación de resultados que nos permita supervisar el desempeño e identificar y estimular a aquellos médicos que dan la mejor calidad de atención. De igual forma, identificar a aquellos que no están cubriendo tales estándares para ofrecerles alternativas educacionales de mejoría o sancionarlos en caso de recurrencia.²⁴ Sólo así, con esos argumentos, los médicos cirujanos podrán evaluar su competencia, por lo que el mantenimiento de la certificación tendrá que ser hecho a la medida de la práctica quirúrgica. Esta es la única forma de garantizar una mejor atención a los enfermos.

Incentivos—pagos a los proveedores de atención para la salud²⁵

Hay tres elementos claves que deben ser establecidos en todos los hospitales para ir hacia una mejora continua de la calidad: liderazgo, infraestructura e incentivos.

En el futuro la meta será pagar por el valor clínico, lo cual es evidenciado por los procesos de atención, los resultados en el paciente y el control de los costos. La evaluación de un cirujano estará basada en la calidad de atención antes, durante y después de la cirugía. No sólo será la atención clínica, sino también su desempeño económico. Por lo tanto, los hospitales deberán estar interesados en cirujanos que apoyen el liderazgo organizacional para la mejora de la calidad. Se deberán analizar los incentivos y las penalidades.

Estrategias de pago basadas en la calidad

Ligar el pago a procesos de atención basados en evidencia

Un enfoque básico de pago ligado a la calidad será vincular incentivos financieros a intervenciones específicas y procesos asociados con atención de calidad, como puede ser la profilaxis antimicrobiana y de tromboembolismo venoso.

Penalizando errores y eventos de “nunca más”

Otro enfoque del pago basado en la calidad es penalizar errores médicos y complicaciones prevenibles como cuerpos extraños retenidos, ciertas infecciones de herida quirúrgica, mediastinitis después de cirugía bariátrica.

Penalizando readmisiones

Los pacientes que han experimentado un evento de seguridad estando hospitalizados tienen 47% más probabilidades de ser readmitidos en un lapso de tres meses.²⁶

Ligando el pago a la satisfacción del paciente

Hacer evaluaciones enfocadas en la percepción del paciente acerca del proveedor en cuanto a comunicación y capacidad de respuesta. Aunque esto es controversial, manteniendo un ambiente centrado en el paciente se construye una sólida comunicación que ayudará a asegurar una calidad continua en la atención.

Compartiendo calidad se generan ahorros

Algunos modelos de pago motivarán la calidad al permitir que tanto el hospital como el médico compartan ahorros generados por las mejoras en la calidad. Por ejemplo, un pago por paquetes de acciones para mejorar la calidad en episodios definidos de atención. A aquellas organizaciones o proveedores que logren contener costos (por medio de la reducción de complicaciones, una tasa baja de readmisiones o el mejor uso de recursos, por ejemplo) se les permitirá acceder a un pago por paquete de acciones. Este es un elemento que permitirá promover Organizaciones de Atención Responsable (ACO). Dado el alto costo de las complicaciones quirúrgicas, el éxito bajo esos acuerdos motivará un movimiento hacia la calidad quirúrgica.

Atando pagos a resultados clínicos

Ligar el resultado al pago es una meta ambiciosa, pero existirá un fuerte interés en crear este modelo de pagos basados en resultados de calidad, no sólo en proce-

sos de calidad. Esto incluirá la medición de la seguridad del paciente como la sepsis postoperatoria, la dehiscencia de la herida y el trombo—embolismo pulmonar. Basados en la tecnología de la información se podrá vincular el registro de datos clínicos con los verdaderos resultados quirúrgicos.

El fundamento básico es que una respuesta efectiva esté ligada a un pago basado en la calidad, lo que debe abarcar no sólo los esfuerzos por mejorar la atención clínica en el quirófano mismo sino también que tales iniciativas optimicen todo el departamento de cirugía de un hospital.

Para ser capaces de liderar esta transformación los médicos cirujanos necesitarán ser maestros en todo un rango de procesos organizacionales que afectan el resultado quirúrgico. La clave será identificar y controlar todos los procesos que contribuyen a una cirugía segura y de calidad.

LECCIONES APRENDIDAS²⁷

El futuro de la medicina radica en la mejora de la calidad y la seguridad

La atención de la salud en México está fragmentada y es inalcanzable para muchos de nuestros ciudadanos a pesar de la cobertura universal brindada por el Seguro Popular. Todo mundo está investigando activamente cuáles podrían ser las soluciones que permitan reducir costos y mejorar el acceso a la atención.

Múltiples estudios del ACS, de su programa de mejoría de la calidad, han confirmado que pueden ahorrarse costos al reducir la tasa de complicaciones quirúrgicas y mejorar la calidad de la atención. Los sistemas de salud también están enfocados en otro importante aspecto de la calidad, que es reducir la variabilidad de la forma en la que se proporciona la atención, lo cual requerirá una adherencia a las mejores prácticas basadas en evidencia y menos margen de maniobra en cuanto a la manera en la que las operaciones son realizadas. Los resultados demuestran que tales estándares de atención pueden salvar vidas. Los nuevos modelos de pagos están también motivando a los cirujanos a ser parte de estos esfuerzos holísticos para prevenir readmisiones de pacientes.

Se puede medir la calidad y la seguridad

La mejoría de la calidad beneficia incluso a los hospitales de alto desempeño. Existen ciertos hospitales que han sido capaces de alcanzar la tasa cero de ciertas complicaciones simplemente estandarizando y haciendo cumplir las mejores

prácticas de alta confiabilidad. Aunque algunas complicaciones son inevitables debido a los factores de riesgo del paciente, hay hospitales que han demostrado que lo que están realizando permite lograr mejores resultados, incluso en esos pacientes, que la sabiduría convencional actual. Algún día, una mayor transparencia acerca de los resultados quirúrgicos de los hospitales podría ayudar a los pacientes a tomar mejores decisiones acerca de lo que ellos reciben como atención.

Es esencial contar con datos de alta fiabilidad para mejorar la calidad

Los cirujanos harán cambios en la forma en que trabajan si se les dan datos de desempeño en los que ellos mismos puedan confiar. Los anestesiólogos, las enfermeras y otros miembros del equipo de atención serán también motivados por datos que muestren los esfuerzos por mejorar la calidad, los cuales están haciendo la diferencia.

En una cultura de apoyo prospera la calidad

¿Qué hacer para moverse del pasado “basado en la eminencia” en el cual la autoridad fue seguida sin ningún cuestionamiento a un presente “basado en evidencia” en el cual cada miembro del equipo de atención es empoderado para ayudar a lograr una mejora en la calidad? Hospitales y cirujanos han compartido sus experiencias motivando un trabajo en equipo y una mentalidad de calidad en los departamentos quirúrgicos, incluyendo médicos, enfermeras y personal no clínico. Los administradores de los hospitales deben estar comprometidos para crear tal ambiente y establecer expectativas acerca de la calidad de tal forma que la cultura de cambio pueda tomar efecto.

Colaborar conduce a la innovación y a la más alta calidad

Las iniciativas funcionan debido a que los hospitales y los cirujanos capturan y diseminan las medidas innovadoras que tienen lugar en los pisos de los hospitales, hospital por hospital, departamento por departamento, operación por operación. La calidad es un esfuerzo de equipo.

Los cirujanos deben liderar la calidad en el quirófano, en los niveles más altos de gobierno y en el aula de clase

La mejora continua de la calidad demanda liderazgo quirúrgico a nivel hospitalario, pero también a nivel estatal y federal. Los cirujanos deben también liderar

la educación y el entrenamiento. Los institutos de educación deben ayudar a asegurarse de que los cirujanos se mantienen actualizados en las mejores prácticas y técnicas. También deben darse a los estudiantes de medicina y residentes quirúrgicos oportunidades para practicar la mejoría de la calidad y la seguridad del paciente en el ambiente clínico. Es necesario preparar a la siguiente generación de cirujanos para cumplir la misión de mejorar la calidad de atención para nuestros pacientes quirúrgicos.

Todos los interesados deben proponer y mantener un compromiso político para el cambio cultural de diversos participantes, incluidos los pacientes. No debe haber disputas entre los propios profesionales ni entre ellos y los pacientes. Por el contrario, a través de una acción política los profesionales de la salud deben unirse y dialogar con la sociedad para defender los derechos de los pacientes en cuanto a recibir una atención óptima se refiere. Es el momento de sumar alianzas estratégicas que permitan planificar y verificar la buena práctica de la profesión médica en el mediano plazo. Es el momento de tomar parte activa en las decisiones para reformar el sistema de salud, supervisando las acciones diarias de los profesionales. Los profesionales valorarán el sentido que tiene su profesión sólo cuando den lo mejor de sí mismos a los pacientes.

CONCLUSIONES

A los médicos actuales les ha tocado vivir en México y en su sociedad una época de cambios, los cuales son inevitables si queremos modificar la situación actual. Los médicos en especial no pueden cerrar los ojos ante lo que es inevitable; al contrario, deben reconocer la necesidad de tales cambios o, aún mejor, participar y liderarlos pensando siempre en el óptimo servicio al paciente.

Con un sistema como el propuesto no hay perdedores, pues se beneficiará a los profesionales de la salud pero sobre todo a los pacientes.

Se requiere de una transformación del sistema de salud a través de un proceso gradual, progresivo y participativo que permita una mejora en la calidad de atención y genere mayores oportunidades para los mejores profesionales.

Como profesional de la atención para la salud si trabajas más, si se trabaja con estándares, si se lucha por el propio desarrollo profesional, si se realiza la práctica con profesionalismo y ética, si se obtienen mejores resultados gracias al trabajo en equipo de cada uno de los profesionales, entonces y sólo entonces mejorará la autoestima de cada uno de ellos, así como sus beneficios económicos.

REFERENCIAS

1. **Arenas MH, Anaya PR:** Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúr-

- gica. *Cir Ciruj* 2008;76:355–361.
2. **Ruelas RB, Concheiro AA:** *Los futuros de la salud en México 2050*. 1ª ed. Consejo de salud general, 2010; 401–422.
 3. **Michel P, Quenon JL, Dijjoud A, Tircaud VS, Saraqueta AM:** French national survey of in patient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care* 2007;16:3269–3277.
 4. Secretary of Health Quality Agency Administration National Health System: *National Study on Hospitalization-related Adverse Events (ENEAS) 2005*. February 2006. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs Technical Secretary Publications Centre. Febrero de 2006.
 5. **Fry DE, Pine M, Jones BL, Meimbam RJ:** The impact of ineffective and inefficient care on the excess costs of elective surgical procedures. *J Am Coll Surg* 2011;21:779–786.
 6. *Healthcare Cost Annual Institute Annual Expenditure Summary 2007*. http://www.health-constitute.org/files/HCCL_HCCUR_2010_Appendices.pdf.
 7. **Farnell MB:** Surgery 2010: finding the silver lining on a cloud of regulation. *J Am Coll Surg* 2011;213:1–9.
 8. **Schneidman D:** ACS NSQIP conference participants inspired to take QI to the next level. *Bull Am Coll Surg* 2012;97:63–67.
 9. **Arenas MH, Anaya PR:** Error médico y complicaciones quirúrgicas: la lesión de la vía biliar como modelo de análisis. *Cir Gen* 2012;34(S2):128–133.
 10. **Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D et al.:** Patient safety in surgery. *Ann Surg* 2006;243:628–635.
 11. **Conklin A, Vilamovska AM, Han de V, Hatzianreou E:** *Improving patient safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action*. 2008. <http://www.rand.org/randeurope>.
 12. **Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P et al.:** Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009;18:424–428.
 13. **Lawson EH et al.:** A comparison of clinical registry versus administrative claims data for reporting of 30-day surgical complications. *Ann Surg* 2012;256:973–981.
 14. **Sherif E:** The quest for significance. *Bull Am Coll Surg* 2011;96:28–32.
 15. **Peregrin T:** Emerging trends in lifelong learning. *Bull Am Coll Surg* 2013;98:9–17.
 16. **Hull L, Arora S, Aggarwal R, Darzi A, Vincent C et al.:** The impact of nontechnical skills on technical performance in surgery: a systematic review. *J Am Coll Surg* 2012;214:214–230.
 17. **Arenas MH, Hernández ZJ, Barrera ZL, Flores MR, Chávez PR:** Cadena de errores en apendicectomía laparoscópica. *Cir Ciruj* 2012;80:379–384.
 18. **Halverson AL, Saunders DA, Rikkers L:** Leadership skills in the OR. Part 1 Communication helps surgeons avoid pitfalls. *Bull Am Coll Surg* 2012;97:8–14.
 19. **Souba WW:** The being of leadership. *Philosophy, Ethics Humanities Medicine* 2011;6:1–11
 20. **Hoyt BD:** Looking forward. *Bull Am Coll Surg* 2011;96:4–5.
 21. **Ganske I, Abbott MM:** Accountable Care Organizations: a primer for surgeons. *J Am Coll Surg* 2012;214:798–805.
 22. **Hall BL, Hamilton BH, Richards K, Bilmoria KY, Cohen ME et al.:** Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Quality Improvement Program: an evaluation of all participating hospitals. *Ann Surg* 2009;250:363–376.
 23. <http://www.informationweek.com/healthcare/admin-systems/va-awards-55millioncontract-for-surgic/231901534>.

24. **Arenas MH:** Calidad en salud y su relación con el proceso de certificación y recertificación. *Ciruj Gen* 2002;24.
25. **White JV, Young D, Mahal C, Peters JA:** Surgical leadership In the era of quality-based payment. *Bull Am Coll Surg* 2013;98:22–28.
26. [http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTTH SSI Fact Sheet.pdf](http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/CTTH_SSI_Fact_Sheet.pdf).
27. **Hoyt DB:** Looking forward. *Bull Am Coll Surg* 2013;98:8–10.

Las tecnologías de la información y la comunicación y la seguridad del paciente, su influencia

José Antonio Sergio Ruy-Díaz Reynoso

INTRODUCCIÓN

Desde los tiempos de Hipócrates los médicos han tenido la responsabilidad fundamental de proteger a sus pacientes de cualquier daño accidental.

La complejidad de la atención quirúrgica, tanto técnica como organizativa, junto con la velocidad con la que cambia y se transforma el conocimiento científico de la cirugía hacen que la práctica quirúrgica no esté exenta de riesgos. Para evitarlos es necesario identificar qué procedimientos quirúrgicos, tanto diagnósticos como terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita, y realizarlos correctamente y sin errores.

Cuando eso no se consigue se produce un efecto adverso, entendido como todo daño o complicación no intencionada consecuencia de los cuidados de salud, tanto por acción como por omisión y no de la enfermedad en sí misma. Los efectos adversos consecuencia de la atención quirúrgica son un problema emergente y representan una causa importante de morbimortalidad.¹

La mejora de la seguridad de los pacientes es una acción prioritaria en prácticamente todos los Sistemas de Salud.

Como respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMSP), en la que se insta a la propia OMS y a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes.

Esta iniciativa global tiene como misión la promoción de la sensibilidad y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoyar a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas que mejoren efectivamente la seguridad de los pacientes.

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) pueden hacer importantes contribuciones que son fundamentales hacia la creación de mejores sistemas de seguridad en la atención del paciente en concordancia con lo que de manera global se ha planteado en la AMSP, a través de las siguientes acciones:

1. Mejorar el acceso a la información.
2. Reducir la dependencia de la memoria.
3. Aumentar la vigilancia.
4. La contribución de las tres anteriores a la estandarización de los procesos.²

LA INFORMÁTICA MÉDICA EN LA PROVISIÓN DE UNA ATENCIÓN QUIRÚRGICA SEGURA. CÓDIGO DE BARRAS

Algunos de los elementos críticos para la prestación de una atención quirúrgica segura incluyen montar una imagen comprensiva de pacientes individuales y sus problemas, identificar y organizar el conocimiento biomédico adaptándolo a las condiciones específicas de cada paciente, aplicar este conocimiento de manera adecuada y efectiva, dar seguimiento al momento de los efectos de la enfermedad y los tratamientos en el paciente y detectar y evitar errores que podrían dañar al paciente. La informática ha demostrado su aplicabilidad y pertinencia en cada una de esas tareas.³

Es así como la implementación de diversas herramientas informáticas ha sido una de las principales estrategias en la seguridad de los pacientes. De estas herramientas, una de las principales tecnologías empleadas por la informática médica es el código de barras, que podríamos definir como una "clave Morse óptica" consistente en una serie de barras negras y espacios en blanco de diferentes anchos impresos sobre una etiqueta. Las etiquetas de código de barras son leídas con un escáner (unidad de rastreo) que mide la luz reflejada e interpreta así la clave en números y letras que son transmitidas a una computadora o vía internet a un sistema de información (figura 29-1).⁴

Este sistema fue diseñado en 1949 por Norman Woodland y Bernard Silver para identificar artículos exclusivos. Se trataba de una "diana" (*bull's eye code*) hecha mediante una serie de círculos concéntricos blancos y negros.

El sistema de código de barras más conocido es el UPC (*Universal Product Code*), introducido por primera vez en el año 1973 y que actualmente se encuentra en la mayoría de los productos de venta al consumidor.



Figura 29-1. Lector inalámbrico de código de barras.

En 1977 apareció el sistema EAN (figura 29-2), desarrollado en Europa, totalmente compatible con el UPC y más tarde generalizado internacionalmente.^{4,5} En la actualidad, ambos sistemas se utilizan de manera indistinta en todo el mundo. En el sector salud este sistema fue implementado al inicio de la década de 1980, principalmente como un sistema de control administrativo de suministros médi-



Figura 29-2. Código de barras en el sistema EAN.

cos y más adelante, con el perfeccionamiento de la gestión clínica, se comenzó a utilizar para administrar la información de los pacientes. Hoy en día se ha convertido en estándar de uso dentro de los sistemas de atención médica.⁶

Entre los beneficios de la utilización del código de barras en la atención quirúrgica se pueden señalar:

1. La posibilidad de establecer un enlace entre el equipo biomédico para el diagnóstico y los sistemas de información hospitalaria, haciendo más eficiente el proceso de atención pues permite no sólo identificar al paciente sino también asociar los resultados de pruebas diagnósticas con el registro individual del paciente.⁷
2. La reducción en el tiempo de identificación del paciente en procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, pues se evita la posibilidad de error que puede aparecer con la captura manual de los datos de un paciente en particular en cada uno de los procedimientos a los que es sometido y permite llevar un control del almacén hospitalario sobre el consumo de medicamentos e insumos médicos.
3. Reducción de errores en la asignación del tratamiento farmacológico para los pacientes, en particular identificando posibles alergias o errores en la dosificación. Entre los departamentos hospitalarios donde este sistema ha aportado mayores beneficios se encuentra el banco de sangre, donde ha reducido drásticamente los errores devastadores en la administración de hemoderivados (figura 29-3).⁸

Un elemento prometedor del sistema de código de barras es la pulsera de identificación (figura 29-4), la cual consiste en una simple pulsera con el código de barras correspondiente al paciente impreso en ella. La pulsera se le coloca al paciente al ingresar y permite una identificación positiva e individualizada en todo momento durante su estancia hospitalaria.

LA WEB 2.0, LAS REDES SOCIALES Y SU APLICACIÓN A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el continente americano habitan más de 590 millones de personas, de las cuales 34.6% son usuarias de internet. De 2000 a 2010 el acceso a internet en la región aumentó en más de 1 000% llegando a representar en la actualidad 10.1% de la población total que accede a internet.⁹

La web es un modelo secuencial, lineal y unidireccional donde el creador de una página (o sitio) decide qué contar y cómo contarlo y el resto de cibernautas



Figura 29–3. Código de barras en hemoderivados.

puede decidir leerlo o no, y comienza con la construcción de su propia red mediante la inclusión de enlaces a otras páginas. Tiene sus orígenes a principios de 1990 en Suiza, en la Organización Europea para la Investigación Nuclear (CERN). La idea fue de Tim Berners-Lee, que se gestó observando una libreta que utilizaba para añadir y mantener referencias de cómo funcionaban las computadoras



Figura 29–4. Pulsera identificadora con código de barras.

en el CERN. Antes de la web la manera de obtener datos desde internet era caótica, había un sinnúmero de maneras posibles por lo que había que conocer múltiples programas y sistemas operativos. La web introdujo un concepto fundamental: la posibilidad de lectura universal, que consiste en que una vez que la información esté disponible se pueda acceder a ella desde cualquier computadora, desde cualquier país, por cualquier persona autorizada, usando un único y simple programa. Para que esto fuese posible, se utilizaron una serie de conceptos entre los cuales el más conocido es el hipertexto.

Con la web los usuarios novatos podrían tener un tremendo poder para hallar y tener acceso a la riqueza de información localizada en sistemas de cómputo de todo el mundo. Con el crecimiento extraordinario de internet y la aplicación de nuevas tecnologías la web inició una transición desde el año 2004, que coincide con la explosión de las redes sociales. Surge así la web 2.0 como un modelo colaborativo donde los sitios web no son construidos únicamente por sus creadores sino con la colaboración del resto de internautas. Así pues, está comúnmente asociada con un fenómeno social basado en la interacción que se logra a partir de diferentes aplicaciones en la web, las cuales facilitan el compartir información, la interoperabilidad, el diseño centrado en el usuario o DCU y la colaboración en la *world wide web*. El término web 2.0 fue acuñado por Tim O'Reilly¹⁰ en 2004 para referirse a una segunda generación de web basada en comunidades de usuarios y una gama especial de servicios como las redes sociales, los blogs, los wikis o las folclonomías, que fomentan la colaboración y el intercambio ágil de información entre comunidades de práctica, lo cual es un salto cualitativo en comparación con la web anterior. Para poder lograr esta interactividad, la web 2.0 emplea numerosas nuevas tecnologías (cuadro 29–1).

Cuadro 29–1. Principales TIC empleadas por la web 2.0

Tecnología	Aplicación en la web 2.0
XML, XHTML, microformatos, CSS	Permiten el marcado semántico de la información y su transmisión entre pares no tecnológicamente similares, logrando la interoperabilidad
RSS, ATOM	Permiten, mediante formatos adaptados a partir de las tecnologías anteriores, la redifusión y agregación de contenidos
AJAX	Tecnologías cliente no intrusivas que enriquecen las aplicaciones web
Widgets, gadgets, mashups	Microcomponentes o macrocomponentes que se pueden combinar para crear aplicaciones híbridas, mediante API's abiertos
WYSIWYG	<i>What you see is what you get</i> , tecnologías que permiten que al editor de un sitio web, ver sobre la marcha cómo va a quedar publicada su información

Por otra parte, se entiende que internet puede suponer un canal válido en casos de molestias o dudas en presencia de enfermedad. En estos casos de enfermedad propiamente dicha, internet no parece ser un sustituto de la consulta médica. En el cuadro 29–2 se describen las principales redes sociales que pueden tener aplicaciones en la salud.

Estar conectado al mundo que nos rodea nunca ha sido tan fácil y accesible como hoy en día. Pero no inició de esta manera. Después de que internet hizo posible estar al alcance de otras personas alrededor del mundo con tan sólo un click de un botón, las redes sociales se convirtieron en tan sólo un lustro en una de las más grandes industrias de nuestros tiempos. Estamos en la era de la *e-health* o e-salud. La comunicación es fundamental en la prevención del error médico, la web 2.0 y las redes sociales han mejorado notablemente la comunicación con el paciente y es precisamente en esta línea donde estas tecnologías pueden aportar el mayor beneficio a la seguridad del paciente. Con una comunicación más expedita y oportuna se puede lograr una disminución en los errores de medicación y dosificación, por ejemplo, o se puede dar un seguimiento prácticamente en tiempo real del postoperatorio de un paciente en particular teniendo acceso en línea a su expediente médico electrónico e intercambiando información a través de las redes sociales.

España ha sido uno de los países europeos con mayor crecimiento en el concepto de e-salud. Actualmente más de 70% de los hospitales y centros de especialidades disponen de conexiones superiores a 6 Mbps y 91% de los centros de salud se encuentran conectados a sus respectivas redes corporativas con anchos de banda superiores a 1Mbps.¹² Asimismo, en el sistema de salud español 42% de las farmacias dispensan medicamentos electrónicamente. La receta electrónica está operativa en 40% de los centros de salud y disponible para 26% de la población. Estos avances han logrado una disminución significativa en los errores de prescripción y han permitido un mejor apego a los tratamientos. Sin embargo, aún es muy poca la población que tiene acceso a estas tecnologías.

Se ha demostrado que las opiniones sobre salud en internet, sin ser un indicador decisivo de la fiabilidad de la información encontrada, pueden influir y ser decisivas en la modificación de puntos de vista de otros consumidores de información.¹³

Un estudio reciente muestra que la salud todavía no está presente en las redes sociales y que sólo el 12% de la muestra seleccionada que participa en estos canales lo hace para tratar temas de salud.¹¹

Existen redes sociales generales sin una temática determinada, pero que pueden tener una aplicación directa en los temas de salud y, por supuesto, aquellos relacionados con la seguridad de los pacientes y espacios de conocimiento de carácter temático y especializado. En el caso de la atención en salud, algunos ejemplos son:

Cuadro 29–2. Redes sociales y su posible aplicación en e–salud

Red	Definición	URL	Aplicación
Twitter	Microblogging que hace las veces de red social. Permite a sus usuarios enviar microentradas basadas en texto, denominadas “tweets”, de una longitud máxima de 140 caracteres	http://www.twitter.com	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación médico–paciente • Citas médicas • Consejos sobre prescripción, • Reporte de efectos adversos • Seguimiento del tratamiento
Facebook	Red social cuya singularidad es su base de datos relacional	http://www.facebook.com	<ul style="list-style-type: none"> • Educación • Promoción de la salud • Comunidades de pacientes • Marketing
Wordpress.com	Sistema de gestión de contenidos, más orientado a lo que son los blogs, o bitácoras en línea. Por medio de este software e interfase, el usuario puede crear sus propios blogs de una manera sencilla y personalizada	http://wordpress.com	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud • Educación para la salud • Información para pacientes y profesionales
Foursquare	Es una red social basada en la geolocalización para la web y dispositivos móviles. Los usuarios indican los lugares en dónde están físicamente (hace un <i>check-in</i>) a través de una aplicación específica para celulares, web o de mensajes de texto	http://es.foursquare.com	<ul style="list-style-type: none"> • Localización de médicos y pacientes • Recomendaciones sobre servicios Médicos
Flickr	Es un sitio web de almacenamiento de fotos y videos. Además provee servicios web y una plataforma de comunidades en línea	http://www.flickr.com	<ul style="list-style-type: none"> • Foto clínica • Video clínico • Comunidades de pacientes
Tumblr	Plataforma de microblogging que permite a sus usuarios publicar textos, imágenes, vídeos, enlaces citas y audio. Contienen pensamientos al azar, enlaces, imágenes y otro contenido	http://www.tumblr.com	<ul style="list-style-type: none"> • Foto clínica • Video clínico • Comunidades de pacientes
You tube	Web de videos. Sus usuarios pueden subir, visualizar y compartir videos con todo el mundo, que pueden ser comentados y calificados	http://www.youtube.com	<ul style="list-style-type: none"> • Video clínico • Educación • Promoción de la salud

- *Patients like me* (Pacientes ayudando a pacientes). Permite localizar personas con alguna enfermedad y compartir experiencias con personas que comparten sus mismas dolencias.
- *Lybba*. Una plataforma que trabaja en red para mejorar la información sobre salud disponible en internet.
- *Sermo*. Red social para médicos en la cual se pueden compartir experiencias y realizar actividades profesionales.
- *I'm too young for this*. Sitio de autoayuda para jóvenes que padecen cáncer.
- *Servicio Yahoo respuestas salud*. Permite realizar preguntas sobre temas relacionados con salud (cuidados, dietas, enfermedades, medicinas alternativas, odontología, ópticas, salud masculina y femenina, salud mental y otros), entre otras categorías, y votar por las mejores respuestas (en principio, de mayor confianza y fiabilidad).
- *Vi.vu*. Una red que pone en contacto a profesionales y usuarios de la salud.

“m–health” y el futuro de las redes sociales en la salud

Un lunes por la mañana suena el despertador a las ocho y usted se levanta con molestias en la garganta y bastante congestión nasal. Mientras prepara el café del desayuno enciende su computadora y abre la aplicación que le conecta con su servicio médico de urgencias. Su médico, tras realizarle una exploración virtual y asegurarse de que no se trata de nada más grave que un resfriado común, envía la prescripción de los medicamentos a la aplicación de la farmacia *online*, con copia a su cuenta de correo electrónico. Antes de que sean las nueve recoge los productos prescritos por su médico mientras va de camino al trabajo. Al mediodía el doctor le envía un *tweet* para asegurarse de su mejoría y por la noche, mientras navega en la red, habrá dado, como tantos otros, un “me gusta” en la página oficial de Facebook de la aplicación de salud *online* que está revolucionando la medicina. Esto que parece ciencia ficción es ya una realidad. Desde hace unos años un proyecto de EUA de teleatención en salud, *Hello Health*®, funciona como plataforma gratuita para los médicos que decidan trabajar de forma virtual. Esta web es mantenida por las suscripciones de los pacientes que, además de contar con asistencia médica *online*, pueden conocer a través de la red los resultados de análisis clínicos que se hayan realizado o acceder a su historial médico (figura 29–6).¹⁴

La iniciativa Icor,¹⁵ llevada a cabo gracias al trabajo de Telefónica y del Parc Salut Mar de Barcelona en España, aseguró que el control a distancia puede reducir el 34% de las muertes por insuficiencia cardíaca.¹⁶ También en el Reino Unido el desarrollo de una plataforma de monitorización *online* de pacientes crónicos aquejados de hipertensión ha ayudado a optimizar los servicios sanitarios con un ahorro de 10 millones de libras en cinco años.¹⁷

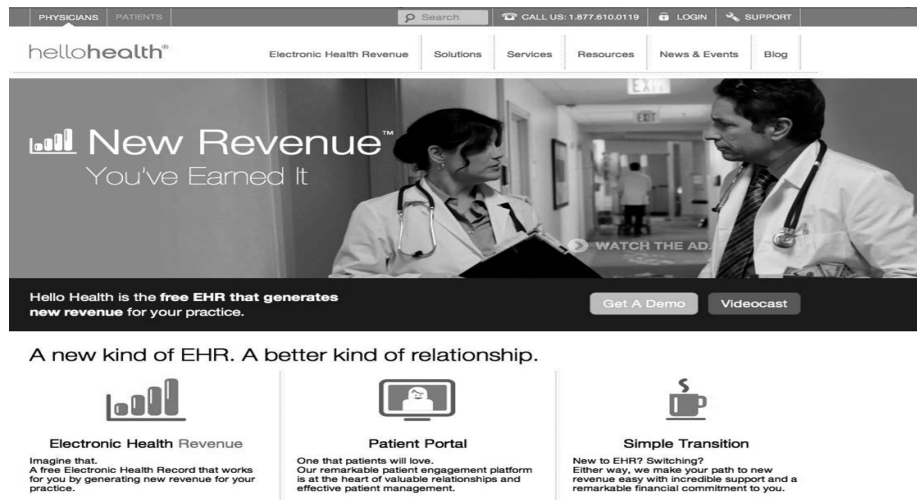


Figura 29–6. Portal de Hello Health®.

A pesar de los ejemplos mostrados anteriormente la interacción digital entre los profesionales médicos y los pacientes aún no es una realidad consolidada, pero parece una posibilidad de un futuro no muy lejano. Ha habido progresos, porque se partía de cero, pero el trinomio entre médicos, pacientes y 2.0 aún está en fase embrionaria, aunque avanzamos hacia una realidad de usuarios cada vez mejor informados. Para ello, apoyadas por las redes sociales, se han desarrollado diversas aplicaciones médicas dirigidas principalmente a los pacientes 2.0. Estos avances se encuentran dentro de la *m-health*, rama de la *e-health* o e-salud basada en la utilización de dispositivos móviles. *GoMeals*®, por ejemplo, la *app* de Sanofi dirigida a los pacientes diabéticos, permite un seguimiento de sus dietas y alimentación (figura 29–7).

También existen aplicaciones mixtas enfocadas tanto a especialistas médicos como familiares y cuidadores de pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson, como es el caso de *Neurolinks*®, avalada por la Sociedad Española de Neurología.

De forma paralela, la presencia de los centros de atención a la salud en las redes sociales es cada vez más evidente. Según Mashable,¹⁸ 26% de los hospitales de EUA ya utilizaban diferentes canales como Facebook y Twitter.

Los profesionales médicos, por otra parte, lejos de quedarse fuera de la red están constituyendo una comunidad cada vez más fuerte y con mayor presencia en internet. Es allí donde pueden realizar búsquedas de información, relacionarse profesionalmente con otros colegas (especialmente mediante LinkedIn o Xing) o incluso exponer casos clínicos con fines docentes e investigadores.

Figura 29–7. Portal de la app GoMeals® de la empresa Sanofi.

El desarrollo del médico y del paciente 2.0 no parece entonces tan lejano. Existen ya las primeras redes sociales específicas dirigidas a ambas comunidades con el fin de satisfacer sus necesidades y demandas. Algunos ejemplos son las plataformas Esanum® y Sermo® (figuras 29–8 y 29–9) para los profesionales médicos y la innovadora idea *forumclínic*,¹⁹ programa interactivo para que los pacien-

Figura 29–8. Plataforma Esanum® para médicos.



Figura 29–9. Plataforma Sermo® para profesionales de la salud.

tes puedan aumentar su autonomía en el cuidado de su salud y que rebasa ya un millón de usuarios.

e–paciente y paciente 2.0

Genéricamente, un e–paciente es un ciudadano “alfabetizado” en las TIC que es capaz de solucionar sus problemas de salud y manejar su enfermedad en todo o en parte mediante los recursos disponibles en la red. Para ser considerado un e–paciente no sólo se ha de tener dominio de las herramientas sino que hay que disponer del equipamiento cultural que da sentido a su empoderamiento. De otra forma, tan sólo estaríamos ante un paciente informatizado. De hecho, aunque muchos pacientes manifiestan su interés por aprender más sobre su enfermedad, no siempre están dispuestos a participar de forma activa en la toma de decisiones.

En la misma medida, un e–paciente tiene que relacionarse con un e–profesional porque una verdadera comunicación médico–paciente sólo es posible cuando se utilizan los mismos códigos y se comparten las mismas claves. Pero no olvidemos que las nuevas tecnologías no han demostrado que permitan eliminar la angustiada experiencia de un ser humano ante la incertidumbre de la enfermedad de una mejor manera que el contacto directo con un profesional sanitario. El con-

cepto de e-salud es algo más global y sencillo ya que se trata de combinar los servicios sanitarios en su sentido más amplio (prevención, educación, tratamiento, promoción, etc.) con las tecnologías de la información y la comunicación. En los últimos años se asocia mucho a la idea de web 2.0 y de redes sociales, pero la e-salud no se basa en modas ya que, por ejemplo, a principios de siglo se relacionaba más con el concepto de telemedicina.

CONCLUSIÓN

Los cambios sociales promovidos y acelerados por la aparición de las nuevas tecnologías de la información, sobre todo de internet, están afectando a la tradicional relación médico-paciente y desequilibrando la balanza de las decisiones diagnósticas y terapéuticas que habitualmente controlaba el profesional de la salud. Desde hace unos años, siguiendo las tendencias de la cultura anglosajona, el paciente ha sido proclamado el protagonista del proceso asistencial, hasta que fue reconocido como el centro del sistema de salud.

La relación de agencia, el instrumento teórico que explica la toma de decisiones clásica en el ámbito de la salud, se centra en que el paciente deposita su confianza en el profesional de cara a que éste tome la decisión final relativa a su diagnóstico y su tratamiento.²⁰ El médico se encarga de aportar su conocimiento técnico y el paciente sus preferencias, entonces es el médico el encargado de decidir por el paciente teniendo en cuenta dichas preferencias. Internet ha provocado que surjan nuevas modalidades de relación médico paciente ya que el paciente tiene acceso a gran cantidad de información, de variado nivel científico, que teóricamente le permitiría reflexionar y reconsiderar las distintas opciones.

Surge así el modelo deliberativo o participativo de atención a la salud, el cual se basa en incrementar la autonomía del paciente para que este, sin dejar de confiar en el profesional, aporte sus experiencias y las de otros pacientes en base a la información que consulta.²¹ En este caso, el conocimiento se aporta por ambas partes: el médico en base a su formación y experiencia y el paciente en base a la información compartida en las redes y la web. Lógicamente, la búsqueda para el paciente es mucho más sencilla con herramientas web que sin ellas.

¿Y qué papel pueden jugar las tecnologías de la información? En un nuevo escenario en el que es muy sencillo dejarse llevar por las formas y olvidar el fondo, hay que tener presente que las TIC buscan satisfacer las necesidades del usuario. Por ello, en el ámbito de la salud permitirían crear herramientas para la mejora de la atención sanitaria, especialmente desde la perspectiva del ciudadano. Todo ello con base en cuatro ejes fundamentales: calidad, seguridad, eficiencia y accesibilidad.

Por otra parte, el papel del paciente como individuo único y aislado se difumina ante la aparición de grupos y redes de pacientes en torno a rasgos comunes: tratamientos, patologías, diagnósticos, uso de productos y medicamentos, etc.²² De hecho, la “e” no se refiere exclusivamente al uso de tecnologías de la información y la comunicación, sino a un carácter diferente basado en que todos comparten información con el objetivo de la ayuda mutua y por ende con el objetivo de mejorar la seguridad en la atención de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: *La cirugía segura salva vidas*. Organización Mundial de la Salud, 2008.
2. **Bates DW, Gawande AA:** Improving safety with information technology. *N Engl J Med* 2003;348:2526–2534.
3. **Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS:** *To err is human: building a safer health system*. Washington, National City Press, 2000.
4. **LaCava D, Moreira G:** Barcode principles. En: Finkel A, Cahill BJ (eds.): *Health care information appliances*. Boston, Blackwell, 2000:273–280.
5. **Pataky C:** In black and white. A barcode decoder. *Circuit Cellar* 1999;104:1–4.
6. **Smith K, D’Alessandro J:** Barcode in health care. En: Finkel A, Cahill BJ (eds.): *Health care information appliances*. Boston, Blackwell, 2000:281–287.
7. **Massengill SP:** Image-based document management systems for medical records. *Top Health Rec Manage* 1992;12(3):40–48.
8. **Gala LB:** Tecnologías informáticas en pos de la seguridad del paciente: el código de barras. *RCIM* 2005;5(1):1–10.
9. *Internet World Stats*. <http://www.internetworldstats.com/>.
10. **O’Reilly T:** *¿Qué es WEB2.0? Patrones del diseño*. <http://sociadaddelainformacion.telefonica.es/jsp/articulos/detalle.jsp?elem=2146>.
11. Pfizer: *El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud*. Madrid, Pfizer, 2010. https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf.
12. Ministerio de Sanidad y Política Social, Redes, Comunidades Autónomas, INGESA: *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud: el programa Sanidad en Línea*. Actualización de datos enero 2010.
13. **Lau YS, Colera EW:** Impact of web searching and social feedback on consumer decision making: a prospective online experiment. *J Med Internet Res* 2008;10(1):e2.
14. Hello Health: *A new kind of EHR. A better kind of relationship*. EUA, 2013. <http://www.hellohealth.com>.
15. **González RG:** *Telemonitorización y teleintervención en pacientes con IC crónica: desarrollo y experiencias del proyecto iCOR*. Sociedad Catalana de Cardiología, 2010:30–45.
16. **Martín PV:** *La e-health evita un 34% de las muertes por insuficiencia cardíaca*. <http://blogthinkbig.com/e-health-evita-un-34-de-las-muertes/>.
17. **Flores VP:** *Smartphones para tratar enfermedades*. <http://blogthinkbig.com/smartphones-para-tratar-enfermedades/>.
18. **Freeman K:** *How social media, mobile are playing a bigger part in healthcare*. <http://mashable.com/2012/12/18/social-media-mobile-healthcare/>.
19. Forumclínica. <http://www.forumclinic.org/blogs/notasdeprensa/forumclinic-supera-el-milln-de-usuarios-en-2011>.

20. **Emanuel EJ, Emanuel LL:** Four models of the physician–patient relationship. *JAMA* 1992;267:2.221–2.226.
21. **Gerber BS, Eiser AR:** The patient–physician relationship in the internet age: future prospects and the research agenda. *J Med Internet Res* 2001;3(2):e15.
22. **Traver SV, Fernández LL:** *El e-paciente y las redes sociales*. Madrid, Publidisa, 2011: 247–257.

Referencia del marco ético y legal de la medicina

Héctor Gerardo Aguirre Gas

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 50 años el desarrollo tecnológico en medicina ha sido vertiginoso, sin que las oportunidades que se han abierto con ello hayan permitido mejorar la calidad de la atención médica y la relación médico paciente. Por el contrario, la comunicación entre el médico y el paciente se ha vuelto distante y fría y han aumentado las quejas y las demandas.

Se ha puesto atención en la calidad con que se otorgan los servicios desde el punto de vista profesional y técnico, el respeto de los derechos humanos, los principios éticos de la práctica médica y más recientemente los riesgos a los que se encuentran expuestos los pacientes durante su estancia hospitalaria, que pueden dar lugar a errores, eventos adversos y daño temporal o permanente y muerte del paciente, con la consecuente responsabilidad profesional.

Múltiples esfuerzos se han realizado para asegurar, garantizar o mejorar continuamente la calidad de la atención, desde la evaluación del expediente clínico o la supervisión punitiva hasta la adaptación de modelos de calidad traídos de la industria, participación de los comités hospitalarios de calidad, de bioética, de protección civil y de higiene y seguridad. Se ha incorporado la participación del paciente y sus familiares como monitores de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, así como su participación activa en la prevención de problemas de seguridad durante la estancia hospitalaria.

Es necesario tener presente que la insatisfacción de pacientes y familiares no se dirige únicamente al médico y ni siquiera es ésta la más frecuente. Existen nu-

merosas quejas por trato carente de amabilidad y cortesía, problemas administrativos y falta de infraestructura, equipo e insumos para la salud.

En la actualidad los gobiernos ya han reconocido la necesidad de que las políticas gubernamentales incluyan no sólo la prestación de los servicios a toda la población del país sino que además éstos se otorguen con una calidad efectiva que permita mejorar el nivel de salud de la población con calidez, respeto de la ética, cuidado de la seguridad y de las relaciones interpersonales.

ANTECEDENTES

Los primeros esfuerzos formales en nuestro país para conocer la calidad con que se estaba otorgando la atención médica se llevaron a cabo en el Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), inaugurado en 1956, a través de una Comisión de Supervisión de la que se derivó la publicación, por la Jefatura de Servicios Médicos del IMSS, del documento Auditoría Médica, donde se contenían las instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico.^{1,2}

En 1972 ese documento dio lugar a una nueva versión, la Evaluación médica, y en 1973 se dio paso al Instructivo para la integración correcta del expediente clínico, que incluía el documento llamado Expediente clínico en la atención médica.^{3,4} Con estos instrumentos González Montesinos y su grupo publicaron trabajos sobre la evaluación de la calidad de la atención médica que podrían ser considerados como clásicos.⁵⁻¹²

A finales de la década de 1970 Donabedian postuló que la calidad de la atención médica dependía de una estructura correctamente integrada, de procesos adecuadamente desarrollados y de la consecución a través de ellos de los resultados esperados.¹³⁻¹⁷

En 1983 González Posada y su grupo desarrollaron la Evaluación integral de la calidad de la atención médica con base en los postulados de Donabedian, teniendo como elementos fundamentales la autoevaluación y la mejora continua.¹⁸ En 1990 el Grupo Básico Interinstitucional publicó las bases para la Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud, teniendo como fundamento la propuesta del IMSS desarrollada por los doctores González Posada, Merelo Anaya, Aguirre Gas y Cabrera Hidalgo.¹⁹

A partir de 1990 Ruelas y sus colaboradores se enfocaron al análisis de la productividad, los costos y la calidad de los servicios. Introdujeron y manejaron en México la Unidad de garantía de calidad, los círculos de calidad y el concepto garantía de calidad.²⁰⁻²³

La Secretaría de Salud inició en 1999 la certificación de hospitales a cargo de la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

(CONACEAM) dependiente del Consejo de Salubridad General (CSG), vigente hasta la actualidad.²⁴

La Evaluación integral de la calidad de la atención desarrollada por González Posada y su grupo fue aplicada con éxito en el IMSS, en cuanto a mejora continua, en tres épocas diferentes: 1983–1985, 1992–1994 y 2003–2006.^{25–27}

En el ámbito internacional vale la pena mencionar como procesos de evaluación exitosos los llevados a cabo a través del Sistema ISO 9001–2000 por la *Joint Commission International*, recientemente adoptado por la CONACEAM del CSG, la Organización Europea de Calidad y la *International Quality Evaluation* (IsQua).^{28–30}

En tiempos recientes se empezó a poner atención a los aspectos éticos de la práctica médica, situación que fue reforzada por su inclusión en el Programa Nacional de Salud 2001–2006, habiendo colocado a esta disciplina como eje insustituible de una atención médica de calidad. Posteriormente se incluyó también en el Programa Nacional de Salud 2007–2012, en el cual se estableció como objetivo fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica.^{31,32}

Han destacado grupos como el de la Comisión Nacional de Bioética con Soberrón y Ruiz de Chávez, el de Kuthy Porter en la Universidad Anáhuac, el de la Academia Mexicana de Cirugía y, recientemente, publicaciones como los libros Principios de bioética, de Kuthy Porter (2000); Ética médica laica, de Pérez Tamayo (2002); Principios éticos de la práctica médica, de Aguirre Gas (2004); la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, de la UNESCO (2005); Ética clínica, de Muñoz y Garduño (2006) y Preceptos éticos y legales de la práctica médica (2012), coordinado por Fajardo Dolci y Aguirre Gas.^{33–42}

A partir de 1999, en que se publicó el trabajo *To err is human. Building a safer health system*, del *Institute of Medicine* de EUA, se centró la atención en el problema del error médico como causa de eventos adversos y morbimortalidad por errores evitables.⁴³

En el IMSS, a través del Sistema VENCER (que evolucionó a VENCER II) se identificaron los principales eventos adversos ocurridos en los hospitales de segundo y tercer nivel, en tanto que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) estudió las quejas presentadas ante esa instancia por los usuarios de los servicios de salud como manifestación de su inconformidad con los servicios recibidos, en los que se identificó la existencia o no de mala práctica así como la producción de daño temporal o permanente en los pacientes.^{44,45}

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Atendiendo a los intereses superiores de los pacientes se desarrolló el concepto de calidad de la atención médica:

“Garantizar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud y otorgarles atención oportuna, con competencia profesional, seguridad, respeto a los principios éticos y eficiencia en la administración de los recursos, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.⁴⁶

Es necesario precisar el significado de cada uno de los elementos relacionados con la atención médica que integran ese concepto, con el propósito de uniformar criterios.

Accesibilidad a los servicios

Un elemento indispensable para estar en condiciones de otorgar una atención de calidad al paciente es que los servicios sean accesibles a los pacientes en función de las distancias que tienen que recorrer, la disponibilidad de transportes y su costo y factores culturales, administrativos y burocráticos. No hay peor servicio de salud que el que no se puede otorgar.

Oportunidad

La oportunidad es determinada por la prestación de la atención médica en el momento que el paciente la necesita, no obligatoriamente en el momento que la demanda. Es importante considerar que el momento en el que el paciente demanda la atención no necesariamente es el mejor momento para realizar un procedimiento solicitado. El mejor momento es cuando el paciente se encuentra en las mejores condiciones posibles para así poder garantizarle los mejores resultados y el máximo grado de seguridad.

Competencia profesional

Para que una atención médica pueda ser considerada como de calidad debe ser otorgada por profesionales competentes que cuenten con conocimientos vigentes y la pericia requerida, en congruencia con el nivel de complejidad de la atención que se esté otorgando. Para estar en condiciones de acreditar legalmente la autorización para ejercer la medicina en general y una especialidad en particular se requiere que el médico cuente con las cédulas de profesiones correspondientes.

En 1963 se empezaron a integrar asociaciones civiles de médicos especialistas para certificar la competencia profesional de sus colegas con el propósito de garantizar la calidad con la que otorgan sus servicios. Para evitar duplicidad de consejos se determinó que el consejo facultado para otorgar la certificación debería

contar con el Reconocimiento de Idoneidad otorgado por la Academia Nacional de Medicina.

Con la participación de la Academia Mexicana de Cirugía y representantes de los consejos de especialidades se integró el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas como responsable de reconocer la idoneidad de cada consejo. La certificación tiene que renovarse cada cinco años.

El 1 de septiembre de 2011 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* una modificación a la Ley General de Salud que en sus artículos 79, 81, 271 y 271 bis establece la obligatoriedad de la certificación vigente para la práctica de una especialidad y la facultad del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas para otorgar el Reconocimiento de Idoneidad a los consejos y facultarlos legalmente para la certificación de especialistas.

La disponibilidad de los conocimientos médicos vigentes, de las habilidades requeridas para la atención de una especialidad y la experiencia en la atención y solución de problemas similares como parte integral de su competencia profesional, permiten al médico mayor seguridad para aplicar un criterio correcto en el momento adecuado y cometer menos errores en beneficio del paciente.

Los médicos residentes en proceso de formación como médicos especialistas, deben contar con la cédula de profesiones como médico, pero carecen de la cédula de médico especialista y de la certificación por el consejo de la especialidad, por lo tanto legalmente no están facultados para ejercer la especialidad en forma autónoma, sino únicamente bajo la responsabilidad de un médico especialista con cédula y certificación vigentes.

Seguridad

La seguridad del paciente es un componente integrado e indisoluble de la calidad de la atención médica. Es inaceptable que un paciente que acude a los servicios médicos para satisfacer sus necesidades de salud se vea afectado por un daño adicional como consecuencia del proceso de atención. El daño ocasionado al paciente puede haberse derivado de una falla del sistema de atención, en cuyo caso la responsabilidad sería institucional, o por error médico y mala práctica, en cuyo caso la responsabilidad sería profesional. En estas condiciones, la magnitud del daño en cuanto a daño temporal, daño permanente o la muerte del paciente determinarán la responsabilidad profesional, las sanciones correspondientes y el compromiso de reparación del daño.

Respeto a los principios éticos de la práctica médica

No se concibe la prestación de servicios médicos con calidad sin tener en cuenta el marco conceptual de la ética médica como la “disciplina que analiza y fomenta

la buena práctica médica mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. Se incluyen dentro de este marco los principios de beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, respeto de la dignidad de los pacientes, solidaridad, honestidad y justicia.

Aun cuando es de esperarse que un proceso de atención llevado a cabo en forma correcta conduzca a los resultados previstos, esto no siempre ocurre pues en ocasiones se presentan eventos adversos. Los resultados de la atención médica se evalúan en función de la satisfacción de las necesidades de salud y de la satisfacción de las expectativas de los pacientes.

Satisfacción de las necesidades de salud

Los resultados exitosos en la atención de un paciente dependen de manera primordial de un proceso de atención desarrollado con competencia profesional en cuanto a conocimientos, habilidades y experiencia conforme a la *lex artis* médica. Según las características de su padecimiento el paciente tiene la posibilidad de lograr su curación. En su defecto podría aspirar únicamente al control de la enfermedad, a la mejoría del padecimiento o únicamente a la paliación de sus manifestaciones. Cuando ninguna de las opciones previas fuese accesible permanece el compromiso de ofrecer apoyo moral al paciente y familiares, procurarle medicina paliativa y aconsejar para una muerte serena. La mala práctica, el error o la negligencia médicos por desapego de la *lex artis* médica o los preceptos legales vigentes puede conducir a responsabilidad profesional.

Satisfacción de las expectativas

La satisfacción de las necesidades de salud es la principal expectativa que desean ver satisfecha los pacientes y sus familias. Aunado a lo anterior, en forma implícita los pacientes y su familia esperan una relación interpersonal amable, instalaciones cómodas, higiénicas, respeto a los principios éticos de la práctica médica e información sobre su padecimiento, su evolución y su tratamiento, así como que se le solicite su consentimiento para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en particular cuando representen riesgo para él.

Con frecuencia los pacientes y sus familiares manifiestan su insatisfacción a través de una queja o una demanda. Con frecuencia los pacientes y sus familiares manifiestan su insatisfacción a través de una queja o demanda cuando no perciben que sus expectativas han sido satisfechas con respecto a los resultados de la atención o al trato recibido. Sin duda, lo mismo sucede en el caso de que se haya negado algún servicio u ocasionado daño al paciente como consecuencia del proceso de atención.

LA MALA PRÁCTICA, PRINCIPIOS ÉTICOS Y PRECEPTOS LEGALES

En la práctica médica la mala práctica puede presentarse por error médico como consecuencia de incompetencia profesional, pericia insuficiente o falta de experiencia o por no haber aplicado el criterio apropiado dentro de la *lex artis* médica, en cuyo caso no puede invocarse al error médico como causa de la mala práctica en la atención del paciente.

Asimismo, la mala práctica puede ocurrir cuando el médico deja de llevar a cabo acciones que estaba obligado a realizar por la *lex artis* médica, lo que conformaría la figura de negligencia médica.

La mala práctica puede ser el origen de eventos adversos con daños para el paciente, en cuyo caso el médico puede ser sujeto de responsabilidad profesional en perjuicio del paciente quedando establecido el compromiso de reparación del daño, pago de indemnizaciones y sanciones administrativas o penales.

Al ser objeto de mala práctica por error o negligencia médica el paciente o su familia tienen la facultad de promover o presentar una queja o una demanda en contra del médico reclamando que se finque responsabilidad profesional en contra del médico.

Sin embargo, las quejas y demandas no son presentadas por el paciente o su familia únicamente cuando se cumplen los requisitos de error o negligencia médica previos y se configura la responsabilidad profesional, basta que el paciente o su familia estén insatisfechos con la atención recibida desde el punto de vista técnico médico, por una relación médico paciente inadecuada o por la falta de respeto a los principios éticos vigentes.

Los principios éticos inherentes a la práctica médica integran un conjunto de reglas morales que los médicos deben aplicar en beneficio de los intereses superiores de sus pacientes.

Se acepta que la ética se deriva de la moral como un conjunto de costumbres aceptadas por los pueblos cuyo cumplimiento ha estado sujeto a la libre elección del médico sin que existan sanciones administrativas o penales con fines coercitivos para promover su cumplimiento. No obstante, con el transcurso del tiempo los principios éticos han sido incorporados dentro del marco legal de la práctica médica, con lo cual su cumplimiento ha dejado de ser voluntario y sujeto a la conciencia de los médicos para convertirse en disposiciones de cumplimiento obligatorio.

Teniendo en cuenta el precepto de que la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento es importante conocer los principios éticos que están respaldados por preceptos legales tan bien como aquellos en los que el compromiso es únicamente moral.⁴²

PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA Y SU SOPORTE JURÍDICO

En el estudio de la calidad de la atención médica es fácil advertir que el respeto a los principios éticos de la práctica médica es un elemento fundamental sin el cual no se podría hablar de calidad. Del mismo modo, cuando se habla de ética médica no se puede concebir una atención dentro de los cánones de la ética si no se otorga con calidad; de igual forma, la atención médica sin seguridad no puede ser una atención con calidad.

Adicionalmente, gran parte de los principios éticos de la práctica médica han sido respaldados por preceptos legales así como la atención médica ha estado sujeta al cumplimiento de preceptos legales que regulan su práctica. Se tomará a los principios éticos de la práctica médica como punto de partida para relacionarlos con los preceptos legales que se han derivado de ellos, haciendo mención a los problemas de calidad y seguridad de los pacientes.

Tomando como marco de referencia la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos y considerando que son los más relevantes de la ética en la práctica médica, se seleccionaron ocho principios:⁴⁰

- Principio de beneficencia.
- Principio de equidad.
- Principio de autonomía.
- Principio de confidencialidad.
- Principio de respeto de la dignidad de la persona.
- Principio de solidaridad.
- Principio de honestidad.
- Principio de justicia.

Principio de beneficencia

Según este principio se debe “dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad mediante la prestación de los servicios de salud”.³⁹

Este principio establece el compromiso de dirigir todos los actos de la práctica médica hacia el beneficio del paciente. Lleva implícito el principio de no maleficencia que obliga a prevenir y evitar cualquier acto que pueda causar daño al paciente.

Ya desde el juramento de Hipócrates se hace referencia al principio de no maleficencia al decir “primero no hacer daño”, así como “no prescribir un fármaco

mortal, no practicar el aborto y no practicar intervenciones para las que no esté preparado”.

El principio de beneficencia incluye los siguientes preceptos:

- Todas las acciones y procedimientos llevados a cabo durante el proceso de atención deben estar guiados por la moral, en cuanto al fin que persiguen, con la oportunidad, la seguridad y la competencia profesional requeridas, en cuanto a conocimientos y habilidades, y aplicando la experiencia conveniente, realizados con la prudencia necesaria y siempre dirigidos al beneficio del paciente.⁴⁷ En este contexto debe estar incorporada la calidad de la atención médica como proceso rector teniendo en cuenta que una atención carente de calidad está limitando el beneficio del paciente.⁴⁶
- Especial atención debe tenerse con las personas vulnerables.
- La promoción de la donación de órganos, aunque no beneficia directamente al paciente, si representa un gran beneficio para otros pacientes que fueran tributarios de recibir un trasplante.

Marco jurídico del principio de beneficencia

Desde el punto de vista jurídico el principio de beneficencia está sustentado por el artículo 4 de la Constitución, que indica que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.⁴⁸

La Ley General de Salud a través de diferentes artículos soporta al principio de beneficencia en la atención a los pacientes.⁴⁹ Algunos de ellos son:

- El artículo 27 indica la atención médica integral.
- En el artículo 77 bis 1 se señala que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud sin importar su condición social.
- El artículo 89 respalda la competencia profesional que permita una atención de calidad.
- El artículo 272 bis establece los requisitos para una atención de calidad por los médicos especialistas así como la responsabilidad del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas en su carácter de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal para supervisar el entrenamiento, las habilidades, las destrezas y la calificación de la pericia que se requiere para la certificación, a través de aquellos consejos de especialidades médicas a los cuales hubiera otorgado el Reconocimiento de Idoneidad.
- Conforme al artículo 3 son materia de salubridad general: la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios en los establecimientos de

salud y las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, incluyendo la investigación en seres humanos, para el aseguramiento de una buena práctica médica en beneficio de los pacientes.

- El artículo 51 señala que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- En el artículo 41 bis se consigna que la existencia de los comités hospitalarios de bioética y de ética en investigación sustenta el cumplimiento de los principios éticos de la práctica médica como respaldo a una atención médica de calidad que permita cumplir con el principio de beneficencia.
- Los artículos 55 y 469 determinan la garantía de que cualquier persona que requiera de la prestación urgente de servicios de salud deba ser atendida o sea trasladada a los establecimientos de salud más cercanos.
- Conforme a lo señalado en el artículo 166 bis 19 de esta Ley el personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal será sancionado conforme a lo establecido por las leyes aplicables.
- El artículo 166 bis 21 señala que queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido, conforme lo señala el Código Penal Federal bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará sujeto a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.
- La Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, emite disposiciones para asegurar una adecuada atención médica:
 - El artículo 1 determina la obligación de contar con Título Profesional para todas aquellas personas que hubieran concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta Ley, así como el artículo 5 establece que para el ejercicio de una o varias especialidades se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones.
 - En el artículo 33 se cita que el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido.
 - En el artículo 250 se señala que se sancionará con prisión de uno a seis años y multa de cien a trescientos días a quien ejerza sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada.
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, señala que toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar; asimismo, tiene derecho a los seguros en caso de enfermedad, invalidez, viudez y vejez.⁵¹

Principio de equidad

De acuerdo a este principio se debe “otorgar atención médica a los pacientes conforme a sus necesidades de salud, sin distinciones, privilegios ni preferencias”.³⁹

Conduce a tratar a todos los seres humanos con igualdad, sin distinciones, privilegios, ni preferencias y sin hacerlos sujetos de estigmatización. No obstante, no sería equitativo tratar como iguales a desiguales, lo que justificaría un trato preferencial para los pacientes con mayores necesidades de salud.⁵²

La equidad incluye la atención sin distinciones, privilegios ni preferencias por conceptos de:

- Género, raza, religión y edad.
- Condición social o económica.
- Derechohabencia a alguna institución.
- Convicciones políticas.
- Preferencias sexuales.
- Condiciones de invalidez física o mental.
- Padecimientos con que cursen.
- Percepción de honorarios o salario por la atención otorgada.
- Recomendaciones de autoridades.
- Condición legal o privación de la libertad.
- Diversidad cultural.

Marco jurídico del principio de equidad

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 1, da fundamento al principio de equidad al señalar que “queda prohibida toda discriminación o cualquier otra acción que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.
- En su artículo 1 la Declaración Universal de los Derechos Humanos reitera el punto anterior al decir que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.⁵¹
- La Ley General de Salud indica en el artículo 77 bis 1 que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud sin importar su condición social.
- La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en la Fracción X de su artículo 46 señala que corresponde a la Secretaría de Salud el “asegurar que en la prestación de los servicios del Sector Salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.⁵³

- En el nivel de su competencia el Código Penal Federal, en su artículo 259 bis, indica las sanciones que se impondrán a quien con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, sanciones que serán mayores cuando el delito hubiera sido cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público. En tanto que en el artículo 266 bis se señala lo correspondiente cuando hubieran ocurrido abuso o violación.⁵⁴

Principio de autonomía

Este principio hace mención del “derecho de los enfermos adultos en uso pleno de sus facultades mentales para decidir libremente lo que ha de hacerse con su persona, conforme a sus intereses y preferencias, asumiendo la responsabilidad inherente y respetando la autonomía de terceros”.³⁹

Dentro del concepto universal de los derechos humanos y las libertades fundamentales se encuentra la “libre elección de los planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana”.^{40,51} En tal sentido, las personas en uso pleno de sus facultades mentales y libres de coacción o manipulación tienen el derecho de tomar las decisiones importantes que afecten a su vida y a su persona conforme a sus valores, deseos y preferencias con el respaldo de la ley, siempre y cuando no afecten los derechos de terceros, en su persona o en su libertad.^{40,49,52}

Este principio ético incluye los siguientes preceptos:

- El paciente tiene derecho a la libre elección de su médico y a que se le asigne uno diferente si lo solicita de forma justificada.
- Es derecho del paciente que se le informe con veracidad, oportunidad y claridad todo lo relativo a su padecimiento y al proceso de su atención, incluyendo el programa de estudio y tratamiento, así como el pronóstico, particularmente cuando se le solicite su consentimiento para la realización de algún procedimiento que represente riesgo para él.
- El paciente es libre para otorgar su consentimiento o negarse a hacerlo conforme a sus intereses y preferencias, tanto para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos como para su participación en proyectos de investigación, sin que su negativa lo exponga a restricciones en su atención.^{39,40,51}
- El consentimiento debe ser otorgado de forma individual, por escrito, y puede ser revocado por el paciente en cualquier momento sin que esto lo exponga al riesgo de sanciones.
- El paciente tiene el derecho a negarse por anticipado a la práctica de procedimientos de soporte de vida que impliquen obstinación terapéutica y sin beneficios que los justifiquen.⁵⁵

- El consentimiento de personas que carezcan de las facultades para otorgarlo (niños o personas con deterioro en sus facultades mentales) puede ser otorgado por familiares o personas legalmente responsables de ellos siempre y cuando el consentimiento represente beneficios para el paciente, esté a favor de sus intereses personales y siempre tomando en cuenta su opinión. Su participación en proyectos de investigación sólo puede ser autorizada si es en beneficio de su salud y su negativa a participar en un trabajo de investigación debe ser respetada siempre.⁴⁰ Un padre no puede negarse a que se le realice una transfusión a su hijo en caso de necesidad.⁵⁰

Marco jurídico del principio de autonomía

- La Ley General de Salud hace referencia al derecho de los usuarios de los servicios de salud para que se les otorgue información suficiente sobre sus condiciones de salud y los planes de estudio y tratamiento, así como al derecho a tomar las decisiones que consideren pertinentes en cuanto a lo que ha de hacerse con su persona, en los artículos 51 bis 1, 51 bis 2, 103 bis 3, 166 bis 3, 166 bis 4, 166 bis 17, 326 y 466, incluyendo lo referente a la investigación en seres humanos en el artículo 100 y al trasplante de órganos y donación de sangre en los artículos 322, 323 y 333.⁴⁹
- El artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud indica que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán, además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:
 - V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
 - VIII. Decidir libremente sobre su atención.
 - IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 80 señala que al ingreso del paciente deberá recabarse autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o tratamiento, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios. Asimismo, en el 83 se añade que en caso de deber realizar alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente el documento deberá ser suscrito por dos testigos.⁵⁶
- El artículo 1 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal establece y regula las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona respecto a la negativa a someterse a medios, trata-

mientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.⁵⁵

Principio de confidencialidad

En este principio se habla del “derecho del paciente a que se respete el secreto en la información proporcionada al médico en la relación profesional”.³⁹

Conforme a la Ley, la información que es emitida durante la relación médico paciente sólo puede ser utilizada para los propósitos para los cuales hubiera sido obtenida, a menos que exista autorización formal del paciente para que sea utilizada para otros fines. Por lo tanto, la responsabilidad del médico va más allá de un compromiso moral para constituirse como un derecho del paciente y una responsabilidad propia sujeta al ejercicio de la ley.^{40,49,50,57}

Los preceptos derivados de este principio incluyen:

- Respeto a la privacidad en la relación médico paciente con excepción de los casos en los que el médico requiera de auxilio para otorgar la atención o cuando tratándose de médico y paciente de género diferente exista el riesgo de faltas a la moral o a la dignidad o riesgo de acusaciones injustificadas.
- El respeto al secreto profesional incluye tanto a los médicos como al personal de salud que hubiera intervenido en la atención del paciente. Esto comprende las conversaciones informales en elevadores, durante las comidas o en eventos sociales, así como en el acceso a la información del expediente clínico en papel o medios electrónicos.

Marco jurídico del principio de confidencialidad

- El artículo 77 bis 37 de la Ley General de Salud consigna que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán, además de los derechos establecidos en el artículo anterior, el siguiente:
X. Ser tratado con confidencialidad.⁴⁹
- La Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, establece en su artículo 36 que todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos que se le confíen por sus clientes salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.⁵⁰

Principio de respeto a la dignidad del paciente

Este principio evoca el “derecho de las personas a recibir la atención médica que requieran en consideración a los derechos humanos, a sus libertades fundamenta-

les y universales, a sus valores, su conciencia, sus principios y a su condición de enfermos”.³⁹

Los avances de la ciencia y la tecnología han permitido prolongar el tiempo y calidad de vida de las personas, pero ha de cuidarse el debido respeto a la dignidad de la persona humana, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.^{40,51,52}

Este principio incluye los siguientes preceptos en cuanto a la atención brindada al paciente:

- Tratarle con la consideración que como ser humano requiere.
- Brindarle un trato personalizado y amable.
- Atender y solucionar sus dudas, inconformidades y quejas.
- Respetar su pudor y su intimidad.
- Respetar sus principios morales y religiosos.
- Evitar la obstinación terapéutica.
- Respetar su voluntad anticipada.
- Atender sus necesidades vitales.
- Procurar que su etapa terminal esté libre de dolor y angustia.
- Darle orientación para una muerte serena. (No se pretende sugerir la posibilidad de eutanasia.)

Marco jurídico del principio de respeto a la dignidad del paciente

La Ley General de Salud establece los lineamientos para procurar el respeto a la dignidad de los pacientes a través de diferentes artículos.⁴⁹

Algunos de ellos son:

- El artículo 77 bis 37 indica que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán, además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:
III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
- El artículo 166 bis determina como objetivos:
 - Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal.
 - Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos.
 - Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal.
 - Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.
 - Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica, esta última entendida como la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía (artículo 166 bis 1, fracción V).
- El artículo 166 bis 5 se establece el derecho del paciente en situación terminal de suspender en forma voluntaria el tratamiento curativo para pasar a

uno paliativo, así como el artículo 166 bis 17 dictamina su facultad para que por ningún motivo se le apliquen medios extraordinarios sin su consentimiento.

- En el artículo 166 bis 3 se indican los derechos de los pacientes en situación terminal, entre los que se destaca:
 - Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida.
 - Recibir medicamentos que mitiguen su dolor.
 - Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario.

Conforme al Código de Conducta para el Personal de Salud se considera que no es ético demandar o aceptar cualquier tipo de favores que atenten contra el pudor, la moral y las buenas costumbres.⁵⁸

Principio de solidaridad

Este principio propone el “compromiso del médico de compartir sus conocimientos y sus beneficios económicos con pacientes en quienes se justifique, compañeros que necesiten su apoyo y médicos en proceso de formación que requieran de sus enseñanzas”.³⁹

En el Juramento de Hipócrates se hace mención al reconocimiento a los maestros y el compromiso solidario con los hijos de ellos y con sus alumnos.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos señala la política de “fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto”, particularmente en cuanto a la difusión y aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos desarrollados a través de la investigación científica, así como entre personas, grupos sociales y profesionales de la medicina, particularmente con los grupos vulnerables.⁴⁰

Se considera que los siguientes preceptos están incorporados en este principio, en referencia al comportamiento de los médicos:

- Hacer patente su compromiso solidario con grupos vulnerables, otorgando atención con honorarios reducidos o libres de honorarios a los pobres, a los desprotegidos y a los minusválidos.
- Ser solidario con sus maestros, sus colegas y los dependientes económicos de ellos en cuanto a prestar sus servicios sin percibir honorarios profesionales.
- Otorgar apoyo profesional a colegas con problemas en su práctica.
- Otorgar educación a los médicos en proceso de formación o especialización, así como capacitación a los médicos en proceso de actualización.

- Poner a disposición de la comunidad médica los conocimientos y avances obtenidos a través de la investigación científica.

Marco jurídico del principio de solidaridad

En el principio de solidaridad no se advierten responsabilidades legales ya que está sustentado en preceptos morales transmitidos por la tradición verbal o escrita, por lo cual dependen únicamente de la buena voluntad.

- La solidaridad del médico con los pacientes a través de renunciar a sus percepciones derivadas de la atención médica otorgada, la solidaridad con los compañeros que requieren de su apoyo y la solidaridad con los alumnos que necesitan sus enseñanzas no están sustentadas en la Ley, por lo que su cumplimiento es únicamente moral.
- Los artículos 46 y 47 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal respaldan la solidaridad humana a través de procurar la donación de órganos.⁵⁵

Principio de honestidad

Este principio se refiere al “valor del ser humano que lo motiva a actuar y a expresarse con profesionalismo y con apego a la verdad, a los principios morales y éticos, a las normas, a las leyes y a la confianza depositada en él”.³⁹

Dentro del principio de honestidad se incluye:

- Desempeñarse con veracidad.
- Actuar con profesionalismo.
- Corresponder a la confianza y cumplir con los compromisos establecidos con el paciente, con sus superiores y con la institución donde labora.
- Requerir honorarios justos en conciencia.
- Otorgar la atención médica con la calidad a la que se comprometió.
- Atender únicamente en la especialidad que tenga acreditada y certificada para ejercer.
- Evitar conflictos de interés con el paciente y su familia, sobre todo si son en beneficio propio.
- La relación con el paciente y su familia debe limitarse a lo estrictamente profesional.
- Evitar percepciones económicas carentes de transparencia, como las dicitomías otorgadas por proveedores de bienes o servicios con cargo al paciente.

- Evitar la medicina defensiva a través de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios para cubrir posibles fallas que pudieran generarle una queja o demanda, particularmente cuando representen riesgo para el paciente y con cargo a su presupuesto o al de la institución.
- Evitar expresar opiniones sobre el comportamiento profesional de sus colegas en su ausencia y particularmente cuando no tuvieran sustento científico.
- Denunciar la mala práctica con daño para el paciente que le conste, para evitar convertirse en cómplice.
- Evitar aparecer como autor de trabajos de investigación en los cuales no se ha participado.

Marco jurídico del principio de honestidad

- El Compromiso por la transparencia en la relación entre los médicos e instituciones de atención a la salud y la industria farmacéutica invita a los médicos a no solicitar ni recibir contraprestaciones por parte de la industria a cambio de facilitar la promoción, prescripción o recomendación de algún producto específico; como contraprestación se entiende también la capacitación y actualización de los profesionales de la salud, los gastos de sus acompañantes, la prolongación de sus estancias más allá de lo programado y la referencia de pacientes para su reclutamiento en estudios.
- El Código Penal Federal en el artículo 246 indica que incurrirá en delito de falsificación de documentos públicos el médico que certifique falsamente que una persona tiene una enfermedad u otro impedimento, bastante para dispensarla de prestar un servicio que exige la ley o de cumplir una obligación que ésta impone, o para adquirir algún derecho.⁵⁴
- La honestidad en la práctica médica está sustentada en valores personales, principios éticos y compromisos morales, así como disposiciones legales y normativas. Entre ellas destacan los compromisos laborales contenidos en cada contrato individual o colectivo, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional, el Código de Conducta para el Personal de Salud de la Secretaría de Salud y el Código Penal Federal.^{50,54,58,60}
- La UNESCO, en su Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, señala que “se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular de las declaraciones de todos los conflictos de interés”.⁴⁰

Principio de justicia

Este principio compromete a “otorgar al paciente la atención a que tiene derecho para satisfacer sus necesidades de salud, en congruencia con su padecimiento y conforme a las leyes, a la ciencia médica, a los principios éticos y a la razón”.³⁹

El derecho a la salud, además de estar considerado en los derechos humanos universales, está incorporado en la Constitución y leyes que emanan de ella.⁴⁸⁻⁵⁰

La Declaración universal sobre bioética y derechos humanos señala que habrá de respetarse la igualdad fundamental de todos los seres humanos, en dignidad y derecho, de tal manera que los pacientes sean tratados con justicia y equidad. Asimismo, amplía el concepto de protección a la salud incluyendo el derecho a la promoción de la salud, la disponibilidad de los medicamentos requeridos y la atención preventiva en materia de nutrición y vuelve a hacer énfasis en el derecho a una atención médica de calidad.

Del principio de justicia se desprenden los siguientes preceptos:

- Derecho constitucional a la salud.
- Otorgar al paciente la atención que su padecimiento requiera.
- No se permite la negativa de atención, particularmente en casos de urgencia.
- No es aceptable el abandono de pacientes.
- Está proscrita la práctica de procedimientos ilegales.

Marco jurídico del principio de justicia

La Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, el Código Penal Federal y el Código Civil Federal respaldan el principio ético de justicia.^{50,54,61}

En particular:

- El artículo 61 de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, señala que los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal.^{50,54}
- El Código Penal Federal en su artículo 228 señala que los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, a los profesionistas, artistas o técnicos se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia, así como estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares cuando éstos obren de acuerdo a sus instrucciones.⁵⁴
- El artículo 229 del mismo código indica que se aplicará la sanción a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención

de un lesionado o enfermo lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.⁵⁴

- El Código Civil Federal establece en su artículo 1323 que por presunción contraria a la libertad del testador son incapaces de heredar por testamento, el médico que haya asistido a aquél durante su última enfermedad, si entonces hizo su disposición testamentaria, así como el cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos del facultativo, a no ser que los herederos instituidos sean también herederos legítimos.⁶¹

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social: Auditoría Médica. *Bol Méd IMSS* 1960;II(Supl 6):19–27.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos: *Auditoría médica. Serie de Instrucciones Médicas y Médico Administrativas*. No. 9. México, mayo de 1962.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica: *Evaluación médica. Instrucciones*. México, 1972.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica: *El expediente clínico en la atención médica. Instrucciones*. México, 1973.
5. **Pérez ÁJJ**: Evaluación médica. *Bol Méd IMSS* 1974;16:281.
6. **González MF, Pérez ÁJJ, Lee RAF**: Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Bol Méd IMSS* 1975;17:7.
7. **Lee RAF, Remolina BM, González MF, Pérez ÁJJ**: Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. *Bol Méd IMSS* 1975;17:187.
8. **Hernández BOM, Lee RAF, Pérez ÁJJ, González MF**: Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Méd IMSS* 1975;17:482.
9. **De la Fuente GL, Santisteban PB, González MF, Pérez ÁJJ**: Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica. *Bol Méd IMSS* 1976;18:295.
10. **Maqueo OP, Pérez ÁLL, Lee RAF, González MF**: Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera Parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:18.
11. **Riva CG, Aizpuru BE, Limón DR, González MF, Lee RAF et al.**: Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:60.
12. **Hernández RF, Mogollan CR, Elizalde GH, Pérez ÁJJ, Lee R et al.**: Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera parte. *Bol Méd IMSS* 1976;18:86.
13. **Donabedian A**: *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Harbor, Administration Press, 1980.
14. **Donabedian A**: *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
15. **Donabedian A**: *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

16. **Donabedian A:** Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. *Salud Pùb Méx* 1990;32(2):113–117.
17. **Donabedian A:** Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pùb Méx* 1993; 35:3:238–247.
18. **González PJ, Merelo AA, Aguirre GH, Cabrera HJA:** Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. *Rev Méd IMSS* 1984;22:407.
19. **Ruiz de Chávez M, Martínez NG, Calvo RJ et al.:** Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. *Salud Pùb Méx* 1990;32:156–169.
20. **Ruelas BE:** Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pùb Méx* 1990;32(2):108–109.
21. **Ruelas BE:** Calidad productividad y costos. *Salud Pùb Méx* 1993;35(3):298–304.
22. **Ruelas BE, Vidal PLM:** Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Pùb Méx* 1990;32(2):225–231.
23. **Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, Vidal PLM, Karchmer KS:** Círculos de calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en el atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pùb Méx* 1990;32(2):207–220.
24. Consejo de Salubridad General, Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud: *Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud*. México, Consejo de Salubridad General, 1999.
25. **Aguirre GHG:** Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. *Cir Ciruj* 1995;63:110.
26. **Aguirre GH:** Programa de mejora continua. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel. *Rev Med IMSS* 1999;37(6):473–480.
27. **Aguirre GH:** Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004–2006. *Rev Méd IMSS* 2008;46 (5):571–580.
28. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación: *Sistemas de Gestión de Calidad–Directrices para la mejora del proceso en organizaciones de servicios de salud*. PROY–NMX–CC–024–INMC–2008.
29. **Ruelas BE:** El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México. *Rev CONAMED* 2009;14,3:5–10.
30. **Saturno PJ:** *Acreditación de Instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad*. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7. Programas externos. Unidad temática 38. Universidad de Murcia, 2001.
31. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001–2006: *La democratización de la salud en México*. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, 2001.
32. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007–2012: *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. 2007:83–105.
33. Comisión Nacional de Bioética: *Comisión Nacional de Bioética, su entender, su quehacer*. Debate bioético No. 2. Julio–septiembre 2007.
34. **Kuthy PJ, Villalobos PJ, Tarasco MM, Yamamoto CM:** *Introducción a la bioética*. México, Méndez Editores, 2000:21.
35. **Fernández del Castillo C, Torres VF, Aguirre GH:** *Código de ética*. México, Academia Mexicana de Cirugía, 2002.
36. **Ochoa CFJ, Aguirre GHG, Torres VF, León PA, Neri VRH et al.:** *Ideario de calidad para los miembros de la Academia Mexicana de Cirugía*. México, Alfíl, México, 2012.
37. **Gutiérrez SC, Arrubarena AVM, Cotés GG, García PE, Lifshitz GA et al.:** *Código de ética del médico mexicano*. Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina. México, Alfíl, 2012.

38. **Pérez TR:** *Ética médica laica*. México, Colegio Nacional, FCE, 2002:11–13.
39. **Aguirre GH:** Principios éticos de la práctica médica. *Cir Ciruj* 2004;72:503–510.
40. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura: *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París, 2006.
41. **Altamirano BMM, Garduño EJ, García PMC, Muñoz HO:** *Ética clínica*. México, Corporativo Intermédica, 2006.
42. **Fajardo DG, Aguirre GH:** *Preceptos éticos y legales de la práctica médica*. México, Corporativo Intermédica, 2012.
43. **Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS:** *To err is human: building a safer health system*. Washington, National Academy Press, 2000.
44. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Atención Médica: *Registro de eventos adversos en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006.
45. **Aguirre GH, Campos CEM, Carrillo JA, Zavala SE, Fajardo DG:** Análisis crítico de quejas CONAMED 1996–2007. *Rev CONAMED* 2008;13–2:5–16.
46. **Aguirre GH:** *Calidad de la atención médica*. 3ª ed. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Noriega Editores. Páginas 2002:387.
47. **García AL:** Principios morales de la bioética. *Rev CONAMED* 2007;12–1:9–19.
48. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículos 1 y 4. *DOF* 20 de febrero de 2013.
49. Ley General de Salud: Artículos 3, 27, 41 bis, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 55, 77 bis 1, 77 bis 37, 89, 100, 103 bis 3, 166 bis, fracciones I a VI; 166 bis 1, fracción V; 166 bis 3, 166 bis 4, 166 bis 5, 166 bis 17, 166 bis 19 y 166 bis 21, 272 bis, 322, 323, 326, 333, 466 y 469. *DOF* 25 de enero de 2013.
50. Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, Relativo al Ejercicio de la Profesiones en el Distrito Federal. *DOF* 19 de agosto de 2010.
51. Organización de las Naciones Unidas: *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Resolución de la Asamblea General 217. Ginebra, 10 de diciembre de 1948.
52. **Vázquez CR:** *Bioética y ejercicio de la práctica médica*. *Derecho y medicina*. México, Fundación Mexicana para la Salud, Dirección General de Relaciones Públicas Nacionales e Internacionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2008:369–378.
53. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. artículo 46, Fracción X. *DOF* 15 de enero de 2013.
54. Código Penal Federal, artículos 228, 246, 259 y 266. *DOF* 25 de enero de 2013.
55. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, artículos 1, 46 y 47. *Gaceta Oficial del Distrito Federal* 7 de enero de 2008.
56. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 80 y 83*. Presidencia de la República, 29 de abril de 1986. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp>.
57. Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM–168–SSA–1998 del Expediente clínico. *DOF* 30 de septiembre de 1999.
58. *Código de Conducta del Personal de Salud 2002*. México, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, 2002. [http://www.smri.org.mx/normas/Archivos/Codi%20de\\$](http://www.smri.org.mx/normas/Archivos/Codi%20de$).
59. Compromiso de Transparencia en la Relación entre los Médicos e Instituciones de Atención de la Salud. <http://csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/publicac>.
60. Ley Federal del Trabajo. *DOF* 30 de noviembre de 2012.
61. Código Civil Federal, artículo 1323. *DOF* 30 de agosto de 2011.

Bioética y seguridad del paciente. Los derechos humanos del bienestar

Enrique Mendoza Carrera

Frente a su decidido mensaje inicial de protección a la vida, es curioso notar las innumerables polémicas que giran, todavía, en torno a la incapacidad actual para definir la bioética y el sentido que este conocimiento implica. No obstante, mientras el debate continúa, la vida es destruida sin descanso, de forma presurosa, por sistemas económicos, políticos y culturales sin contra discursos académicos lo suficientemente fuertes como para que la vida pueda allí refugiarse.
Roa–Castellanos y Bauer (2009)

“No se trata de encontrar soluciones para determinados problemas, sino de hallar un modo de vida distinto que no sea la negación abstracta de la modernidad, sino su superación (Aufhebung), que persiga la conservación de sus mejores conquistas y su proyección hacia una forma superior de la cultura, una forma que restituya a la sociedad ciertas cualidades humanas destruidas por la civilización burguesa industrial. No implica un retorno al pasado sino un rodeo por el pasado hacia un nuevo porvenir.
Michael Lowy

Si en el transcurso de la vida humana encuentras un bien superior a la justicia, a la verdad, a la moderación, a la valentía y, en suma, a tu inteligencia, que se basta a sí misma en aquellas cosas en las que te facilita actuar de acuerdo con la recta razón y de acuerdo con el destino en las cosas repartidas sin elección previa; si percibes, digo, un bien de más valía que ese, vuélvete hacia él con toda el alma y disfruta del bien supremo que descubras. Pero si nada mejor aparece que la propia divinidad que en ti habita, que ha sometido a su dominio los instintos particulares, que vigila las ideas y que, como decía Sócrates, se ha desprendido de las pasiones sensuales, que se ha sometido a la autoridad de los dioses y que preferentemente se preocupa de los hombres; si encuentras todo lo demás más pequeño y vil, no cedas terreno a ninguna otra cosa, porque una vez arrastrado e inclinado hacia ella ya no serás capaz de estimar preferentemente y de continuo aquel bien que te es propio y te pertenece. Porque no es lícito oponer al bien de la razón y de la convivencia otro bien de distinto género como, por ejemplo, el elogio de la muchedumbre, cargos públicos, riqueza o disfrute de placeres. Todas esas cosas, aunque parezcan momentáneamente armonizar con nuestra naturaleza, de pronto se imponen y nos desvían. Por tanto, reitero, elige sencilla y libremente lo mejor y persevera en ello. «Pero lo mejor es lo conveniente». Si lo es para ti, en tanto que ser racional, obsérvalo. Pero si lo es para la parte animal, manifiéstalo y conserva tu juicio sin orgullo. Trata sólo de hacer tu examen de un modo seguro.
Marco Aurelio

INTRODUCCIÓN

Las palabras mencionadas por el Dr. Jorge A. Pérez Castro, dirigente de la Comisión de Seguridad del paciente de la Academia Mexicana de Cirugía, respecto de la relación de la bioética con los ámbitos de la seguridad del paciente, estableciendo la escasa mención que se hace de ésta en las múltiples aristas de las implicaciones de la seguridad y calidad hospitalaria, enfáticamente en la figura del sujeto paciente, son motivación para reflexionar, lo que ha dado origen al presente capítulo. Sin embargo, al mismo tiempo son causa de significativa preocupación ya que, no obstante el interés por el conocimiento, su temeridad es un gran reto pues hace disertaciones sobre las relaciones que pudiera tener la bioética en el ámbito disciplinario, el cual sea tal vez de los más realizados y, por tanto, conocidos a nivel mundial, así como un contexto en el cual, en bastante poco tiempo, la preocupación por el error médico y la seguridad del paciente ha pasado de ser una cuestión más o menos ignorada a convertirse en un elemento clave de las políticas sanitarias nacionales e internacionales y a recaudar una inversión presupuestaria de proporciones mayores. De igual forma, en ese tiempo la bibliografía científica sobre este tema ha crecido de forma abrumadora y ha explorado casi todas las facetas o dimensiones del problema, aunque a pesar de tal incremento siguen pendientes de profundizar los fundamentos bioéticos de la preocupación por la seguridad de los pacientes.¹

La bioética es, sin duda, uno de los campos de reflexión más evidentes en la actualidad debido a una confluencia crítica de racionalidades reivindicativas de

¹ Todo el que tenga experiencia clínica sabe que ha habido muchos casos en el medio sanitario que, aunque resulte increíble que se hayan dado, así ha sido. Pero no son inauditos sólo por la ocurrencia del error, también por la reacción defensiva y encubridora que suscitaron en el personal de salud. De hecho, este ocultamiento sistemático de los errores detectados o la incapacidad para detectar otros igualmente producidos pero que quedan ocultos por la complejidad de la atención sanitaria, han sido habituales en todos los sistemas sanitarios del mundo hasta hace muy poco tiempo. Fue la publicación en noviembre de 1999 del impactante informe del *Institute of Medicine* (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de EUA, *To err is human: building a safer health system*, lo que por fin consiguió atraer sobre esta cuestión la atención de los profesionales y de los gestores sanitarios. El tema no era nuevo. Los medios de comunicación de EUA venían haciéndose eco periódicamente de este asunto desde el final de la Segunda Guerra Mundial, pero sobre todo desde finales de la década de 1970, coincidiendo con la irrupción de la crisis de la negligencia médica que enfatizaba la dramática revelación que hacía el informe en cuanto a que entre 44 000 y 98 000 estadounidenses morían al año víctimas de los errores médicos, lo que suponía la octava causa de muerte. Estos datos conmocionaron los cimientos del sistema sanitario de EUA y por extensión los del mundo entero. La onda expansiva de *To err is human* alcanzó primero a los países de habla inglesa como Inglaterra, Australia, Nueva Zelanda y Canadá. Sin embargo, algunos de esos países ya habían trabajado previamente en el tema. Australia, por ejemplo, publicó en 1994 su propio estudio sobre errores médicos, el *Quality in Australian Health Care Study*, reportando unas cifras de efectos adversos asociados a error médico tan altas como 16.6%.

la ética ante los avances del conocimiento científico y tecnológico pero, sobre todo, como una alternativa ante las crisis de diferente índole, económica, ambiental, política, social, educativa, que requieren respuestas de continuidad en la base esencial de la crítica a la razón y al proyecto de modernidad o posmodernidad que vive actualmente nuestra humanidad.

Es difícil señalar con exactitud el origen de un periodo histórico, un movimiento cultural o hasta una disciplina académica. La mayoría de las veces los comienzos están demasiado lejos y acaban perdiéndose en el pasado. Incluso cuando todavía no han pasado muchos años del inicio de algo nuevo los acontecimientos que le dieron origen pueden ser diversos y distinguir un primer paso es siempre problemático. Hablar del origen de la bioética implicaría, inevitablemente, especular.

Desde luego que la especulación empieza con el intento de definir el término bioética. Podemos decir que la bioética consiste en el estudio sistemático de la conducta moral en las ciencias de la vida, pero indiscutiblemente no queda allí, se extiende a derechos subjetivos y personalísimos de los sujetos, a la investigación clínica y a la muerte y a muchos más ámbitos mundiales más allá de la medicina. Se puede mantener que la bioética es una disciplina nueva y verdaderamente

Pero no fue sino hasta la publicación del IOM que se dio una auténtica explosión de iniciativas tanto gubernamentales como privadas destinadas a investigar, detectar y paliar el fenómeno. Especialmente relevante es la *National Patient Safety Agency* del Reino Unido, creada en julio de 2001 para asumir la coordinación de los programas con impacto en la seguridad del paciente que antes estaban dispersos por los diferentes departamentos del *National Health Service*. Esa agencia se ha convertido en un punto de referencia obligado a este lado del Atlántico. Finalmente, el 27 de octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud anunció la puesta en marcha de la Alianza mundial para la seguridad del paciente, con la meta de poner en marcha seis programas entre 2005 y 2006. Este hecho expresa claramente que la preocupación por la seguridad del paciente se ha convertido ya en un fenómeno mundial. De manera sorprendente, la seguridad del paciente pasó de la ignorancia generalizada a convertirse en pocos meses en un punto prioritario de la agenda política de muchos países. En 2001, el Congreso de EUA aprobó en los presupuestos una inversión de 50 millones de dólares destinada a la investigación del fenómeno y a la puesta en marcha de planes de mejora por parte de la *Agency for Healthcare Research and Quality*, dependiente de los *National Institutes of Health* del Departamento de Salud de EUA. Dicha agencia estableció el Centro para la seguridad y la mejora de la calidad, el cual se ha convertido en el punto de referencia del segmento sanitario de EUA respecto a la seguridad de los pacientes pues ejerce el liderazgo de la investigación, educación, información, documentación, coordinación y planificación de la política sanitaria. Muchos otros organismos, tanto públicos como privados, estatales o federales, han contribuido a tejer la rica e intensa red que se ha desplegado en EUA respecto a la seguridad del paciente, mediante sus actividades de financiación, investigación, docencia y gestión. Entre ellas se cuentan instituciones públicas como la *Veteran's Health Administration*, entidades acreditadoras como la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organizaciones mixtas (públicas y privadas) como el *National Quality Forum* (NQF), entidades dependientes de organizaciones profesionales, como la *National Patient Safety Foundation*, auspiciada en sus orígenes por la *American Medical Association* o aseguradoras sanitarias como el *Lepfrog Group*.

emblemática de nuestra era. Ninguna otra disciplina o campo de estudio refleja con mayor fidelidad nuestra contemporaneidad. La medicina y las ciencias de la vida son motivo de gran preocupación para la mayoría de los médicos y se les destina una enorme cantidad de recursos sociales.

El campo de la bioética abarca los numerosos dilemas éticos generados por la investigación biocientífica y sus aplicaciones médicas. Es una disciplina paradigmática porque tales dilemas nos obligan a todos a enfrentarnos con los problemas esenciales de la vida y la muerte, lo cual implica preguntas y respuestas de problematización:² ¿quiénes somos?, ¿por qué estamos aquí?, ¿qué son la familia, la integridad, la identidad, el parentesco, la libertad, el amor o la comunidad? Es por esto que la bioética continuará expandiéndose y teniendo la misma importancia en este siglo XXI.

No obstante, la pertinencia de muchas respuestas, lo que está generando una mayor expectativa, proviene de considerar recientes temas bioéticos: el Proyecto Genoma y los grandes adelantos que se han dado solamente en los últimos quince años, cuestión que hace muy importante el hecho de desplegar muchas consideraciones éticas en el mundo molecular, el cual no es observado de forma directa por nosotros pero que sin duda implica comprender lo que sucede y actuar en consecuencia de una sucedánea bioética.

En este sentido, el Proyecto Genoma entregó el mapeo completo en 2003 (<http://www.genome.gov/10005139>) y la información encerrada en los genes descifrada, se presentarán nuevos problemas éticos. Esto ya está ocurriendo con cada nuevo descubrimiento sobre las bases genéticas de las enfermedades. La información generada por la investigación genética tiene un potencial dicotómico, es decir, ominoso y esperanzador al mismo tiempo. Podrían crearse bancos de información genética individual. En esta precisión, si se pudiera acceder a esta información las agencias del gobierno, la policía, los empresarios y las compañías de seguros podrían literalmente dividir a las personas en categorías y destruir las iniciativas humanas.

Sólo mediante criterios éticos bien pensados y políticas éticas juiciosamente desarrolladas podrían evitarse los peores resultados imaginables. La propia dignidad y libertad del ser humano depende de cómo se maneje éticamente este proyecto biocientífico que es necesario revisar a profundidad. En tal proporción corresponde a la bioética articular un puente entre el nuevo conocimiento y sus fundamentos éticos.

El Proyecto Genoma Humano es el proyecto de las ciencias de la vida de los

² Según Ricardo Sánchez Puentes, Investigador del CESU–UNAM, la problematización es el proceso por el cual se construye un objeto de investigación. **Sánchez PR:** Didáctica de la problematización en el campo científico de la educación. Perfiles educativos 1993.

años que han transcurrido hasta ahora del siglo XXI y puede compararse fácilmente con el proyecto de los físicos de liberar el poder del átomo en la década de 1940. Los beneficios potenciales son muy grandes, cierto, pero si los problemas éticos asociados no se discuten y piensan de antemano la vida humana tal como la conocemos hoy, una sociedad civilizada, libre y democrática, podría verse amenazada.

Es difícil imaginar el ingente número de problemas éticos que pueden plantearse, pero las consecuencias de no ocuparse de las dimensiones bioéticas de tal proyecto son aún más ominosas. Por ello no es de extrañar que una parte del dinero destinado al Proyecto Genoma Humano se dedique a estudiar sus aspectos bioéticos. Las cuestiones éticas planteadas por los avances de la genética ya están presentes en la clínica, pero en ningún lugar con la intensidad con que se desarrollarán una vez que los nuevos conocimientos se conviertan en nuevos tratamientos, lo cual convierte a este tema en un orden de sustentabilidad y cuidado basado en el Principio de precaución.

Por su teoría y metodología la bioética se presenta como una instrumentación necesaria para motivar la reflexión y una forma de repensar de manera responsable las propias acciones humanas en despliegue necesario de las buenas praxis y dispraxis del ejercicio profesional de todas las disciplinas pero, en el caso de las acciones médicas en particular, respecto a la seguridad de los enfermos en la práctica clínica. En este ámbito se propone discutir los conceptos de acción, del ser humano capaz de ejercer cotidianamente los aspectos éticos y morales, de libertad y responsabilidad, de bien y mal, de praxis y dispraxis en el hacer profesional de la medicina, así como analizar la propuesta de que la relación entre la bioética y la seguridad del paciente pueda considerarse como espacio de representación de los derechos humanos del bienestar, de la misma manera en la que esta relación ha estado surgiendo de una relativamente nueva circunstancia de la relación médico-paciente. En este planteamiento los médicos deben aludir en primera instancia a una concepción ética que presente a sujetos capaces de dialogar con el otro (los pacientes), de desear y procurar una vida buena con la finalidad de equilibrar la salud (finalidad de la acción médica), en la cual el otro se presenta como el propio fundamento del deseo y como referencia del bien, ostentando la finalidad última de conservar la salud física y mental de los sujetos.

Esta concepción reflexiva y hermenéutica³ de los sujetos capaces defiende, además, la capacidad de esos sujetos de dialogar con las normas ético-morales, racionales-técnicas de su comunidad y de los derechos humanos, adecuando su deseo de realización a la construcción de organizaciones de salud en el ámbito de una sociedad más justa.

³ Disciplina filosófica que se encarga de estudiar los límites del conocimiento humano integrado.

Con esta orientación el objetivo de este capítulo es destacar el carácter dialogal de la bioética, desde la concepción de un sujeto que dialogue (dialógico), que se constituye en la relación con el otro y con el mundo, hasta el diálogo entre el deseo y la obligación profesional, entre la ética teleológica,⁴ la moral deontológica⁵ y una ética ontológica, que se encuentran confluenciadas —a veces conflictuadas— en las historias de vida, tanto del profesional médico como de los pacientes; expresada dentro de la constitución del ser voluntario para encontrar la capacidad de proyectar (estado de yecto a la manera de Heidegger), de querer la intencionalidad ontológica de la persona, la decisión liberadora de la voluntad y la conciencia.⁶

En relación a estos presupuestos el Dr. Ricoeur (2009) mencionó que la voluntad del sujeto manifiesta el nivel primario de la ética (su punto de partida) y está encarnada en el ser-capaz-de-ser de la persona. De esa manera, la ética se presenta como la atestiguación de ese poder hacer de la libertad “en acciones efectivas que la testimonien”. En otras palabras, las accionalidades médicas que configuran la experiencia se traducen como obra o producto en la realización de la historia real. Así, lo absolutamente primario en la ética “es el deseo de ser, enclavado en un deseo de hacer que serían la expresión, la marca y la señal de ese poder-hacer” y, por supuesto, lo que serían los efectos en el dominio axiológico independientemente de su concreción.

En este nivel primario de la ética, de la primera persona, del deseo de ser, es necesario sumar, para una comprensión completa de la ética, el deseo por la libertad del otro, “el querer que tu libertad sea”. Dicho de otra manera, a mi deseo de ser se suma, analógicamente, el deseo de ser del otro, pues sólo “cuando existe la libertad del otro y yo la reconozco es cuando de verdad estoy reconociendo mi libertad”. En otras palabras, cuando se piensa que en el eje esencial de la accionalidad-finalidad médica se encuentra la empatía se puede advertir que la vulnerabilidad del otro, en su calidad de enfermo, puede de tal forma ser la del médico que el deseo de liberación de la enfermedad se traduce como un hecho que afecta a los miembros de la relación médico-paciente, tanto por la situación circunstancial de que la enfermedad puede afectarnos a todos, como por el hecho de que el médico se procura un cuidado para sí mismo como profesional de la salud que lo aleje del potencial ámbito de enfermedad.

En las palabras de Ricoeur: “toda la ética, me parece que nacería de esta tarea desdoblada de hacer advenir la libertad del otro como semejante a la mía. ¡El otro es mi semejante! Semejante en la alteridad, otro en la similitud”, en la enferme-

⁴ Finalidad última.

⁵ El deber ser profesional.

⁶ Vale la pena aclarar que del lado de lo involuntario se encuentra la propia corporeidad (no tenemos el suficiente dominio sobre nuestro propio cuerpo para impedir las enfermedades), el inconsciente, la necesidad y el error.

dad, en la posibilidad de recobrar la salud y en la capacidad de elegir de acuerdo a la autonomía.

De este tópico bien decían Aristóteles y Kant en sus respectivos tiempos, que la elección es el corazón de la vida moral. Otros varios autores han reconocido también que la elección es el corazón de la vida moral. Entre ellos Sartre (*L'existentialisme*), quien planteó la recuperación del sentido ético de la elección por la que decidimos día a día nuestra existencia. En esta elección el médico compromete su existencia porque alguien (el paciente) cuenta con él, el médico es responsable de sus acciones ante el paciente (otro) y ante sí mismo y en el proceso se despliega la experiencia que puede hacer saber de la confluencia entre el saber científico del médico y su ser humanitario, que aparece en el devenir de la ética de la responsabilidad.

En esta precisión, el término responsabilidad reúne las dos significaciones: contar con las adecuadas acciones profesionales y ser responsable de las mismas de cualquier manera, porque éstas se significan en la idea de una respuesta a la pregunta: ¿dónde estás?, ¿qué me estás haciendo y para qué?, planteada por el otro que solicita al médico. La respuesta del médico es: ¡Heme aquí! Respuesta que dice el mantenimiento de sí, que brinda la obligatoriedad de la conciencia, aunque este mismo marque también el límite de la propia objeción de la conciencia, hecho que también tiene cabida analítica en la propuesta bioética.

En esta tesitura el papel que tiene la ética y la moral para la constitución del sujeto es primordial, una vez que la ética, como ya se vio, desempeña un rol en el mantenimiento del sí mismo en la ipseidad⁷ además de insertar al sujeto en una red de significaciones cualitativas que le permiten, a su vez, definir y cualificar sus propias acciones.⁸ En este sentido podríamos pensar que una vez que no podemos contar con la predisposición al bien de todos los sujetos, el bienestar social puede garantizarse y mantenerse sólo a costa de un contrato. Un contrato que no solamente legitima el convivio sino, como en el caso de Rawls, garantiza la realización de los intereses individuales entre individuos racionales. Así, la moral se presenta como la garantía de la legitimidad de la ley, que respalda la justicia de las cosas materiales y simbólicas entre individuos libres. La moral sostiene, así, los principios mínimos que garantizan el convivio humano, que garantizan que las aspiraciones individuales obedezcan a unas normas comunes. El bien, aspiración de un sujeto individual, se transforma en lo correcto, o sea, un acuerdo socialmente constituido e impersonal.

⁷ Vida interior del sujeto, que también se podría enunciar como el yo profundo o el mí mismo (ipseidad) en la propuesta filosófica de Ricoeur.

⁸ Efectivamente, ¿cómo podría yo saber si, en el curso de la acción, la estima de una cosa es adecuada a la estima absoluta de la buena voluntad, sino planteando la pregunta: es universalizable la máxima de mi acción? (SO., p. 218)

En este planteamiento, también podemos comprender que la moral desempeña un rol de evaluador de las aspiraciones éticas que garantizará que sus intenciones tengan el aval de las normas o leyes instituidas por una determinada sociedad o por una determinada comunidad de agentes como, por ejemplo, los profesionales de la salud. En términos de praxis, lo importante es que no haya contradicciones entre las aspiraciones éticas y las normas instituidas. En otras palabras, es menester reconocer los diferentes ámbitos de realización de los valores humanos. Tal cuestión es importante debido a que con bastante regularidad se confunde la ética con la moral, la ética con la normatividad y regulación, la ética con la deontología y la ética con la bioética en términos nominales.⁹

Sin embargo, en este sentido no nos relacionamos solamente con las personas más próximas a nosotros, sino también a muchas más de manera anónima, por ejemplo, a través de lo que nos publican, y esto es porque vivimos en comunidad. La vida en comunidad implica que cada sujeto asuma y se responsabilice de las normas comunes, los principios que garantizan el buen convivio. El sujeto capaz es así visto como un sujeto capaz de vivir en comunidad porque tiene la capacidad de reconocer esos principios comunes y de actuar de acuerdo a ellos. No busca, de manera egocéntrica, solamente satisfacer sus deseos individuales, sino también puede desarrollar el deseo de convivir. Convivir no sólo implica la obediencia a la ley, implica también el deseo por el otro. Convivir implica la capacidad de dialogar con el otro y con el propio mundo de los textos y de su contexto, traducidos en la clínica como aquellos hechos que tienen que ver directa o indirectamente con la salud.

Asimismo, la perspectiva de las capacidades también es abordada por Ricoeur, quien reflexiona sobre las capacidades del ser humano en tanto que ser que actúa y que sufre. Las capacidades son uno de los polos de la identidad personal, el otro es el reconocimiento. Es decir, el recurso a las demás personas para dar estatuto social a la certeza personal que tiene cada individuo respecto de sus propias capacidades, porque, afirma Ricoeur, las capacidades se pueden observar desde fuera, pero lo esencial de ellas es que se sienten y viven desde dentro, con certeza. Lo que se está queriendo decir con este planteamiento es algo esencial: capacidad y reconocimiento son dos elementos necesarios e insustituibles de la identidad de las personas. El conocimiento de uno mismo requiere la presencia de los otros, el reconocimiento mutuo. La identidad y la alteridad están unidas (Mendoza Carrera, 2013).

Por lo tanto, en toda esta configuración del pensamiento, Ricoeur no olvidó en ningún momento la justicia, y la pone en el tercer momento de su ética: vivir

⁹ En esta consideración es menester mencionar que este tópico es de suma importancia, por lo que merecería un análisis más amplio para revisar las significaciones aplicadas en las diferentes instancias sociales de vínculo y relación humanas.

bien, con y para el otro en instituciones justas. Con las instituciones pasamos propiamente de la dimensión política del sujeto a la del hombre capaz. Es decir, al ciudadano real. Así, en la perspectiva ético/moral de este autor, el sujeto aprehende el sentido de la norma y el significado que tiene para su propia vida. De esta manera, no obedece más ciegamente a la ley, obedece porque comprende su sentido, comprende que él está implicado en ese sentido. La legitimidad es directamente proporcional a su sentido. Es legítimo aquello que tiene sentido y que podría tener más sentido si no aquello en que nos sentimos directamente implicados, aquello en lo cual reconocemos nuestras propias aspiraciones, definidas concretamente en un proyecto de vida elegido real y directamente por cada profesional que así asienta su vocación y con ello la finalidad última de su vida.

LA PANDEMIA DEL ERROR MÉDICO

El extraordinario documento *La pandemia del error médico: acercamiento ético y preventivo* (Di Lorenzo y col., 2012), da cuenta de un análisis detallado de esta reconocida problemática, en donde se ha establecido la promoción de una cultura proactiva dirigida a la prevención del evento adverso, sobre todo motivado por los altos costos que este representa. Plantea detenidamente el error médico en la óptica no sólo de reducir las controversias, sino también de la finalidad ética de perseguir el mejoramiento de la calidad de funcionamiento de las estructuras sanitarias y de las prestaciones médicas ofrecidas a los usuarios.

No obstante que cada vez se toma mayor conciencia de las problemáticas que origina el evento adverso, se ha establecido incesantemente desde tiempo pretérito que la fuente del error es involuntaria, como involuntaria es también la manifestación de la angustia de culpabilidad como resultado de una acción dispráxica. Según diferentes autores la culpa, como expresión real en los procesos de culpabilización, es uno de los mayores obstáculos, posiblemente el más importante, para lograr la seguridad del paciente.

El error en medicina ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer hasta que se sumó en la práctica el hecho de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad, irresponsabilidad individual o falta de formación debida, situación en la que además de la culpa, se aunó la configuración del castigo, situación que agravaba mucho más la percepción del sujeto en la expresión de la culpa.¹⁰

El estatuto del error pasó de esta manera a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad en la precisión de la lógica de vigilar y castigar, lógica

¹⁰ Se puede consultar el libro de Michael Foucault: *"Vigilar y Castigar"*, Siglo XXI Editores, para profundizar este tópico.

que sigue siendo una de las prácticas del aprendizaje médico para causar la angustia, sobre todo cuando el error fue considerado como producto de mala práctica (dispraxis), determinó que se ocultara, disimulara con falsedades o se transfiriera la propia responsabilidad a otro par profesional, entendiendo que son situaciones humanas que se siguen viviendo seguramente en cada centro hospitalario.

Como quizá sea posible comprender, estas situaciones no fueron —ni son— benéficas ni individual ni colectivamente para el contexto médico. En tal sentido se puede suponer que todo esto determinó que se dejara de aprender del error. Es decir, olvidamos por soberbia o ignorancia (tautología) que los seres humanos somos seres falibles, más aún cuando actuamos en un sistema complejo y damos paso a que en nuestra cultura prevalezca el sentimiento de la culpa de la persona o personas que se ven involucradas en una situación que ocurre por error y que podría haberse evitado.

También se puede suponer que tales cuestiones son atribuidas a profesionales que se someten —aún sin haber sido culpables— a este proceso de culpabilidad, lo que ha dado paso a la promoción de un mayor temor en los profesionales de la salud y genera una creciente tendencia a ocultar los errores por temor a ser sancionados y exhibidos como incapaces o faltos de ser competentes para realizar los protocolos en torno a la calidad y seguridad de la atención médica, a la proporcionalidad terapéutica y a la conveniente valoración riesgo–beneficio, que también son dimensiones que son susceptibles de ser consideradas dentro del ámbito claro de la bioética y que sin duda son constituyentes de las decisiones éticas y técnicas en la práctica clínica.

De tal manera, es lógico pensar que el error forma parte de la constitución de lo humano, lo que no forma parte de esa lógica es no hacernos permisible que el error sea entendido con una visión integral. Es decir, en una cadena de acciones en torno al paciente en su atención clínica se puede suponer que todos podríamos tener alguna responsabilidad y tal cuestión habría que ubicarla como “fallas en el sistema y no necesariamente en las personas”. En otras palabras, ocupados en ejercer el o los señalamientos de los presuntos culpables, se ha dejado de lado la discusión sobre lo que se sabe y lo que se hace, entre lo que académicamente podría hacerse y lo que prácticamente puede hacerse y entre lo que se hace y lo que debe hacerse. En otras palabras, la praxis siempre debe estar vinculada entre la teoría y la práctica. Pero como diría Aristóteles, no basta sólo con hacer, hay que hacerlo bien, y esto brinda paso a la prohnesis, al ejercicio de la prudencia para reconocer el alcance de nuestra finalidad. De tal forma, toda esta estructura es justamente todo lo que conlleva una praxis enraizada al principio de precaución y a la armonización de las buenas prácticas clínicas, elementos también vitales de las propuestas bioéticas.

En esta orientación del estamento bioético se abre una mirada propositiva para abordar el error de forma natural, la de hablar con argumentación de la seguridad

del paciente, siendo esencial transformar la culpabilidad por el error, como parte de un “conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas de las organizaciones sanitarias que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse; notificando y analizando los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo así una cultura no punitiva sobre el error que los considera como parte del aprendizaje y busca evitarlos”.

En México se desconoce en general la magnitud, gravedad y vulnerabilidad de los eventos adversos, errores o posibles errores, debido a que no se ha logrado aceptar del todo el ordenamiento de la cultura bioética. Es decir, la comprensión de su ejercer y la ubicación de las finalidades que conlleva en las accionalidades de la práctica médica. En este sentido hay evidencias que muestran que tales situaciones no son diferentes a las de muchos lugares del mundo. La mayoría de los problemas ocurren en los hospitales porque los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos. En tal circunstancia es preciso mencionar que cada etapa del proceso de la atención médica en los procesos transhospitalarios tiene algún grado de inseguridad intrínseca. Por ejemplo, los efectos secundarios de los medicamentos o de las interacciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia en el servicio de salud de productos no acordes a las normas o defectuosos, los fallos humanos o las deficiencias implícitas del sistema.

En consecuencia, los eventos adversos (que son aquellos daños más imprevisibles relacionados con los procesos de atención médica o sanitaria) pueden pensarse como deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema, en vez de prácticas aisladas de los proveedores de servicios.

En ese sistema de atención también el profesional de la salud debe entender (se) como usuario de servicios de salud, situarse a veces como paciente para observar y entender (se) en la cadena de responsabilidades o factores que pueden contribuir a que un evento adverso aparezca o no o se prevenga. En esta consideración, se puede comprender que si se asiste a una consulta médica se da por entendido que se cumplirán todas las normas de procedimiento que garanticen el cuidado de uno y que no debe uno preocuparse tanto de efectuar su cumplimiento.¹¹ No obstante, la esencia de tales pensamientos es no hacer a otros lo que no se quiere que le hagan a uno, lo que corresponde plenamente a la idea del primero no dañaras.

¹¹ En este sentido, sólo ejerciendo la mirada de la atención médica desde el usuario es cómo se podría tener la capacidad de preguntarnos si nuestros pacientes se atreverían a preguntarnos si nos lavamos adecuadamente las manos previamente a explorarnos. En tal circunstancia es posible suponer que no harían tal pregunta, debido a que se asume que la formación, compromiso o buenos hábitos del profesional aunados a la estructura de una organización preparada con todos los elementos necesarios determinan que cada vez que se asiste a un paciente por una condición específica se refleja

En este ámbito se podría entonces percibir otro elemento que se relaciona con la bioética y que se implica a la comprensión y ejercicio de una filosofía del cuidado en la relación paciente–profesional de la salud, en la finalidad de otorgar una relación de libertad y dignidad de cuya historicidad se puede decir que han ido de la mano, pero que en la articulación de esta relación debe vincularse la autonomía de ambos sujetos. En la inteligencia de que si tal autonomía se sustrae a los individuos y a las comunidades, entonces se les estará privando también de dignidad. Desde luego que esta mención no sólo involucra los propios preceptos de la fundamentación bioética, sino también alcanza los derechos humanos, dado que la obligatoriedad de todo acto médico está implicado a la protección de la vulnerabilidad, integridad y autonomía del paciente, entendiendo esta última en su sentido etimológico, a saber, la capacidad de darse u otorgarse una ley propia de cada persona.

En esta inteligencia del estatus social e institucional de la salud, el elemento vital que ha venido planteando la bioética global, tanto a la manera del Dr. Fritz Jahr (1929) en torno al imperativo bioético, como a la manera del Dr. Potter (1971) en torno a considerar a la bioética como puente al futuro, es justamente la idea de preguntarnos ¿cómo podemos transformarnos?, ¿cómo prepararse, por lo tanto, a lo inesperado?, ¿cómo elaborar una y otra vez patrones de experiencia (acción) que puedan recorrerse con cierto éxito?, ¿cómo pensar el futuro en un ámbito en donde tal vez ya no vamos a estar?

En esta disertación, este es un tiempo histórico en el que la percepción de la incertidumbre y del riesgo han aumentado y en el que el futuro, incierto por su propia naturaleza, parecería carente de previsibilidad. Pero ya planteaba Keynes (*In a Treatise on Probability*, 1921) que “lo inevitable no ocurre nunca, lo inesperado siempre”; lo que lleva a recordar una cita de Gustavo Cerati (2009) “la poesía es la única verdad. Sacar belleza de este caos es virtud”. En este contexto del mundo actual y sus grandes problemáticas actuales, motiva a pensar en términos de sistema, dado que es el mejor modo de adoptar soluciones definitivas para reducir riesgos, soluciones que hagan hincapié correctamente en cada componente

al individuo entrenado, el cual procede a lavarse las manos para evitar, entre otros problemas, las infecciones intrahospitalarias, aunque las evidencias de que éstas persisten aún ahora en el siglo XXI nos indican que muchas veces esto no es así. Según una publicación de la Iniciativa Mundial en pro de la Seguridad del Paciente, entre 5 y 10% de los pacientes que son ingresados en hospitales en los países desarrollados contraen estas infecciones. En algunos países en desarrollo, el porcentaje de pacientes afectados puede superar 25%. Lavarse las manos, una acción muy sencilla, sigue siendo la medida principal para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos y aumentar así la seguridad de la atención en todos los centros, desde los complejos hospitales modernos hasta los puestos de salud más sencillos. Sin embargo, si el problema persiste todos seremos responsables.

de la seguridad del paciente por oposición a las soluciones elaboradas a partir de aspectos más limitados y más específicos del problema, que tienden a subestimar la importancia de las demás perspectivas, de tal manera que para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender varias acciones complementarias:

1. Prevenir los eventos adversos.
2. Darlos a conocer.
3. Mitigar sus efectos cuando se producen.
4. Potenciar el compromiso y sensibilidad del profesional de la salud para el registro y seguimiento de los eventos adversos.

Estos elementos requieren de volver a aprender de los errores, mejorar los sistemas de notificación de los mismos y tener más capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pudieran dar lugar a un evento adverso. En esta tesitura, es necesario destacar la seguridad de los pacientes como una cuestión primordial en el funcionamiento del desempeño de los sistemas de salud y de la gestión de la calidad.

Como parte de esta postura institucional–organizacional de la salud quizá el primer reto sea aceptar que la medicina es proclive al error y es comprensible la inevitabilidad del error por la incertidumbre inherente a toda actividad humana, la predictibilidad incompleta y sólo estadística que ofrecen los conocimientos médicos y los inevitables límites impuestos por el tiempo. Puede ser muy difícil para la sociedad aceptar estas cuestiones del error y mucho más para un individuo con un padecimiento cuando el error afecta a su persona, pero que lo entienda no es imposible y ya existen casos de pacientes que han aceptado esta condición si y sólo si, se les dice la verdad.

La configuración de la verdad en términos racionales indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas, en un planteamiento también de humanismo de las acciones médicas.

En tal sentido, para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias, así como las situaciones o circunstancias que se cree determinaron su aparición. Esta transparencia sólo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en la que el error no es equivocarse, sino no aprender a no cometer el mismo error uno mismo y a enseñar a los demás para que no lo cometa toda la comunidad médica.

FILOSOFÍA DEL CUIDADO¹²

En la situación actual de la segunda década del siglo XXI, esta concepción de la ética que se ha llamado bioética, tiene la calidad de un sistema de ética médica,

a favor integral de la salud, cuyo modo de realización y apropiación consiste en un análisis comprometido de las circunstancias surgidas de los casos clínicos que ameritan discusión en términos de una ética deliberativa, implicando regular las decisiones y acciones entre los individuos, entre el individuo y la sociedad, además del entorno natural, creando una incesante capacidad de significar y decidir, de comprender y tomar decisiones ante las problemáticas inéditas que la práctica profesional presenta día con día. En esta inteligencia, la propuesta de la bioética es un acercamiento válido y pertinente en el ámbito de la salud que debe ser capaz de abordar las problemáticas concretas y, a través de la deliberación, ponderar el rescate incesante del buen saber y hacer científico, bioético y espiritual que traduzca el ejercicio de volver a la salud a los enfermos, dando inicio al mismo tiempo a un proceso que haga volver a los fundamentos más humanistas de la medicina. En otras palabras, la bioética del cuidado al inicio del siglo XXI es la esencia de una orientación que va libremente del uno al otro, es la obra de la identidad de las profesiones de la salud.

No obstante, en este necesario proceso de resignificación en éstos nuestros días de siglo XXI, nadie podría negar que la medicina ha alargado los horizontes y niveles de vida de los sujetos, ámbito en el cual está claro que las condiciones ambientales son fundamentales, siendo también territorio de involucración del origen de la bioética hace casi 87 años en la vertiente bioética europea del Dr. Jahr y cuarenta años en el planteamiento americano del Dr. Potter. En este sentido, paradójicamente al nacimiento histórico de la bioética, están delineadas con grandes crisis sociales, enfatizadas tanto en el tiempo del Dr. Jahr como en el tiempo del Dr. Potter (1971) y, a pesar de las miradas favorables del horizonte que proponen, los médicos se encuentran de frente a las consecuencias económicas, políticas, sociales, educativas y filosóficas surgidas del progreso del conocimiento médico y, desde luego, consecuentemente a las expresiones diversas de un reduccionismo del humanismo en medicina, se está favoreciendo en cambio una medicina más técnica, defensiva y privada, una medicina más indiferente al sujeto enfermo en su expresión más social y, con ello, se favorecen las dificultades para desarrollar una salud pública de mayor alcance y calidad, además de un cierto desligamiento entre las culturas científica, tecnológica, religiosa y humanista.

En este aspecto la medicina es idealmente una humanidad al otro ser humano, pero también es una ciencia y como tal tiene que pagar un tributo. Es decir, ¿la

¹² Esta parte del presente documento ha sido desarrollada de manera similar en un capítulo del libro *Bioética, humanismo y clínica psiquiátrica* (2011), del propio autor del presente capítulo, sólo que en esa oportunidad fue pautaada hacia la salud mental. En aquél libro se considera que el ejercicio de cuidar tiene que ver con la inquietud de ser de la anacoresis: examen del alma que cada uno de nosotros debemos realizar para aprender a cumplir el principio activo de cada ser humano, “si somos capaces de cuidar de nosotros, seremos capaces de cuidar a otros”.

sociedad necesita médicos o sabios? La respuesta se orienta sin duda a señalar una idea separada de la medicina como vocación y la medicina orientada a la investigación. En tal caso, es posible afirmar que quizá en el renglón de la investigación son otros profesionales de las ciencias básicas los que más desarrollan la medicina, traduciéndose inevitablemente en una serie de teorizaciones y comprobaciones necesarias que tienen que realizarse en la práctica cotidiana con los pacientes. Así, se puede entender que enfrentar las enfermedades y recuperar el equilibrio biológico y mental de los sujetos sea el principal objetivo, aunque bien hay que decir que de sujeto a sujeto médico hay prácticas diferentes, razón por la cual la medicina no es infalible.

En tal circunstancia, el acercamiento real que se quiere ponderar —entre otros tópicos— se dirige al sentido de las negligencias médicas, considerando que los médicos son personas y que como tales *errare humanum est*. Sin embargo, no hay que olvidar que la fuente del error es siempre involuntaria y que lo que se llama error es muchas veces falta de conocimiento, capacitación o entrenamiento, cuestiones que pueden conducir a lo que hoy en día se denomina encarnizamiento terapéutico u obstinación terapéutica, involucrando a todo el profesional de la salud. Por lo tanto, es necesario aceptar que se cometen muchas negligencias en el ámbito clínico, debiéndose aludir a la conciencia real de la comunidad de la salud, así como aceptar que éstas son más graves que en otras profesiones. Los actos médicos deben ser más valorados que mecánicos pues está en juego la vida de los sujetos y la tarea de los profesionales de la salud es defender la vida y con tal acción el equilibrio físico y mental que requieren los pacientes, con los límites y riesgos que la práctica médica conlleva, tanto si se es médico como si se es paciente.

El ejercicio de la medicina, desde siempre y por siempre, estará signado por errores conceptuales y de acción por parte de médicos e instituciones de asistencia (complejo médico-industrial) en detrimento del paciente, con impacto en lo social y lo económico, por más que la sofisticación técnica acuda en su ayuda. Tal vez la pregunta más vital sea aquella que tiene que ver con ¿dónde está el milagro de la salud?, como lo precisó K. Jaspers:

“En un mundo donde nos matan los diagnósticos y no necesariamente las enfermedades, un mundo en donde las sociedades se ostentan a sí mismas como enfermas y que aparte de las responsabilidades anónimas derivadas del ser humano les deparan, por lo tanto, experiencias de asombro ante lo incognoscible y el señalamiento también anónimo a los sujetos para mencionar que son siempre los demás culpables de lo que nos pasa, de modo que lo que va quedándonos más o menos claro es que lo extraño no es tanto la enfermedad, sino que el milagro de la salud es un fenómeno oculto en la inmensidad de las preocupaciones humanas”.¹³

¹³ Gadamer HG: El estado oculto de la salud. España, Gernika, 2000.

Por lo tanto, sin negar los presupuestos científicos y técnicos de nuestros días, debemos de abrir nuestros esfuerzos a un conocimiento humano integrado en calidad de interrelación hermenéutica¹⁴ que rubrique el sentido antropológico de mayor humanidad al ser humano, que nos haga saber que más que medios nuestra tarea nos lleva a una misma finalidad. En este sentido el principio de da a los otros y a ti mismo es una tradición de hospitalidad y fraternidad a nuestros semejantes humanos. “Todo cuanto queráis que os hagan los hombres, hacedlo también vosotros”. En tal orientación se puede hacer constar la semejanza con la frase clásica de Platón: “buscando el bien de nuestros semejantes encontramos el nuestro”.

En esos aspectos el imperativo categórico de Kant podría entenderse como una modernización, racionalización y secularización de esta regla de oro: “actúa de tal manera que la máxima de tu voluntad pueda servir en todo momento de principio de una legislación general”¹⁵ o bien precisando que se debe actuar de tal manera que tanto en la persona propia como en la persona de los demás utilicemos siempre a la humanidad como fin y nunca como simple medio. Bernard Shaw escribió alguna vez: “no hagáis a otro lo que quierdes que se te haga a ti pues podría ser que tuviera un gusto distinto del tuyo”. Esto significa en primer lugar y ante todo que debe tratarse a cada ser humano como un ser que, como nosotros, es un fin en sí mismo. Es decir, que identifiquemos en lugar de causas, motivos, enfatizando en la relación ciencia–ontología.¹⁶

Dos principios que siempre deben iluminar el entendimiento y acción en toda la vida hospitalaria son, primero, la prevención, que se utilizará sin duda en los casos donde se conoce la consecuencia de la aplicación de determinado método, procedimiento, ciencia, tratamiento o técnica terapéutica; y segundo, la precaución, que se aplicará en caso de no tener la certeza o consecuencia de lo que pudiera pasar por la aplicación de determinado procedimiento, técnica, etc.¹⁷

Estos últimos presupuestos tienen que ver con las propuestas que la bioética del cuidado ha prodigado en torno al principio de precaución, el cual tiene diferentes renglones:

¹⁴ Disciplina filosófica que se encarga de estudiar los límites del conocimiento y otorgar un sentido original de su interpretación.

¹⁵ Sin discusión de que precisamente por preceptos como este a Kant se le utilizó para dar una estructura a la ciencia moderna, pensando incluso por tal razón, porque a Kant se le ha considerado tradicionalmente en la historia de la ciencia como el nieto intelectual de René Descartes.

¹⁶ Disciplina filosófica que se ostenta en una antropología metafísica y que tiene que ver con el sujeto en búsqueda–encuentro de sentido como existente en la vida cotidiana.

¹⁷ Prevención es una acción para evitar algo que se tiene certeza de los resultados negativos para la salud humana o el medio ambiente. Precaución es reserva, cautela, para evitar o prevenir los inconvenientes, dificultades o daños que pueden tenerse.

1. La evaluación científica de la amenaza a la salud, medio ambiente y generaciones futuras no es conclusiva en torno a una última palabra. La amenaza se presenta como un problema que no es totalmente medible: sólo hay indicios de los posibles daños.
2. Los indicios planteados son plausibles y se pueden defender permitiendo suponer la consideración de riesgos de daños inaceptables
3. La configuración de riesgos inaceptables de daños a la salud, medio ambiente o generaciones futuras justifica la inversión del cargo de la prueba, pero sin exigir de los investigadores comprobaciones destructivas. En cambio, ponderar la exigencia de que éstas sean equilibradas y que no dañen.
4. Las medidas restrictivas, cuando necesarias, deben ser proporcionales, ponderadas y transparentes. Además, pueden no ser definitivas mientras se están haciendo mayores estudios sobre el caso.
5. Las medidas restrictivas pueden ser aplicadas tanto para la limitación del riesgo como para limitar su amplitud,¹⁸ en la inteligencia de que la llamada evolución no es una premisa de desarrollo, sino una fuerza ciega de la supervivencia.¹⁹ Por lo tanto, como dice E. Morín:

“La ciencia sin conciencia no es más que la ruina del alma. La conciencia que falta aquí no es la conciencia moral, es la conciencia sin más, es decir, la aptitud para concebirse a sí mismo. Desde ahora, si queremos ser lógicos con nuestra intención, tendremos que asumir necesariamente el problema de la ciencia”.²⁰

El mensaje esencial es simplemente tener cuidado en lo que se hace en todos los ámbitos de realización de la comunidad profesional de la salud, pensar en las consecuencias de cada decisión, sobre todo porque la ciencia al avanzar e ir descubriendo o resolviendo más tópicos, abre muchos otros y las premisas se vuelcan incesantemente sin una conclusión acabada en absoluto. Por lo tanto, es menester alejarse de la irresponsabilidad, tan típica del soberbio que “ignora su propia ignorancia”, como diría hace algún tiempo San Agustín advirtiendo el futuro de nuestros días en la acumulación de conocimiento que se vive en la actualidad. A decir de muchos autores en los últimos cincuenta años se ha acumulado más conocimiento que en todos los siglos de la humanidad.

La inteligencia de tener este cuidado —ahora recurrido por la bioética— tiene mucha importancia en un mundo manipulado por tantos irresponsables que desconocen las limitaciones del pensamiento científico, sobre todo porque en este

¹⁸ Para profundizar sobre esta temática se puede consultar *El cuidado en la Bioética* (2008): pp. 75–89, Dr. Agustín Herrera Fragoso, libro editado por Publicaciones Administrativas Contables Jurídicas, S. A. de C. V. México.

¹⁹ Mendoza CE: *Antropocentrismo científico, evolución y bioética: ¿desarrollo de los seres vivos o fuerza ciega de la supervivencia?* 2007 (Inédito).

²⁰ Morín E: *El método: la naturaleza de la naturaleza*. España, Cátedra.

ámbito muchos piensan que aquello que se afirma con tanta seguridad se convierte de manera automática en verdadero. Esto es especialmente cierto —y muy peligroso a la vez— cuando se trata de cuestiones bioéticas, porque existe en las prácticas de buscar en el ámbito de la salud una aspiración a la verdad en una actividad de los servicios de salud que está siempre en obra, siempre en acto, siempre está reclamando no un punto de donde partir, sino que se esté dispuesto siempre a estar en el medio, en la circunstancia compleja que así lo exige, a mantenerse a pesar de todo por cuestiones que atañen a las responsabilidades de las personas entre el bien y el mal, procurando volver al equilibrio que aleje a la enfermedad, a brindar una atención en la hospitalidad y la fraternidad. Es decir, un ambiente humano en donde mujeres y hombres en la actualidad tienen esa calidad de seres humanos en conjunción, convirtiéndose en personas que están en el vértice de una aspiración común para mostrar aquello en donde están, viviendo y sintiendo, inspirándose en el origen y orientando lo que a todos sigue impulsando como finalidad: el amor a lo humano, preguntando y respondiéndose a sí mismos si lo que se hace está en la base de un consentimiento común como un elemento abstracto que sólo se puede aferrar en el interior de los problemas reales de la enfermedad, recordando que nada es alcanzable si no se permanece en el plano de las presencias reales, reconociendo el presente temporal y la realidad insustituible del otro, incluso para comprender la propia verdad. Esta es la visión renovada de la ética vigente de la responsabilidad y asistencia, cuidado y fraternidad hospitalaria, la comunión con el prójimo en la necesidad de la presencia del uno al otro, relación del paciente con el profesional de la salud.

Con lo expresado en estas palabras queremos hacer patente y a manera de corolario que “cuidar es más que un acto. Es una actitud ante la vida y ante el mundo. Por tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo”. Precisamente por esto surge la necesidad de una nueva filosofía del cuidado que se presente como protectora de la vida sobre todo actuar humano, que devuelva a los seres humanos en general y al profesional de la salud en particular la sensibilidad, el sentimiento de pertenencia de la fragilidad y grandeza de lo humano. Por eso la idea de organizar, cuidar y hacer de nuestras vidas, plenas de sentido y comprensión, la gestión del cuidado como modo de ser esencial. Esta es la finalidad que orientó el hacer de este documento en relación a la bioética del profesional de la salud, preservando el origen y el fin de las premisas más intactas y puras de la vocación médica. Ojalá todos seamos capaces de compartir este compromiso de responsabilidad institucional y social.

En la vía de tal compromiso, reflexionar sobre el estilo hospitalario asistencial de la salud y la bioética del cuidado al inicio del presente siglo XXI es una temeridad intelectual de la cual nadie puede evadirse pues se trata de una confluencia de racionalidades, de experiencias vividas y establecidas en las huellas de todos los tiempos y vueltas tradición, siendo la única manera de fundirse en la identidad

hacia el pasado, siendo la posibilidad de conocer la historicidad desde la que fue creada en otras circunstancias y tiempos de la historia de la humanidad.

De tal forma que traducir desde el pretérito y ponderar una obra al presente, es precisamente seguir una huella de inspiración, un ejemplo a seguir en una dinámica viva que desde el autor más primario se traduzca en cada una de las personas por la significación de su aportación al otro ser humano y dé posterior capacidad de seguir la huella de su identidad, no importando que nos separen de la creación original los ríos de los siglos o que se trate de profesionales de la salud o de pacientes que intentan recuperar su salud. Ejercer esta relación hace precisar el peso específico de las reflexiones surgidas de los pensamientos, en el filtro que mantiene el pasado al presente, aunque más importante es poder dejar una contribución al futuro. Esta consideración de brindar paso a una tradición en la medicina que requiere mantenerse en torno a las diferencias sociales y culturales en tanto busca mantenerse como también transformarse, sorprenden positivamente por la influencia vital del bien al otro ser humano.

Primero, porque en calidad de existentes nuestros predecesores transitaron por múltiples aristas de experiencia como si en ésta se fuera ensayando, a manera de símil, el ascender a una montaña por diferentes vías de acceso a la cumbre.

Segundo, porque el pensamiento remite a ese puente entre el tiempo y la eternidad, el cual se configura y es el espíritu en el hombre, en ese hombre que a pesar de toda su aparente fragilidad se encuentra con una fuerza sorprendente para ir ontológicamente alumbrando la realización de una inspiración (como subir una montaña) o para dedicar tiempo, atención y esfuerzos a un ser humano que sufre un padecimiento, para otorgar un bien al otro semejante que se encuentra en situación de vulnerabilidad, por el malestar, la desesperación, a la cual se aúnan situaciones de exclusión social y de postración por el dolor y el sufrimiento.

En este sentido, de la expresión de forma y sentimiento humano, la imagen de una persona frágil, humanamente muy humana, ayudando a otras personas igualmente frágiles hace pensar en que tal fuerza sólo podía emanar de un pensamiento inspirador, de su inteligencia de sentir, para hacer realidad innumerables veces la premisa: Haciendo por ti, realizas un bien para el otro, pues sólo el reconocimiento del otro establece la humanidad que se ejerce, que se brinda al humanismo del otro hombre. Es decir, la capacidad de sentir y expresar lo humano, lo demasiado humano de nuestra existencia, en el ámbito en donde el encuentro frente a frente, mano a mano, mirada a mirada nos hace precisar las instancias de la esperanza, de trascender a los padecimientos. Esto es justamente seguir en la vida.

En esta perspectiva se puede pensar que los actos buenos y prudentes de las gentes buenas se han expresado en todas las épocas de la humanidad y que esta gente puede realizar tales actos, cuestión que es posible porque el sentido del ser humano necesita imperiosamente una continua renovación de nuestra forma suprema de espiritualidad. Como dice Stefan Zweig:

“Sólo que ya no resulta imprescindible considerar a esas figuras admirables y más bien raras como personajes infalibles en lo divino e indiscutibles en lo humano. Al revés, esos espíritus intrépidos que siempre tientan nuevas empresas, a la vez que son inexorablemente tentados por el peligro de su audacia, despiertan nuestra simpatía precisamente en sus más profundas crisis y en sus luchas más encarnizadas; y si realmente nos enamoramos de ellos, no es a pesar de sus debilidades, sino justamente por ser débiles y vulnerables, cabalmente como los más terrestres de los humanos”.²¹

Aquellos seres humanos que iniciaron desde la antigüedad una empresa en torno a los enfermos se preocuparon por atender a la persona que estaba mal de su cuerpo (enfermedad) y conciencia, inspiraron una obra que a todas luces se antojaba imposible en el contexto de su existencia, se significaron como espíritu audaz que del imposible se enamora, generando esa obra que seguramente muchos otros no consiguieron. Sin embargo, a través de las huellas de lo vivido, tal vez nunca llegaron a imaginar lo inconmensurable de su empresa en cuanto a motivar el seguimiento de su identidad, que los ha llevado a ser referente ineludible, que a través de los tiempos continúa la motivación de las acciones humanas que intervienen en la atención hospitalaria desde la humanidad de un ser humano a otro ser humano. No imaginaron que iniciaron aglutinando los elementos necesarios para iluminar inteligencias, voluntades y vocaciones cuya inspiración y resolución sigue resonando desde aquellos sus inicios hasta este siglo XXI, convirtiendo en una realidad su fundamento y tradición a través de otros sujetos sociales.

Actualmente, ejercer cotidianamente las profesiones de la comunidad de la salud para motivar a otros seres humanos enfermos o no, permite ser los representantes en el mundo de mayor conocimiento como es este de nuestros días. Aunque seguramente de complejidad similar, pues los seres humanos de aquellos tiempos desconocían muchas cuestiones que ahora se conocen bien, no obstante la complejidad se ostentaba en un patrón de experiencia en donde igual que nosotros se pasaban el tiempo organizando sus contextos caóticos, como el que se vive en estos días. Los propósitos que generaron, en tanto que orientación del mismo hacia el otro, son como una juventud del impulso generoso que le dieron desde entonces a la preocupación por la buena salud del otro ser humano. Por lo tanto, la realidad no se alinea como culto a las obras y a la ética, es la ética misma. Ellos trabajaron en su presente, no para ese presente, trabajaron tal vez pensando que el porvenir y las cosas más lejanas sean las reglas de todos los días presentes, sentido que es la esencia de una orientación que va libremente del mismo al otro, es una obra. La gratitud sería precisamente el retorno del movimiento a su origen, al mismo tiempo que el aire de su generosidad se muestra a través de la atención hospitalaria en el Ser de su obra en nuestros días, esta es su identidad y la huella

²¹ Zweig S: *Drei Dichter ihres Lebens*. Frankfurt, 1961:226–227.

entonces que se debería seguir ahora, desde una tradición de atender al enfermo en el proceso de convertirlo en paciente, es decir, de vivir el proceso de retornar a la salud.

En esta fusión de horizontes, la historia efectual de esos predecesores nos enseña en realidad que sólo en la historia podemos descubrir las condiciones de posibilidad de las estructuras psicológicas de los seres humanos. La enfermedad implica en las condiciones actuales aspectos regresivos porque nuestra sociedad ya no sabe reconocerse en su propio pasado, aspectos de ambivalencia conflictiva porque muchos de éstos no se pueden reconocer en el presente y, también, porque muchos de éstos conflictos son en nuestros días inéditos merced a las circunstancias de nuestro tiempo, de tal manera que no podríamos negar la humanidad que prodigaron y con ello lo bueno y lo mejor de todos nosotros. La responsabilidad por el otro, rostro anónimo de nuestro quehacer, se reclama en la mirada que no se puede evadir, porque en el otro está la persona de todas y cada uno de los pacientes.

Justamente en esta idea de humanidad para el otro humano es que se consolida un espíritu que enaltece y fortalece el cuidado buscando una fraternidad material en la atención hospitalaria, cuidando de una ética en pro de la dignidad y autonomía de los pacientes, huella patente de lo vivido en otro tiempo de la historia de la humanidad pero sin duda que sigue viviendo pleno de historicidad. Sin embargo, “para que ese espíritu y esa materia regresen a su sitio deben cumplir un fin en comunidad, debiendo tener una visión holística y simbiótica que tiene en sí mismo este organismo vivo denominado ser humano” y que estando invadido de una enfermedad, cualquiera que esta sea, tiene y puede tener una incapacidad total o parcial de la conciencia, razón por lo cual nunca hay que quitarle el estatuto de persona.

Sin duda, en este punto la persona se nos traduce como una idea vital de trascendencia de humanidad para la humanidad de lo humano.

No obstante, habría que enfatizar la conciencia de recordar que “Lo mejor de nosotros —los seres humanos— es que no sabemos todo de nosotros” (Boburg, 1998), lo cual implica sin duda que aún no se pueden reconocer los sentidos totales de las acciones del ser humano en el futuro, tal vez porque aún no aprendemos a pensar el ser para un tiempo que sería sin mí. Es decir, de un tiempo después de mi tiempo, de mi muerte. Es muy difícil pensar en el futuro en el cual ya no voy a estar y de lo que yo podría dejar, sin obligarme a ser testigo. En concreto, se enseña: “si se posee la certeza de creer firmemente que se puede tener la inteligencia de ese sentimiento, se puede tener la fuerza para ayudar a otros, aunque tal vez la certeza de apreciar la complejidad de cada tiempo hace precisar que tal vez en ningún tiempo ha sido demasiado fácil”. También se nos enseñó en esa mirada que la “fe es creer en lo que no vemos y la recompensa a esa fe es ver aquello en que creemos”.^{22,23} Tal configuración es la esencia de una orientación que

va libremente del uno al otro, es la obra de la identidad, por lo que no es posible ser un buen amigo de los seres humanos, si primero no eres amigo de la verdad.

Esta verdad clama por la intervención directa de cada ser humano para ayudarse y cuidarse a sí mismo, con base en proporcionar valores para ayudar a otros. Como recordando a Jesús, que no era ni monje, ni sacerdote, sino un profeta judío que promovió el amor de amistad al prójimo, que ejerció su humanidad al pobre, al desamparado, al enfermo, ofrendando sus esfuerzos, su vida, su dedicación, su estudio y que desde su empeño humano generó confianza y certeza en la vida, desde un estatuto de existencia humana. Un ser humano así, cerca, acompañándonos, tendríamos que decirle que le creemos, que tenemos la certeza de su obra y su tradición, que creemos en la verdad de la nutrición e inspiración que predicó y en la intervención de la realidad de los seres humanos enfermos que atendió. Su palabra es lo que representa atendiendo las cosas de los hombres.

Todos los elementos planteados nos permiten establecer una comprensión de la espiritualidad, entendiéndose como aquello “que es la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y brinde sentido a la existencia, desarrollando cualidades y valores que fomenten el amor y la paz a la persona enferma”. Consideraciones realizadas con base a que el ser humano es propietario de una dimensión interior íntima, que aspira al sentido y a la plenitud, a la coherencia e integridad, a la totalidad y a los valores trascendentales como el bien, la bondad, la justicia, la belleza, la felicidad y la paz. Aspectos que brindan una perspectiva más profunda de la existencia e impulsan a plantear interrogantes y a vivir experiencias que trascienden los límites habituales de nuestros sentidos, nos conectan con la fuente de todo ser y acercan al descubrimiento del verdadero potencial de uno mismo, de cada sujeto. “Es el dinamismo interno de las cosas y las personas que empuja a buscar la plenitud y presencia, profundidad y sentido y perdurabilidad en lo que se hace y se vive. Es el instinto de retorno a los orígenes. Es la sed de sentido, conexión y trascendencia”. Horizonte humano que ante tal premisa requiere de una necesidad de aclarar porque la espiritualidad es una capacidad evolutiva innata y una parte integral de la existencia y no todos la desarrollamos por igual ni tenemos de ella la misma conciencia.

Precisamente por toda esta importancia en la historicidad de nuestro tiempo es que empezar a hablar del estilo hospitalario de la bioética del cuidado en la segunda década del siglo XXI amerita contextualizar algunas precisiones en torno a lo que es filosofía, sobre todo para entender entre todos lo que es la ética en esa calidad que comparte su ubicación como primera filosofía²³ ejerciendo dos aspectos relevantes: significar (otorgar valores) las cosas y tomar decisiones, actos que se vuelven incesantes de la libertad y la voluntad como condición psicodiná-

²² San Agustín de Hipona.

mica del ser humano en su relación con el mundo y las otras personas, considerando debidamente para ello el cuidado para sí mismo.

Justamente por esta última consideración es que Martin Heidegger, en el maravilloso libro “Ser y Tiempo”, dijo del cuidado que “el querer y el desear hunden sus raíces en el cuidado esencial”. El cuidado es una expresión ontológica en la que debe encontrarse la base de todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace. El cuidado suministra preliminarmente el suelo donde se mueve toda interpretación del ser humano, de tal manera que si no nos basamos en el cuidado no lograríamos comprender al otro ser humano. Cuidado es solicitud y atención para hacer bien algo, es la acción de cuidar, asistir, guardar, conservar, es el cuidado de los enfermos, la ropa, la casa, es advertir un riesgo, es atender a quien sufre un padecimiento grave y está en peligro de muerte o a quien vive el proceso de volver a la salud. De tal manera, todos los seres humanos necesitamos amor y cuidados pues el ser humano no sólo se alimenta de pan y agua, necesitamos encontrar una respuesta a quiénes somos y por qué vivimos.

Cuidado deriva del latín *cura*, en latín antiguo se escribía *coera* y se utilizaba para definir el contexto de las relaciones de amor y amistad. Los viejos griegos conocían este término como *terapéuten* y se implicaba a la cura del cuerpo y del alma, de la atención del cuidado de sí, de la inquietud de ser, del cuidado de sí mismo, pues si logras cuidar de ti, puedes estar en capacidad de cuidar al otro. En esta precisión de sentido, con base a todo lo ya expuesto, es posible decir que el cuidado sólo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí, es cuando más se siente la experiencia de sufrir una impotencia tal que quisiera-

²³ Filosofía es saberme, conocerme, pensarme, educarme. Filosofía que no pueda ser aplicada, simple y sencillamente no es filosofía. En el mundo greco romano el cuidado de uno mismo fue el modo mediante el cual la libertad de la persona –o la libertad cívica hasta un cierto punto– ha sido pensada como ética y esta implicaba conocerse y conocer al otro. La ética del cuidar significa saber cuidar la casa (su casa) y lo que en ella se hace: Ethos = Casa o Morada (4 hab.). Eros, Psique, Inteligencia de Sentir, Espíritu: el movimiento del Ethos = Ética. Ésta nos liga a dos capacidades ontológicas, significar y tomar decisiones en lo único real que tenemos como existentes. En esta perspectiva de la ética del cuidar se relacionan dos fundamentos: Bios = Vida y Ethos con el término bio – ética pensando en cómo los viejos griegos lo pudieron acuñar aludiendo a dos magnitudes de indiscutible significación: la existencia del sujeto y de los sujetos, el yo y el otro yo. La ética del cuidar, entonces, desde este valor etimológico, permite encontrar la significación para el ser humano de la ética de la vida. Por lo tanto la bioética se ocupa de la vida, del cuidado de sí mismo, de la libertad y la responsabilidad. Si se piensa en el cuidar, aludiendo al mito que después fue fábula sobre el cuidado: Adam proviene de la palabra hebrea *adamah*, que significa hijo e hija de la tierra. Horacio (65 – 8 a.C.) observó que “el cuidado es el permanente compañero del Ser Humano, porque este nunca dejará de amar. Si no fuera así, no se sentiría comprometido y mostraría ineficiencia y dejadez con respecto a su vida y su destino. Finalmente mostraría indiferencia, que es la muerte del amor y del cuidado”.

mos robar de alguna manera lo que sienten para pasarlo a nosotros mismos, incluso cuando alguien tan querido muere es como experimentar lo más cercano a la muerte misma. Sin embargo, cuando precisamos que tal sentimiento se exprese ante el otro ser humano, como si fuera aquella persona amada, es cuando donamos un sentimiento y pensamos y decimos: esto es para el otro, el que me exige desde la mirada y rostro anónimo, el otro ser humano, la persona, el paciente, el que apenas conozco y que le ofrezco correspondencia, esperanza y cura.

Tal planteamiento es preciso demarcarlo en esta disertación porque tiene que ver con la libertad, como ya se mencionó en la introducción. La práctica reflexiva de la libertad, la libertad y responsabilidad de todos siempre tiene que ver con el otro (Ser Humano, semejante, sujeto, persona). La inteligencia de que la vida es lo real y en ella somos seres en relación es una condición de realidad y sin ella no podríamos entendernos en soledad, no podríamos significar y decidir nuestros actos, solamente en función directa de nosotros mismos, pues siempre nos haría falta el otro, sería inaudita nuestra vida en soledad. Por lo tanto la historia de las ideas en torno al cuidado de sí es el cuidado de los otros. En este sentido este cuidado es siempre ético, es ético en sí mismo. El cuidado de sí tiene como objetivo el bien de los otros, tiende a gestionar el espacio de poder que está presente en toda relación, pero no en el sentido de la dominación, “por eso la libertad es la condición ontológica de la ética, pero la ética es la forma reflexiva que adopta la libertad”. Exactamente en esta perspectiva dice Levinas que la ética es la más ontológica de las ontologías, luego entonces ¿es la ética la búsqueda y cuidado de uno mismo y del alter ego?

Por todo esto que ya se ha comentado, la ética del cuidar para precisar la importancia tan necesaria y su justo valor nos hace reconocer (ver) el sentido del amor hacia el otro, no estrictamente a los seres más queridos, sino al otro, aún al anónimo, y en general hacia la vida. Amor es aceptar al diferente y si esto lo relacionamos a la herencia de las sustancias de la vida, ¿cómo puede ser posible que una misma base nitrogenada, timina–adenina y guanina–citosina, acomodada de forma diferente (pues nadie tiene las mismas secuenciaciones según nos ha enseñado la genómica), nos hace biológicamente diferentes para decir que somos semejantes?, y eso es la identidad de lo humano. Por lo tanto, el cuidado asume una doble función de prevención de daños presentes, de precaución de daños futuros y de regeneración de daños pasados.

El cuidado posee ese don: refuerza la vida, atiende las condiciones físico–químicas de la homeostasis humana, las ecológicas, sociales y espirituales que permiten la reproducción de la vida, de su evolución y con ello también del sentido de una finitud. En términos políticos lo correspondiente al cuidado es la sostenibilidad que apunta a encontrar el justo equilibrio entre el beneficio racional de las virtualidades de la tierra y su preservación, en primera instancia para nosotros mismos y las generaciones futuras.

Cuando Hipócrates menciona su máxima del juramento ético: “la vida es breve, el arte es largo, la ocasión huidiza, el experimento arriesgado y el juicio difícil” está aludiendo a las múltiples relaciones del cuidado y está creando una vinculación al sujeto enfermo que debemos atender en la *clinic*, palabra griega que significa cama y a la cual debemos concurrir lo necesario para preservar lo inherente a la vida del otro. Por toda esta argumentación el arte de cuidar como lo entendemos constituye la categoría central del nuevo paradigma de la bioética que trata de darse sentido y emerger en todo el mundo. La falta de cuidado en el trato dado a la vida, a la naturaleza y al ser humano, la ausencia de cuidado en referencia al poder de la tecnología que construyó armas de destrucción en masa y de devastación de la biósfera y de la propia sobrevivencia humana, nos está llevando a circunstancias sin precedentes de tal manera que la prerrogativa de o todos cuidamos o todos perecemos es una sentencia “que ojalá no permitamos se cumpla”.²⁴

Comprendiblemente no estamos planteando el sentido de una moral de renuncia en cuanto el ejercicio de uno mismo —por entender el sentido global del mundo—, sino el modo mediante el cual se intenta elaborar, transformar y acceder a un cierto patrón de experiencia de ser del ente humano haciendo saltar cerrojos represivos para que el hombre se reconciliase consigo mismo, para reencontrarse con su naturaleza y retomar el contacto con su origen, para restaurar una relación plena y positiva consigo mismo, pensando sobre todo en una cierta posición de la ética que se lleva a cabo en la búsqueda o en el cuidado de uno mismo. Es decir, un planteamiento que tendría que ver una idea de libertad cívica pensada como ética. Configuración del pensamiento que desde los diálogos de Platón hasta los textos de estoicismo tardío (Epicteto, Marco Aurelio, etc.) se puede comprobar que el tema del cuidado de uno mismo ha atravesado realmente la temática de la reflexión moral.

Se puede decir que entendiendo el sentido de una interrelación adecuada desde este sentido de una colectividad cívica en su relación de libertad-ética, es interesante observar en la dinámica de nuestras sociedades modernas cómo el cuidado de uno mismo se ha convertido en una cuestión un tanto sospechosa a partir de interpretaciones indebidas. Durante un tiempo en la historia de nuestro mundo ha sido denunciado como una forma de amor a sí mismo, es decir, como una forma de egoísmo o de interés individual. En otras palabras, el ejercer el individualismo que aisló a la persona en contradicción con el interés que es necesario prestar a los otros o con el necesario sacrificio de uno mismo. Esta sola razón nos hace advertir una demanda percibida en un proverbio del siglo XV: ayudando a otros te ayudas a ti mismo, pues de alguna forma contradecía al cristianismo de su mo-

²⁴ Si se quiere leer un testimonio científico de productos agroquímicos, véase el libro “Primavera silenciosa” de Raquel Carson.

mento. Es decir, por ayudar (amor) a otro olvídate de ti,²⁵ pues aludiendo a la configuración de procurar la salvación es también una manera de cuidar de uno mismo, es una práctica de la libertad pues es necesario ocuparse de sí, cuidar de sí, a la vez que conocerse para formarse, para superarse a sí mismo.

Sin duda que este fue un pensamiento innovador y nos permite observar toda una ética que ha girado en torno del cuidado de sí y que proporciona la ética clásica en su forma tan particular basada en el *ethos* griego. Por lo tanto, en el contexto de nuestra reflexión es claro que no se tiene la intención de decir con esto que la ética sea el cuidado de sí, sino que en la antigüedad la ética, en tanto que práctica reflexiva de la libertad, ha girado en torno de este imperativo fundamental: cuida de ti mismo, imperativo que se implica a la asimilación de los *logoi*, de las verdades. Entonces, tal premisa nos lleva a la idea fundamental “uno no puede cuidar de sí sin conocer” que el cuidado de sí es el conocimiento de sí (en un sentido socrático–platónico), pero es también el conocimiento de un cierto número de reglas de conducta o de principios que son a la vez verdades y prescripciones. El cuidado de sí supone hacer acopio de esas verdades y es así como se pueden ver ligadas la ética y los juegos de la verdad.²⁶ Entendiendo y facultando que la libertad adopte la forma de un *ethos* que sea bueno, honorable, estimable, memorable y que pueda servir de ejemplo, es sin duda necesario todo un trabajo de uno sobre sí mismo, difícil tarea, pero sin discusión encomiable labor.²⁷

Tal significación otorga otra posibilidad de sentido: el cuidado de sí tiene siempre como objetivo el bien de los otros, tiende a gestionar bien el espacio de poder que está presente en toda relación (gestionando en el sentido de la no–dominación), contexto en el cual en los días del siglo XXI en el papel de una gestión carismática profesional debemos poner de relieve, pues es el ejercicio de toda una filosofía (ontología) de aquel que se ocupa del cuidado de los otros. Filosofía porque emerge del pasado para ser en el presente, recordando a los profesionales que

²⁵ Sobre todo porque el planteamiento que se hacía de la salvación estaba brindado a través de la renuncia a uno mismo, lo cual era realmente una paradoja del cuidado de sí en el cristianismo. Esta idea se encuentra consignada de forma bastante clara en el tratado de la virginidad de Gregorio de Nisa, en donde figura la noción de cuidado de sí, la *épimelía heautou* definida esencialmente como renuncia a los lazos terrenales, como renuncia a todo lo que pueda ser amor de sí, apego a este mundo.

²⁶ Juegos a la manera de los planteamientos de M. Foucault en relación a una condición real de la existencia en que las verdades tienen un flujo inercial, que no se puede detener. Es un conjunto de reglas de producción de la verdad y no un sentido de imitar o de hacer como sí. Es un conjunto de procedimientos que conducen a un determinado resultado que puede ser considerado, en función de sus principios y reglas de procedimiento, como válido o no, como ganador o perdedor.

²⁷ En los planteamientos de M. Foucault también se establecía una relación importante que tiene que ver con que uno establece en relación consigo mismo una cierta relación de dominio, de señorío, que se llamaba *arché*, poder, mando (líder).

es una misión (finalidad) que no se puede abandonar. Pero es sin duda el hombre que se preocupa del cuidado de los otros quien adopta la posición particular del filósofo,²⁸ entendiendo justamente la idea de que el cuidado de sí es éticamente lo primero en la medida en que la relación con uno mismo es ontológicamente la primera. Este es un sentido ético positivo que podría ser comprendido como una especie de conversión del poder pues puede ser una manera de controlarlo y delimitarlo. Es un buen líder aquél que ejerce el poder como es debido, ejerciendo al mismo tiempo su poder sobre sí mismo, siendo entonces el poder sobre sí mismo el que va a regular el poder sobre los otros. Por eso el ejemplo de las buenas acciones siempre tiene que ser practicado por el líder. Entonces, para enseñar a pescar es condición necesaria saber pescar, para enseñar la verdad es necesario conocer lo no verdadero. Entonces no podría decirse esto es bueno si el mismo líder no lo hace. A manera de analogía, sería como aquél que enseñaría a escalar a otros sin tocar nunca una roca o montaña. El médico debe enseñar a cuidar con la presencia del paciente pues no se puede cuidar al paciente desde el cubículo.

El cuidado de sí nunca puede tender a un amor exagerado de sí que llevara a abandonar a los otros o, lo que es peor, a abusar del poder que se pueda tener sobre ellos traicionando la comunicación y la confianza. El cuidado de sí en una precisión ontológica: es aquél que cuida de sí hasta el punto de saber exactamente cuáles son sus deberes como señor de la casa, como esposo, como padre, como profesional de la salud, es un ámbito de las relaciones entre sujetos y verdad, de una verdad real y por ello ruda, difícil o inaceptable, pero no de una teoría del sujeto (o antropología) donde se plantease la cuestión del saber como una determinada forma de conocimiento. Dependiendo de esta forma en otros tiempos el sujeto mismo se constituía en sujeto loco o sano, bueno o malo, delincuente o no, a través de un determinado número de prácticas que eran prácticas de poder y que ponderaban una verdad general que no correspondía al sujeto concreto.²⁹

Auspiciando en estas relaciones un campo de la voluntad de verdad en donde se puedan mostrar como ejemplo que la medicalización de la locura, entendiéndola como la organización de un saber médico en torno a individuos designados

²⁸ Las enseñanzas socráticas nos dirían que se trata del hombre libre. Es decir, me parece que el postulado de toda esta moral era que aquél que cuidaba de sí mismo como era debido se encontraba por este mismo hecho en posición de conducirse como es debido en relación con los otros y para los otros, una ciudad en la que todo mundo cuidase de sí mismo como es debido sería una ciudad que funcionaría bien y que encontraría así el principio de su perpetuación. Pero, me parece que no puede decirse que el hombre griego que cuida de sí deba en primer lugar cuidar de los otros. Este tema no intervendrá históricamente hasta más tarde. No se trata de hacer pasar el cuidado de los otros a un primer plano anteponiéndolo al cuidado de sí. El cuidado de sí es éticamente lo primero en la medida en que la relación con uno mismo es ontológicamente la primera.

como locos, ha estado ligada con toda una serie de procesos sociales, de orden económico, de superstición, con instituciones y con prácticas de poder.³⁰ Tales hechos en su conjunto no merman en modo alguno la validez científica o la eficacia terapéutica de la psiquiatría de estos días de siglo XXI, tampoco la legitiman de manera absoluta, pero no la anulan. Diferencialmente ha sido una forma de determinación histórica que ha avanzado cada vez más en torno a diferenciar también las propias entidades patológicas de la enfermedad mental,³¹ que son diagnosticadas y tratadas en la actualidad bajo el cobijo de una medicina basada en evidencias —conocimiento y experiencia— del cual se pretende dar cuenta en el DSM–IV TR y otros manuales y que sin duda se han significado un ámbito de dominio real y concreto.³²

En este sentido, la bioética del cuidado en este significativo avance del siglo XXI, explícita que es preciso volver a formular las viejas preguntas del ser humano de todos los tiempos: ¿qué es la vida?, ¿qué es el ser humano?, ¿qué es la ética?, ¿qué es la naturaleza humana? En otras palabras, las preguntas por el ser para develar el sentido esencial, siendo así que la ética da razón tanto de la implicación recíproca del yo y de los otros como de la natura y la cultura, es decir, de

²⁹ Michel Foucault problematiza en diferentes libros esta idea y se pregunta ¿cómo entra el sujeto a formar parte de una determinada interpretación, representación de la verdad? En este aspecto se plantea una segunda pregunta sucedánea: ¿cómo ha sido posible que la locura haya sido problematizada a partir de un momento preciso y tras toda una serie de procesos, en tanto que enfermedad, respondiendo a un determinado tipo de medicina? ¿Qué lugar se le ha asignado al sujeto loco en este juego de verdad definido por un saber o un modelo médico? Al realizar el análisis siguiendo esta tesitura se puede tomar conciencia de que, contrariamente a lo que constituía una costumbre en los comienzos de la década de 1960, no era simplemente recurriendo a la ideología como se podía dar cuenta de este fenómeno. Existían de hecho prácticas, sobre todo esa importante práctica de la internación que se había desarrollado desde comienzos del siglo XVII y que había sido la condición para la inserción del sujeto loco en este tipo de juego de verdad, que permitía más situar el problema en torno a las instituciones de poder que al problema de la ideología o de la realidad de los sujetos. En este contexto es como Foucault ha planteado el problema de las relaciones poder–saber y se le ha dado —dependiendo de un tiempo histórico— una forma de analizar las relaciones entre sujeto y verdad.

³⁰ Basta recordar a los hombres lobos del medioevo, las brujas o poseídas del demonio e incluso a hombres de ciencia ofendiendo al origen divino del ser humano.

³¹ Bajo este presupuesto se puede decir con toda propiedad que la psiquiatría nunca ha sido negada o separada de la medicina, pues el proceso de la medicina basada en evidencias —bajo el sustento unido de conocimiento y experiencia— se ha podido definir con la comprensión de un micromundo, físico por la involucración de partículas y de comportamiento energético en el cuerpo humano, biológico por los sistemas de interacción genética y de orden celular en su relación con bacterias y virus y, al mismo tiempo, comprensivo por su abstracción, pues dichas unidades no pueden verse, ni tocarse, pero son un asunto real, tan real como la unidad indisoluble entre mente y cerebro.

la naturaleza y el espíritu sin reduccionismos, potencializando al máximo las vías de relación de un conocimiento humano integrado y no insistiendo en negarlos. En esta inteligencia, los esfuerzos para la bioética serán decisivos, además la integración dialéctica de la historicidad por la cual es posible conciliar los valores vivos de la tradición con los genuinos bienes que puedan advenir de las biociencias, neurociencias y biotecnologías, donde se logra sin duda el arte y finalidad de conciliar ciencia y conciencia. Ciencias de la vida y filosofía, porque la una y la otra coinciden y reflexionan para la vida misma, para sí mismas en un territorio común, siendo necesario en estos días que se aproximen, que se escuchen y compartan esfuerzos y medios.

La filosofía moral necesita participar con los nuevos conocimientos biológicos (sean evolutivos, genómicos, neuronales, etc.) y reflexionar en el concierto del conjunto multidisciplinario sobre los múltiples e inéditos poderes que la biotecnología tiene sobre la vida en general y la del ser humano en particular. Comprendiendo que la biología no es suficiente para proporcionar una verdad rigurosamente ontológica,³³ relacionada con la naturaleza biológica, naturaleza humana y naturaleza ética, que definen precisamente la base de la bioética, es ésta la clave de la construcción de la vida ética, es en donde se sitúa la morada interior del ser humano, el espacio psíquico que el ser humano conlleva de sí mismo y que es fuente generadora de sus pensamientos y actos. Corresponde también a la per-

³² Cuestión que se menciona por una conferencia en el Congreso (marzo 2009) de la APM en León Guanajuato en el simposium de Humanismo, enseñanza y psiquiatría, cuyo ponente mantenía la idea de que la psiquiatría es una parte negada de la propia medicina, que me demuestra que no hay mayor necio que aquél que no puede mirar su propia casa y que necesita, como en el Cartero, de Neruda, llegar a su tierra para poder ser capaz de metaforizar. De cualquier forma y en un tono más amable, tal vez se podría decir que probablemente la psiquiatría sea una de las partes de la medicina menos comprendida y unida históricamente a premisas de las cuales no se han podido desprender. Por ejemplo, el inicio a principios del siglo XX de la psiquiatría: de manera arbitraria el cerebro es ponderado para la neurología como su objeto de estudio, como una parte estrictamente física, mientras que para la naciente psiquiatría se le otorga la mente en calidad de abstracción, bajo una forma comprensiva e intangible, división que hoy en día es inaceptable pues bajo la idea de una dualidad inconciliable hoy se cuenta con una unidad inobjetable, pues mente y cerebro son una misma cuestión.

³³ A la ontología regularmente muchos autores la designan como la ciencia del ser, en lo personal me parece mejor referenciarla como el estudio del ente humano, pues da más posibilidad de enunciar el conocimiento humano integrado en donde la ciencia es un saber más, pero no es todo el saber. En esencia la pregunta por el ser permite establecer la idea de cuando el ser humano pregunta ¿quién soy y cuánto me falta por hacer?, se remite precisamente a una idea de futuro (en este momento que soy aun no agoto todo lo que puedo hacer en la vida), el cuidado de mí mismo permite entonces potenciarlo en una situación en la que aún no estoy, en la que aún no tengo, pero que puedo pensarla y constituirla.

sona moral, pues es la dimensión espiritual, propia del humano donde se configura el sí mismo, el yo moral (*autós*, del griego; *self* en inglés). El *ethos* es la clave de la autonomía (el libre albedrío) y de la autenticidad definitoria de la vida ética. Así el *ethos* es el lugar de la conciencia moral, la cual conlleva un ver, un sentir, desear, apreciar, imaginar y un sentido de valorar, de diferenciar el diálogo del pensamiento para definir lo mejor/peor, bueno/malo, verdad/mentira, etc. La valoración ética es una constante universal, entre el bienestar y el malestar, culturalmente ubicado. Es decir, podrán cambiar las morales con las distintas culturas pero toda cultura humana posee una moral, una valoración ética, siendo así la ética indestructible de la vida humana.

Por lo tanto la tarea inminentemente ética del ser humano se centra en la realización de las facultades, propias, distintivas, entre las cuales sobresale la capacidad moral de imprimir bondad y sentido a la propia vida y a la vida con los otros; esta auto-realización, como decía Aristóteles, coincide con el bien supremo al que podemos aspirar, que sin duda es aquel que aspira a una vida feliz (de felicidad) en una calidad de fin último (teleología). En esta inteligencia de vida permanentemente ética es que podemos ser diferentes porque nuestro momento responde a un modelo de sujeto-verdad en interacción con la realidad y sus formas de verdad (dominación) basadas en el poder, pues desde muchas formas se han establecido de manera nominal sujetos locos, enfermos, delincuentes sin que realmente lo sean, que no obstante implicaban, siendo en su tiempo objeto de un discurso pasivo. Pasando entonces a las respuestas de un sujeto activo pleno de acciones en torno a la asistencia y fraternidad, cuestionando instancias de discurso en torno a la política y gobierno, creando tal vez otro estatuto del cuidado de sí en relación directa a los textos y contexto del sujeto.^{34,35}

Es decir, enfatizar la cuestión de llegar al alma a través del cuerpo, de señalar a la locura como entidad viva y social que trataba de orientar el saber de cómo la locura, bajo las diferentes definiciones que se le han podido conferir, podía ser integrada^{35,36} en un campo institucional que la constituyera como enfermedad mental confiriéndole un determinado espacio al lado de otras enfermedades, procurándose las normas del derecho, las técnicas de gestión, la moral, el *ethos*, la práctica de sí, con criterios mínimos posibles de dominación.

En este sentido de la reflexión, desde la determinación del estatuto de la enfermedad física y mental hasta la ampliación de una medicina integrada al panorama de las neurociencias, se estableció un contexto diferenciado pero integral de nuestros días, de los setentas del siglo pasado a la fecha, y es menester incorporar

³⁴ Texto entendido como expresión de toda actividad humana y contexto en donde se sitúa tal actividad.

³⁵ Hoy bajo el contexto de la atención médica psiquiátrica y del profesional de la salud mental hemos comprobado que han logrado ser.

la cultura de la bioética a los centros hospitalarios del mundo, cuestión que ha significado la posibilidad de romper el paradigma de una atención paternalista al paradigma de una salud irrestricta y general, contexto en el cual el profesional de la salud ha tenido que realizar rigurosas revisiones e incorporaciones a la práctica clínica que en muchas ocasiones han sido relevantes y en otras menos afortunadas. No obstante, cualquiera que haya sido la posición mediática para la finalidad de la atención a la salud, sin duda podrá consignar importantes avances que se han logrado en la comprensión del significado bioético y los alcances al cuidado, el cual es una tradición terapéutica, un cuidado que se implica a un principio de precaución, de dar una atención humanitaria, cuidado de no faltar a los principios éticos más vigentes, aspectos que en estos días —ya de siglo XXI— se han definido como la bioética del cuidar.

Precisamente por toda esta relación al cuidado es que hay que entender que aplicar debidamente la bioética y cumplir con los derechos humanos requiere una profunda modificación en toda la cultura de la salud de nuestros días de siglo XXI. Ya sea por parte de los propios profesionales, en sus relaciones interdisciplinarias y multidisciplinarias, ya sea en la organización y gestión de los servicios de salud, como en los equipos de alta tecnología que actualmente se requieren. En este estricto sentido no basta con tener normativas o manuales de procedimientos,³⁶ hay que ponerse a hacer guías terapéuticas, lo que en otras palabras significa que se deben realizar cambios y aportaciones delimitando el quehacer y estableciendo la corresponsabilización que permita la aportación de cada grupo profesional. Por ejemplo, en la información veraz, en la ayuda a la comprensión de los problemas de salud y las posibles alternativas, en el mantenimiento y fomento del respeto y de la dignidad, en la inclusión de las familias y allegados en la atención, en el respeto por la intimidad de los datos, por el manejo del cuerpo y del espacio personal, etc.

Esta conciencia por el horizonte histórico en los planos de expresión de convergencia de tradiciones, configuró una autorreflexión de la identidad hospitalaria exigiendo una profunda transformación, una verdadera conversión, sobre todo porque una conversión ético-político-social es tan definitiva como el humanismo que transforma el dominio del poder en cuidado, es decir, el cuidado de la propia casa, del alma de sí mismo y de los otros. Razón por la cual hoy la coincidencia es que todos en la bioética debemos de cuidar la casa propia, el *ethos*, así como la morada de todos, que es el planeta Tierra y que sin discusión estamos destruyendo. Por ello, transmutar la explotación en responsabilidad, pasar de una visión protectora y dependiente a un patrón de vida de autosuficiencia y autonomía, pasar de ser consumidores de hidrocarburos a una conciencia ecológica es una reversa para volver a tener la oportunidad de cuidar de la propia

³⁶ Que muchas veces nadie revisa.

naturaleza humana y de la naturaleza biológica, es cuidar de los biotopos de todo el planeta, preponderando no sólo la supervivencia sino también la calidad de la existencia, de la salvación de la vida biológica, la salvación de la vida ética y, por ende, de la vida del hombre humanizado. Esta es realmente la vicisitud que une una obra con la otra: “un tiempo con otro tiempo”, un estilo hospitalario con una ética de la deliberación. Esto es precisar debidamente cuan certeros, intuitivos y visionarios pueden ser los creadores. Las palabras y los tiempos pueden ser diferentes, las instituciones y las circunstancias también. Para Potter en la década de 1970 la bioética es ciencia de la supervivencia, es una bioética global y puente al futuro, es seguir uniendo tradiciones entre las ciencias y las humanidades, es la expresión viva y dinámica donde se encuentran la realización de las obras en torno a un humanismo, contexto en donde se comparten finalidades —aunque las mediaciones sean distintas— para configurar un humanismo de hoy, que fue por el ayer y que será al mismo tiempo el de mañana, sello de legitimidad y de carácter, esa es la identidad.

Como corolario a esta sección se puede decir sin más que esta es la lección de la ética (y la bioética) que resurge como el ave fénix desde las cenizas de los antiguos, pero como todo un paradigma con sentido pleno de una filosofía de la supervivencia, cuestiones que no podemos despegar de la vida hospitalaria pues el eje central de esta actividad es el cuidado y el cuidado de ti, es el cuidado por el otro y ese sería el estilo e identidad de los servicios de salud en nuestro país y ese es su carisma, el ser de su obra, para el ser humano, demasiado humano en su tiempo y circunstancia, que se abre a todos los tiempos y símbolo para todo lo que es y lo que está por venir, para todo lo que puede ser pero que aún no es, pues solamente el esfuerzo concurrido de todos puede abrir ese horizonte al futuro.

LOS DERECHOS HUMANOS DEL BIENESTAR

Toda esta disertación ha tenido un sentido que ha permitido definir un objeto debidamente orientado a la bioética y seguridad del paciente, es decir, primeramente la facultad a la que puede aspirar el ser humano, que es la de estar en bienestar o la ausencia de enfermedad, calidad de vida y ser y conocer la felicidad y la verdad, cuestiones que en todo sentido parecen ser utópicas en la actualidad. Sin embargo, la complejidad del ser humano ha hecho conocer que muchas personas, teniendo todo para estar bien, no lo están, mientras que hay otras que careciendo de muchas cosas están en bienestar y tal pareciera que no necesitan nada más para vivir. Con base en esta configuración es que sería muy destacable establecer una filosofía en torno a los derechos humanos del bienestar, cuyo propósito

sería establecer una respuesta a las preguntas ¿qué realmente es bienestar?, ¿por qué siendo una cultura que parece proveer lo necesario para el bienestar, no lo alcanzamos?, ¿por qué la expresión de malestar en la cultura predomina como decía Freud en sus libros?, ¿por qué es importante plantear un derecho humano en torno al bienestar del paciente?³⁷

Al respecto, intentando comprender más y recuperando el principio de no maleficencia (Gracia, 1990) es posible decir que hay que entenderlo a más profundidad, en lo posible. Este principio, en la tradición médica hipocrática, era un principio subsidiario, proporcional, del verdadero principio ético básico, el de beneficencia. Los médicos hipocráticos estaban obligados a hacer el bien a sus pacientes tal y como ellos, expertos conocedores del arte de curar, entendían que había que hacerlo. Sólo si esto no era posible, entonces aparecía una obligación de segundo nivel, la de no dañar. No obstante, el mundo de nuestra modernidad ha traído una manera diferente de vincular estas dos obligaciones, la de hacer el bien y la de no perjudicar. Ahora en este siglo XXI posmoderno, lo prioritario será no dañar, porque la realización efectiva del bien del paciente ya no podrá hacerse sin el concurso de su voluntad, de su autonomía. Lo primero, ante todo, como bien, dice el lema de la OMS, será ahora, en el mundo moderno y posmoderno, no dañar. No obstante hay otros aspectos que debemos considerar: la autonomía

³⁷ La expresión de derechos humanos es de origen reciente. Su fórmula de inspiración francesa, derechos del hombre, se remonta a las últimas décadas del siglo XVIII. Pero la idea de una ley o legislador que define y protege los derechos de los hombres es muy antigua. No obstante, los derechos humanos se establecieron en el derecho internacional a partir de la segunda guerra mundial y se establecieron documentos destinados a su protección por su importancia y necesidad de respeto. Al respecto podemos citar varios de estos documentos: la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. La Declaración de Derechos del Niño, de 1959. La Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer de 1959. La convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación de la Mujer, de 1969. La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles inhumanas o degradantes, de 1984. La Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, entre otros. Estos nuevos derechos que se nombran derechos de segunda generación tienen que cumplir una forma social, el individuo tiene que ejercerlo con un sentido o función social. Por ejemplo: el Derecho de Propiedad tendrá que acomodarse a las exigencias sociales de bienestar social. Los Derechos de Tercera Generación son los Derechos Humanos, esta etapa todavía no se ha terminado y está integrada por el derecho a la preservación del medio ambiente, al desarrollo económico de todos los pueblos, derecho a la paz, de los recursos naturales, del patrimonio cultural y artístico, etc. Estos documentos tal vez encaminen una idea de relación con una bioética global y vemos que las necesidades de la vida humana crecen, se intensifican, demandan una mejor calidad de vida. En este sentido podríamos suponer que el derecho de estar bien —el bienestar— tiene relación con estos presupuestos y se encuentra relacionada con la concepción de los derechos del hombre, porque el hombre por su condición de persona humana es titular de estos derechos.

es una tarea, es algo que hay que ganar. Debemos llegar a ser autónomos, precisamente porque somos vulnerables y nuestro horizonte, nuestro objetivo, es la búsqueda de esa autonomía. La vulnerabilidad antropológica, intrínseca, es entonces no sólo una afirmación de nuestra impotencia o debilidad sino, antes bien, una constatación de la vida como quehacer, como algo por construir, desde nuestra radical finitud, cuestiones que han sido planteadas en la Declaración de los Derechos Humanos y Bioética de 2005.

La orientación de los mencionados planteamientos ubica poblaciones vulnerables y se considera un espacio el de vulnerabilidad y enfermedad y el entendimiento de su premisa es formar la conciencia de nuestra vulnerabilidad en el ser de la enfermedad. La conciencia de nuestra vulnerabilidad en medicina ha puesto de relevancia la bioética, pues esta afirmación brinda el basamento de “textos” y “contexto” de que en la medicina la vulnerabilidad del sujeto tiene un papel central, ya que primeramente se sustenta el contexto de una vulnerabilidad en relación directa a los derechos humanos y al derecho a la salud, puesto que existen poblaciones enteras cuyos miembros son más vulnerables que otras en su aproximación o ausencia a la asistencia sanitaria. En otras palabras se hace evidente la exclusión social, los problemas de salud mental, la pobreza,³⁸ etc., que nos llevan a la afirmación de que existen espacios de vulnerabilidad en calidad de antinomias, ya que “al igual que la conciencia ecológica nos ha hecho reconocer los límites de los poderes humanos sobre la naturaleza. Hemos tenido que reconocer los límites del poder médico sobre la naturaleza humana”,³⁹ al mismo tiempo que la fuerza de la naturaleza nos ha demostrado que los límites mencionados magnifican su potencia iniciando así un proceso que en muchos de los casos es ciertamente irreversible.

En este planteamiento la configuración del enfermo (el susceptible o vulnerable) requiere un tratamiento adecuado y específico para su patología o necesidad, o bien una reparación en términos de una sustentabilidad, es decir, preparar en éstos espacios de vulnerabilidad el reconocimiento social necesario para no negar y por lo tanto no excluir la posibilidad de ser tomados en consideración entendiendo que uno de los renglones más huérfanos del pensamiento, por ser lejanos al presente, es el de pensar en las poblaciones del futuro. Así, la idea de que en estos momentos como sociedad no se solventan en totalidad los campos problemáticos de la salud y que la mortandad de una u otra población sea una indiscuti-

³⁸ Mendoza Carrera, en La vulnerabilidad como causa de los trastornos mentales, hace una revisión que da cuenta de la desigualdad entre la riqueza de los menos y la miseria de los más en una sociedad, consideración que convierte a la pobreza en un trastorno de salud mental que bien podríamos decir encabeza los problemas de estrés, ansiedad, depresión, inseguridad que bien tendríamos que ubicar en la vulnerabilidad económica que produce innumerables desequilibrios de la salud.

³⁹ Mendoza CE: *Bioética, humanismo y clínica psiquiátrica*. Caps 6 y 7. 2011:61–67.

ble realidad no quiere decir que no empecemos a pensar cómo solucionar problemas de salud fundamentales para México.

En la vía del sentido que estamos desarrollando, enfermar en torno al ser humano es la manifestación de una vulnerabilidad que sólo está unida a lo inesperado y súbito y por lo tanto simplemente aparece como un cambio drástico el paso del estado de salud al estado de enfermedad, cambio que tiene dos aspectos fundamentales:

1. El aspecto somático o físico. síntomas de una enfermedad objetiva, manifiesta o detectable.
2. El aspecto psíquico. Donde se juegan los siguientes sentimientos por parte del sujeto enfermo:
 - Invalidez. No poderse valer por uno mismo.
 - Molestia. Aflicción, malestar.
 - Amenaza. Riesgo de morir, amenaza a los proyectos.
 - Succión por el cuerpo. Tener que estar pendiente de él, como algo que se subleva a mi dominio.
 - Soledad. Incomunicabilidad del dolor propio.
 - Anomalía. Ruptura con la regularidad de la vida.
 - Recurso. Sirve para algo: como refugio, cambio de vida, etc.

Todos estos elementos están condicionados por la clase de enfermedad, el tipo biológico del paciente, la situación social del enfermo, la situación histórica y la personalidad individual.⁴⁰

Todos ellos nos dan noticia de la vulnerabilidad del sujeto enfermo, así como de la vulnerabilidad situada en la conciencia de una fatalidad, dado que con suma frecuencia nos están impactando mucho más los diagnósticos que las propias enfermedades y allí sin darnos cuenta muchas veces iniciamos la finitud de nuestra vida.⁴¹

En esta inteligencia la controvertida Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, elaborada por la UNESCO en 2005, en cuyo artículo 8 se define el “respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal” de la siguiente manera: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”. Feito manifestó (2007) que en este documento no se especifica el modo en que ha de

⁴⁰ Morín E: La vía para el futuro de la humanidad. España, Paidós, 2011:164.

⁴¹ Mendoza CE: Bioética. De su mirada estándar al arte de las humanidades médicas. México, Editores de Textos Mexicanos, 2007.

atenderse a la vulnerabilidad, pero supone al menos una toma de conciencia reseñable.

Así mismo, este autor pondera como más interesante la propuesta de los Principios de la bioética europea, elaborada a partir del Proyecto BIOMED II titulado *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*, desarrollado por un conjunto de expertos de diversas disciplinas y países. Este trabajo se publica por J. D. Rendtorff y P. Kemp en el año 2000 y supone una alternativa al clásico enfoque de los principios de la bioética, propuestos por el Informe Belmont y, posteriormente, por T. Beauchamp y J. Childress.⁴² Los principios propuestos son autonomía, integridad, dignidad y vulnerabilidad.⁴³

El énfasis puesto en lo relacional, lo contextual y lo procesual, permite considerar que la vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, antes bien es dependiente, al menos en parte, de factores que pueden cambiarse, en los que se puede intervenir. Es posible que ésta sea la clave que sustenta la obligación moral de una acción preventiva, curativa, social, económica o de cualquier otra índole que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño, de estos espacios de vulnerabilidad. Por lo tanto, la vulnerabilidad social, debería suscitar una respuesta de sensibilidad y rechazo del daño, la cual nos hace distinguir que la actitud ética derivada será el cuidado a través de diferentes expresiones. Cabe preguntarse entonces si el término más pertinente no sería el de justicia solidaria o justicia solícita. Es decir, si se trata de un cuidado justo o de una justicia solidaria o solícita. Si es el cuidado el que recibe el apellido que lo califica como justo o si es la justicia la que debe modularse con el cuidado. Hay buenas razones para sostener que la prioridad sigue siendo de la justicia. Que se trata de una justicia que incorpora la idea del cuidado en su doble dimensión: como cuidado del otro cercano (justicia solícita) y como cuidado del otro distante (justicia solidaria).

La justificación de esta opción viene de que, según lo dicho, la solidaridad y la atención solícita ante el otro ser humano son un mandato de justicia. La experiencia de la fragilidad del mundo, de la vulnerabilidad de la vida (la vida en general y la humana en particular), ha llevado a la necesidad de afirmar un compromiso moral que se denomina responsabilidad y que es la clave ética de la actualidad. Así, la fragilidad y la vulnerabilidad nos obligan, en justicia, a la atención solidaria pero, aún a más, entendiendo que en esta atención esté inscrita la seguridad al paciente, el cuidado humano que debemos brindarle y el derecho humano de un bienestar.

⁴² Instituto Borja de Bioética: *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Barcelona.

⁴³ Mendoza CE: Bioética de la vulnerabilidad. *Rev Electr Academia Nacional Mexicana de Bioética*, 2013.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con la base de todo lo expuesto en el presente documento, es posible decir que en los próximos años la seguridad de los pacientes llegará a ser una preocupación central de nuestros sistemas sanitarios, no obstante me queda claro que tal premisa no puede estar exenta de las categorías centrales que hemos vinculado en este trabajo, es decir, una ética de la responsabilidad dialogal, la pandemia del error médico, la bioética del cuidado y los derechos humanos del bienestar. En este horizonte ahora conjugado es importante insistir en que la preocupación de la bioética y seguridad del paciente, no es algo circunstancial y transitorio, sino que nace de las obligaciones éticas que tanto los profesionales de la salud, como las organizaciones de la salud tienen al respecto. Desde luego que estas obligatoriedades se articulan en torno a los principios de no maleficencia, justicia, autonomía, beneficencia, integridad, vulnerabilidad, dado que se realizan mediante la consecución de una auténtica cultura de la seguridad dentro de nuestras organizaciones sanitarias.

De existir la cultura de la seguridad se evitarían muchos casos clínicos en los que se estuvieran cometiendo negligencias, omisiones o equivocaciones de juicio respecto a los diagnósticos, se analizaría su relación riesgo–beneficio y su proporcionalidad terapéutica y desde luego se someterían a juicios posteriores al seno de un Comité de Bioética Hospitalaria para elaborar la casuística de cada caso clínico. Mucho puede hacerse al respecto si los profesionales implicados se hubieran sensibilizado con anterioridad en cuanto a la cultura bioética, siendo esta que empiecen a asumir sus responsabilidades, técnicas, éticas, jurídicas y humanas y a la vez la parte que corresponde a las instituciones de salud, a las cuales les toca revisar sistemas y confrontar este campo problemático adecuadamente con un marco de referencia pertinente y justo para no considerar punitivo lo que fue producto del error y de ninguna manera una intencionalidad consciente. De tomar en cuenta estas consideraciones podría ser posible que los profesionales de la salud actúen con más calidad, con más responsabilidad, con más formación y madurez de la vida ética, además de considerar las múltiples aristas que la ética que en la vida profesional se despliegan hacia la ciencia y las humanidades vertidas en los años transcurridos de este siglo XXI.

De esta forma, en la actual condición del hombre posmoderno, habitante de un mundo fluido, inestable y en constante cambio en el cual lo real se vuelve cada vez más virtual, los seres humanos enfrentan una mayor dificultad para encontrar sus ideales, los agarres que los mantendrían unidos al mundo, a los otros y a la realidad. La pérdida de muchos de los referenciales del horizonte histórico y de un pensamiento crítico y la consecuente crisis de identidad nos llevan al actual panorama narcisista e individualista de nuestras sociedades y dejan relegado al ser social o colectivo de la cultura. En este sentido, no habiendo el reconocimien-

to de lo común (comunidad–con–unidad) el sujeto se vuelve hacia su propio yo alienado, olvidando de esa manera que su realidad es una realidad compartida. En esta apreciación no se pretende decir que la sociedad y las culturas pasadas eran mejores que las actuales o que el sujeto premoderno era más moral o ético que el sujeto moderno o posmoderno. Queremos solamente defender la idea de que la técnica no sirve como único legitimador de la verdad, no puede ser la única referencia para la cohesión entre los sujetos.

En esta perspectiva, lo que percibimos en términos de una funcionalidad de la crítica a la razón y del malestar en relación al proyecto positivista de la ciencia en la contemporaneidad es el sentimiento de que la técnica racional y utilitarista no ha conseguido llenar vacíos dejados por ideologías religiosas, a pesar del fenómeno social de la secularización.⁴⁴ Tal vez la reflexión acerca de las investigaciones del genoma humano es que se olvidan por absoluto de los aspectos socioculturales y psicológicos del ser humano, que también influyen y determinan el desarrollo de enfermedades o la propia actividad de determinados genes. La sexualidad, por ejemplo, ¿puede ser solamente determinada por la genética? ¿No está el ser humano incluido en un medio ambiente, en un contexto sociohistórico? y por ello ¿no serían una realidad los aspectos de género?

Así la tecnificación del sujeto humano lo distancia de la posibilidad de conocerse. El conocimiento necesita hacer el movimiento de salida y de retorno en que el sujeto no se descubre solamente conociendo a un objeto o a alguien, se descubre también a sí mismo en ese conocimiento. Así, el narcisismo actual revela la patología de un sujeto solitario e incompleto, incapaz de relacionarse, de comprender al diferente y de comprenderse a sí mismo. Como nos explica Ricoeur, “el otro no es sólo la contrapartida del mismo, sino que pertenece a la constitución íntima de su sentido” (Ricoeur, 1996).

Sin embargo, los seres humanos somos un producto de nuestra circunstancia, de nuestro tiempo y de nuestra cultura, en la cual nuestra educación nos impulsa más a tener que a ser y a pesar de todo somos seres en relación. En otras palabras, estamos constituidos a partir de las diversas relaciones que mantenemos con todo aquello que está a nuestro alrededor. Es a partir de esa relación que me reconozco como un sujeto, como una individualidad y reconozco al otro (otros en función de una colectividad). Además, esta situación tiene que ver con las elecciones de proyecto de vida que hace cada quien a lo largo de su historia. Así que se selecciona entre las diversas opciones aquello con lo cual cada quien se identifica. Por lo tanto, si se mencionó en diversas partes del presente capítulo que la lectura de

⁴⁴ Tal vez en el fondo es que la propia ciencia es también para la mayoría un asunto de creencia, es decir, creer que lo que se dice de la ciencia es absolutamente cierto, en donde no hay lugar para la duda y en donde probablemente una mayoría no toma iniciativa para comprobar los contenidos porque considera que no tiene elementos para demostrar.

una obra y de un autor es también la lectura del propio ser, necesariamente estudiar y conocer es también un proceso de elección. Se escoge la profesión (en este caso las profesiones relacionadas a la salud), a los autores, las teorías, los textos con los cuales, por diversas razones, cada cual se identifica, se reconoce. Es como si el autor hablase un poco de uno mismo y de sus cuestionamientos. Por eso es tan difícil entrar en un acuerdo respecto a la verdad. La verdad depende de un punto de vista o, mejor dicho, de una historia de vida.

La concepción ética de Ricoeur también se presenta como una alternativa a la tecnificación y cosificación humana rescatando al sujeto. La técnica, paradigma de nuestro tiempo, construye una realidad artificial que tiene como objetivo —disfrazado detrás de una supuesta racionalidad, neutralidad y universalidad— la dominación del hombre por el hombre, de aquél que tiene el poder porque tiene el conocimiento, sobre aquél que no lo tiene. De esa manera, este retorno al sujeto, preguntando por los fundamentos de su acción, revierte la lógica de la ética, de la norma y prohibición externa representadas por la ley, a la lógica de una dinámica dialógica entre un sujeto real, encarnado y sus relaciones con el otro y con el mundo. En realidad, resulta obvio afirmar que la ética es un conocimiento práctico —ya dijo Aristóteles que está en los orígenes del pensamiento ético. Pero es una obviedad que debe repetirse para evitar que la bioética acabe siendo una especulación teórica sin base real y de escasa ayuda para quienes tienen que enfrentarse con los problemas de cada día y decidir cómo resolverlos.

Para Ricoeur, la vida buena —que se considera analógica al ser en bienestar— sólo puede ser alcanzada plenamente si consideramos la presencia y la participación del otro en nuestro proyecto. Es decir, para la buena accionalidad del médico es necesaria la comprensión del paciente en calidad de persona, de la enfermedad y la conciencia de la vulnerabilidad y sufrimiento y de la buena utilización de su conocimiento para un diagnóstico y tratamiento. Es en ese sentido que se comprende la expresión aristotélica que predica que “el hombre feliz necesita amigos”. ¿Cómo un proyecto puede ser considerado bueno para el sujeto si no es considerado bueno por los demás o si no hay el reconocimiento de los demás de la bondad o de las intenciones teleológicas del proyecto? El otro surge como un evaluador, alguien que atestigua mi proyecto, que da su testimonio, su aval. ¿Nuestras acciones no buscan ser reconocidas? ¿Quién es el héroe si no aquél de quien se habla por la realización de sus buenas intenciones llevadas a buen fin?

En la introducción se menciona que se considera la perspectiva deontológica como una tecnificación de la ética, se pretendía expresar que la moral, vaciada de su contenido ético teleológico, pierde mucho de su carácter de motivación de la acción, confinándose en el plano de la obligación–punicción. La moral tecnificada evidencia el monólogo entre la norma y el sujeto capaz de obedecerla, pero la obediencia es ciega pues no hay verdaderamente una implicación del sujeto con esa norma, una vez que no se reconoce en ella. Sólo la perspectiva dialógica

manifiesta un sujeto capaz de reconocerse en la norma, o sea, de encontrar en ella una justificativa legítima para la implicación de sus propias aspiraciones. Es necesario que el sujeto haga suya la norma, como respondió en alguna ocasión Ricoeur a Lévinas: que la conminación se transforme en una convicción mía que me posibilitaría responder de manera efectiva “¡heme aquí!”, en el eje elegido de la convicción profesional de la salud, dispuesto al otro para donar mi conocimiento y propiciar el bien (bienestar).

En esa perspectiva, lo verdaderamente importante para la moral es que los sujetos humanos sean capaces de reconocerse en la norma o, como expone Gabriel García Márquez en *Cien años de soledad*: “que las personas sean capaces de reconocer el valor, el significado, que hay por detrás de la letra escrita”. En ese sentido, hay por detrás del “¡no matarás!” un significado que no solamente nos remonta a un código civil, sino principalmente a un valor, el de la propia vida humana. Este valor también está asentado en la relación entre el médico y el paciente y sobre la toma de decisiones, en una mutua otorgación de confianza y de interrelación y respeto de las autonomías,⁴⁵ así se ha planteado la cuarta edad de la medicina: la toma de decisiones compartidas por médico y paciente.

En esta inteligencia, el campo problemático que se aborda en esta ocasión es realmente complejo, no sólo por la interrelación manifiesta que necesaria y realmente se deposita en la ética, sino porque corresponde desplegar en el pensamiento de todos lo que es el proyecto ético, donde la relación con el otro no se reduce a la relación cara a cara, sino a que es un otro dentro de las instituciones. A este respecto, es posible definir el proyecto ético en términos del deseo de una vida satisfecha con y para los otros en instituciones justas.

Cuando se incorpora a la reflexión la idea de instituciones justas subyace la pregunta ¿es posible mantener diferentes tipos de relaciones en las cuales hay diversos tipos de justicia y por tanto diferentes formas de ética? Es decir, pongamos el contexto clarificador, si se participa de la economía de mercado, la justicia es encontrar el precio que sea aceptado por todos. Pero si las relaciones son de tipo cívico o familiar, entonces lo justo es otra cosa. Por lo tanto, dando rienda al pensar, en una institución pública de salud la noción de lo justo es diferente ya que cambia en relación con la atención privada de la salud y lo justo en relación a la industria farmacéutica también tiene una tendencia disímbola, pues en esta involucramos una serie de factores comerciales que hay que considerar para construir la noción de lo justo, en términos de un proyecto ético.⁴⁶

El carácter ético impone una conducta resultante de una reflexión personal, de la libertad de decidir que tiene el hombre desde su creación. El hombre tiene capa-

⁴⁵ Como lo desarrolló Laín Entralgo en su libro *El médico y el enfermo* (1969), una real reconstrucción de esta relación desde los orígenes de la Grecia del siglo V hasta el siglo XXI.

cidad de pensar, reflexionar y atreverse a tomar decisiones propias, de tener una decisión autónoma, siendo esta premisa el ejercicio principal de la ética para el filosofar del ser humano, pues la filosofía consiste en saber(me), conocer(me), pensar(me), educar(me) y desde luego a partir de esta aseveración significar cuestiones y decisiones de mi ser, en conciencia de precisar que cada vez que decidimos algo siempre ganamos unos aspectos, pero también perdemos otros.

No obstante, la idea clásica de que los profesionales y su ética correspondiente se rigen por una moralidad especial distinta de la moralidad común, que entre otras cosas les dota de impunidad jurídica, ha entrado en crisis. Esto ha producido un gran desconcierto en los cuerpos profesionales que no han sabido bien cómo redefinir su identidad. Algunos conceptos, como el de fines internos de la actividad profesional, no han hecho más que complicar la situación.

Por otra parte, la presencia cada vez más activa de las fuerzas del mercado en la economía sanitaria ha hecho que los profesionales de la medicina vieran ciertas decisiones de los gestores sanitarios como incompatibles con la moralidad de su profesión. Esto ha dado lugar a un debate que en el ámbito anglosajón se conoce con el nombre de *New professionalism* (nuevo profesionalismo).⁴⁷ En él se están ventilando cuestiones fundamentales sobre la identidad de los profesionales sanitarios en este siglo XXI.

Por lo tanto, en el eje de esta disertación el contexto que lleva a La ética del ejercicio de la medicina actual, es aquel del entorno cambiante de la era actual en el que muchos individuos, grupos e instituciones juegan un papel en la toma de decisiones médicas y se ven afectados por dichas decisiones. La tensión y competencia entre los intereses de los médicos, pacientes e instituciones por los recursos sociales y de la atención médica inevitablemente influyen la relación médico-paciente. El ejercicio de la medicina se ha regido tradicionalmente por los principios de la ética médica y los aspectos científicos que la definen.

Sin embargo, la medicina actual se ve fuertemente influida por aspectos de otra índole como el interés económico, el encarnizamiento terapéutico, la medicina defensiva, la cirugía innecesaria, los conflictos de interés, las alteraciones en la aplicación del consentimiento informado, la relación con la industria farmacéutica, el respeto a la confidencialidad, la ética organizacional, y el ejercicio ético

⁴⁶ La filosofía nos ha enseñado que debemos ordenar la realidad —darle un estatuto holístico— en el cual sin duda habría una liga a las perspectivas políticas de cada sociedad en el mundo, enfatizando en ellas la visión de lo que se podría llamar como entidad real: los decididores. En tal planteamiento, hay que trabajar mucho sobre la idea de justicia porque, ciertamente, no se puede decir que todas las desigualdades sean injustas, pero entonces hay que buscar la base de la justicia debido a que, solamente así, es posible orientar a la ética en torno a las instituciones.

⁴⁷ Gracia GD: Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? *Rev Esp Salud Púb*, 2006;80(5):457–467.

que escapa a la voluntad del profesional médico. Además, las circunstancias en que se ejerce la medicina han hecho que las cuestiones legales del ejercicio de la misma ocupen la atención, ya sea por reglas o preceptos diseñados por los responsables de la medicina a nivel nacional o por organismos no gubernamentales como sociedades médicas o consejos de profesionales.

En este contexto, la ética en el ejercicio actual de la medicina necesariamente se expresa en las diferentes categorías hermenéuticas referentes a las relaciones institucionales. Desde luego que haciendo referencia a “toda esta complejidad y equivocidad puede parecer que se brinda una especie de relativismo ético de una profesión como la médica. Sin embargo, es justo esta consideración la que hace pensar que es en este contexto donde se debe generar la creación, que a juicio de los autores de este capítulo parece necesaria de constituir en la idea de verdad moral del estamento médico, sobre todo recordando la gran tradición histórica de la medicina, desde la cual se puede afirmar que la preocupación por la propia salud es un fenómeno que nació con el ser humano. Por esto resulta placentero recordar la máxima que da inicio al libro de los aforismos de Hipócrates: “la vida es breve, el arte es largo, la ocasión huidiza, el experimento arriesgado y el juicio difícil”. Resulta evidente que, a pesar de la complejidad, el arte de curar representa, tanto en los tiempos de Hipócrates como en nuestros días el hilo conductor de la historicidad ética y la ha convertido en una tradición que ha destacado ofrecer una garantía de la acción de la ética a través de los distintos tiempos de la humanidad. Después de Hipócrates, Galeno defendió la autenticidad del contenido del juramento y lo complementa con una elaborada doctrina de los temperamentos. La obra del juramento se transformó en un sitio dentro de la historia de la medicina y punto de referencia durante dos mil años.⁴²

En este horizonte comprensivo, haciendo alusión al juramento de Hipócrates, es evidente que el desarrollo de la medicina de nuestros días lo hace obsoleto en buena parte. Si bien algunos de sus preceptos pueden considerarse válidos, como el mencionado en el párrafo anterior o aquella tesis hipocrática que menciona “que las instituciones políticas también influyen sobre el estado de la salud y sobre las condiciones generales de los hombres”. O cómo evitar daños al enfermo, concepto que ha evolucionado al *primum non nocere*, aparecido en el siglo XVIII. O el de no maleficencia, una de las bases de la ética médica contemporánea. En consecuencia otros preceptos Hipocráticos no pueden aceptarse en el ejercicio actual de la medicina.⁴²

En el futuro, aspectos relacionados con la investigación de células embrionarias, su obtención y conservación, la fecundación asistida, la eutanasia y la medicina genómica, como el resultado de una medicina predictiva, tendrán que ser considerados bajo estas dos determinaciones: la imposición de una decisión derivada de una moral o la ética individual. Estas dos obligatoriedades se han desarrollado justamente porque nuestra sociedad actual del siglo XXI, globalizada y

mundializada, requiere de respuestas que no tengan el carácter de unívocas por ser universales y que tampoco sean equívocas por no responder a la cultura de cada lugar del planeta.⁴⁸

La investigación y los documentos publicados versan principalmente en torno a asuntos de ética en la medicina, como la eutanasia, la muerte digna, los diversos aspectos de trasplantes en humanos, la fecundación asistida, el aborto y las células embrionarias. Por ello, algunos consideran que han medicalizado importante-mente la bioética. En cierta forma esto último es cierto, porque el concepto original de bioética abarca otros aspectos aparte de los relacionados con la medicina, como lo planteó primeramente el Dr. Fritz Jahr (1927) al publicar el artículo *Bio-Étik* en Alemania y posteriormente el Dr. Potter (1970) en EUA con los libros *Bioética global* y *Bioética: un puente al futuro*.

En otro sentido, el ejercicio del médico puede no ser ético si el interés de su trabajo es distinto a sólo la beneficencia del paciente, como cuando la principal preocupación es el lucro o la notoriedad. En ocasiones, el interés económico se esconde en la participación de los honorarios cobrados por análisis o estudios de gabinete en los que el médico tiene beneficios. Aquí es evidente la falta de justicia. Una falta mayor ocurre cuando existe el proceso de dicotomía, penalizado por diversas sociedades médicas desde mucho tiempo atrás, que consiste en que un médico obtenga una parte del honorario cobrado por otro, al que el primero refirió un paciente para tratamiento médico o quirúrgico.⁴⁹

En la actualidad, a pesar de las particularidades de cada caso, que resulta me-nerester evaluar a profundidad, resulta evidente que hay que tener cuidado en cum-plier con el principio de justicia manteniendo la confidencialidad en relación con el padecimiento del paciente. En ocasiones esto no es sencillo. Con frecuencia la familia de una persona con cáncer pide no hacer del conocimiento del paciente su mal para no deprimirlo. El médico debe valorar con cuidado el cumplir o no

⁴⁸ Cuestiones que han emanado de las reuniones mundiales de derechos humanos y de bioética.

⁴⁹ En ocasiones se violenta la autonomía del enfermo cuando la obtención del consen-timiento informado se limita a que el paciente llene un formato a su ingreso al hospital, autorizando las maniobras de diagnóstico y tratamiento necesarios; el procedimiento se devalúa a un mero trámite administrativo. En cirugía hay dos condiciones francamente no éticas: las intervenciones quirúrgicas innecesarias, que están bien documentadas en la bibliografía médica, y el "cirujano fantasma", es decir, cuando un médico actúa como si él fuera quien realizó una operación, que otro cirujano experimentado efectuó en realidad. No se da esta situación si el médico que atendió al enfermo inicialmente explica a la familia que él va actuar como ayudante de un cirujano más experto a quien recurrirá para resolver el caso. De forma ética, los honorarios deben ser de nivel de cirujano para quien interviene y de ayudante para el que actúa así, aunque el último sea el que originalmente atendió al enfermo.

con esta petición, de acuerdo con el juicio que haga de la capacidad del paciente para enfrentar la realidad.

Como corolario de esta parte del documento se puede decir que un mal de nuestro tiempo es la llamada medicina defensiva. Ésta atenta contra la justicia, porque hace gastar al paciente en exámenes y estudios de gabinete innecesarios, y contra la no maleficencia porque en ocasiones se somete al paciente a estudios que conllevan riesgos que no son estrictamente necesarios. No obstante, tales actos se dan como una respuesta al miedo del médico de ser demandado si el diagnóstico fue incompleto o equivocado.

Bien se puede decir que el ejercicio ético que escapa a la voluntad del médico, se puede considerar, si el fin único de la medicina debe ser solo el beneficio del enfermo y la medicina debe ser justa para todos. Por lo tanto, es poco ético el mecanismo de selección negativa de pacientes por las compañías que venden seguros médicos pues en estos se privilegia la admisión de jóvenes y sanos y se evita la de viejos o con sospecha de estar enfermos o propensos a una enfermedad.

La nueva medicina en este siglo XXI, con los maravillosos adelantos en el conocimiento y en la tecnología médica, puede servir al ser humano mejor que nunca. Las condiciones que enfrenta obligan a reflexionar en qué circunstancias puede lograrse esto para cumplir mejor con los postulados que constituyen la ética médica actual. Beneficencia en su mayor proporción es pensar que toda acción sólo debe ser para el beneficio del paciente. No maleficencia, evitar cualquier acción que redunde en daño, injusticia o peligro para el paciente. Respeto a la autonomía, actuar con decisiones compartidas y evitar la actitud paternalista o con suficiencia que deja a un lado la opinión del paciente. Finalmente, lograr que todas las acciones se inscriban en la justicia de la administración igualitaria de los recursos médicos para todos los pacientes, independientemente de su capacidad económica.

En este sentido, la ética pluralista del siglo XXI no debe inculcar un ideal del hombre propio de un grupo dominante, pero debe explicitar los mínimos morales que una sociedad democrática debe transmitir sin renunciar a la vez a la propia humanidad. Así, cambiar el rótulo moral por el de ética no resuelve las cosas, sino el percatarse de que la moral democrática es una moral de mínimos y la ética es filosofía moral. Por lo tanto no es tarea de la ética indicar a los hombres qué deben hacer. Tampoco los estudiosos éticos deben convertirse en historiadores descomprometidos del pensamiento ajeno, analistas o científicos. La ética no puede prescindir de la moral, de la historia y del análisis lingüístico. Tiene su propio quehacer y puede llevarlo a cabo como filosofía moral.

Las reformas propias de la medicina necesitan las reformas propuestas por las políticas de civilización (humanización de las ciudades, regeneración de la solidaridad, disminución de las desigualdades, entre ellas, las más llamativas, en materia de acceso a la asistencia sanitaria), reformas de vida, reformas del consumo

y la alimentación. Una vez más, no se puede aislar una sola vía reformadora (Morín, 2011). Por otra parte, el incremento de los gastos sanitarios (con una tecnología y una cirugía cada vez más sofisticadas) que se amplía para las personas mayores, incluso hay estudios que demuestran que se gasta mucho más en salud durante los últimos cinco años de vida y salvo que ocurra una catástrofe se ampliará todavía más con la prolongación de la vida en el futuro.

Los objetivos de la medicina, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la sociología, la antropología, el derecho, la pedagogía, entre otras disciplinas que se articulan en la bioética en el contexto de la atención a la salud, dependen de criterios sociales, culturales, históricos y de diferentes dispositivos de poder que se ponen en juego en su desarrollo. Si se desea un logro persistente, apegado a la realidad, que satisfaga las muy diversas necesidades de la población excluida o no, deberá siempre agregarse un imperativo ético que bien equivaldría a la afirmación de que la condición ética es nuestra manera de ser en el mundo. En todos los casos se trata de establecer un equilibrio entre la posibilidad de actuar y la responsabilidad frente a la voluntad y a la acción. Los problemas del cuidado de la salud o del bien del ser humano constituyen un fragmento de esa totalidad que afecta a todas las personas en forma directa, por eso no se puede dejar de estar de acuerdo sobre los límites de lo que es factible hacer, que son señalados por la enfermedad y la muerte.

En el sentido de esta tónica y en potenciar la emergencia de la ética de la supervivencia se debe hacer por otros lo que cada uno haría por sí mismo. Esto es porque se ha pasado de la imposición a la autogestión, ahora es más necesaria que nunca la adquisición de formas deliberativas. Solo así se podrá contribuir a la gran tarea mencionada que la bioética tiene planteada. El camino es el fomento a la responsabilidad, en donde se habría que precisar que la bioética no es una ética de la convicción, sino una ética de la responsabilidad.

Por lo tanto, la Salud Mental es el estado de bienestar completo, físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La adquisición del nivel más alto de salud es un derecho fundamental en todo ser humano. Conviene revisar con alguna frecuencia el estado actual de la ética en medicina y con ello la construcción de la vida ética de una profesión, orientada sobre todo a la ética de las decisiones clínicas.

La conjunción de pensamiento filosófico, médico, jurídico, de derechos humanos, de bioderecho, biojurídica, brindan un horizonte de institucionalidad, en virtud de una filosofía hermenéutica en torno a la ética, constituyendo un horizonte de humanismo, que muchos pretenden olvidar, pero no pueden impedir un revivir cotidiano para involucrar nuestro pensar que la bioética puede transformarse en la principal mediación de significación entre personas, profesionales, ideologías y culturas. En la precisión de esta perspectiva, se ha pretendido llegar a esta parte de la disertación con el apetito de saber de un bioquímico y el de pen-

sar de un filósofo, en relación a un pensamiento crítico en la proporción hermenéutica de un horizonte histórico que quiere recorrer el museo de la naturaleza humana logrando con este ejercicio de reconocer y reconstruir las buenas praxis de muchos y las dispraxis de otros, en la intención de evitar las negligencias en todos los actos humanos utilizando la brújula de la ética en esa calidad de primera filosofía del ser humano. Así mismo, también hay autores que han manifestado que “el fraude en la investigación clínica como una manifestación de dispraxis es mundial, es real, es inherente al ser humano, tan viejo como la investigación misma y empeñado en persistir. El fraude generalmente ocurre en el contexto de la conducción de investigación clínica o en la documentación de la información obtenida, preparación de paquetes de registro, publicación de resultados o reportes de progreso” (Quintana Diez, 2011).⁵⁰

Por lo tanto y con un cierto relativismo el reconocimiento de los elementos trascendentales —aunque con ciertos grados de incertidumbre— le permiten al ser humano de la posmodernidad replicar al asentamiento del paternalismo político-científico que las corporaciones usan para dictar lo que puede hacerse y lo que no puede o debe hacerse,⁵¹ dejando en el ámbito de la norma todo un asentamiento moral y legal y negando el hecho inédito y demasiado humano del acontecimiento ético, cuyo real valor estaría depositado en la relación humana de significar y decidir, entendiendo que cada vez que el ser humano otorga un valor y por este decide, siempre gana unas cosas, pero pierde otras. Nunca se sabe en tal momento si realmente su decisión es para bien o para siempre, pues como decíamos al principio de este documento, ante la incertidumbre de la vida hay que esperar lo inesperado y esto inesperado es lo que se presenta a los ojos de todos, en la tonalidad de concebir una ética con la verdad del sujeto.⁵²

Finalmente, en este mundo lleno de complejidades y de sentidos interpretativos hay que repetir incesantemente que hay que esperar lo inesperado, realizarse así es llenar de esperanza los principios de una ética de mínimos en la construcción ética de la decisiones clínicas, es posibilitar la esperanza del futuro y todo esto es hablar de bioética, no obstante el derecho a la salud y la justicia social

⁵⁰ Cano VF: Identificación de proceso dispráxicos en la investigación clínica. Sus motivadores y manejo. En: Dispraxis. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.

⁵¹ Este paternalismo de la posmodernidad sustituye al paternalismo médico que fue sostenido por un sistema de valores universal y guió la ética médica por dos milenios. Este nuevo paternalismo pretende que la ciencia se haga árbitro de los sistemas de valores y use al ser humano como objeto de investigación para beneficio de grupos económicos privilegiados que buscan consenso social apoyados por las grandes corporaciones y el Banco Mundial en el marco político del Racionalismo Utilitarista Democrático que critica la Dra. Azzaro Pulvirenti.

⁵² Recientemente llevados a obligatoriedad jurídica para todos los centros hospitalarios de México en diciembre de 2012 por la Comisión Nacional de Bioética.

imponen ser cauto y explícito en lo que se delibere. Entender este sentido en torno a los derechos sociales sólo podrá existir plenamente cuando se de una conciencia plena de su necesidad por parte de todos los sujetos sociales, teniendo en cuenta que el movimiento de la vida nos lleva de verdad en verdad y esta nunca es absoluta. Mientras tanto, el paso de los tiempos demande su cumplimiento en vías de una realización de la conciencia de una ética de la responsabilidad, en virtud de las decisiones clínicas, de la deliberación en la finalidad última de hacer el bien auspiciando la justicia, la dignidad, el derecho y el honor de cada ser humano, para que el hacer científico de la medicina no sólo vuelva a la salud al paciente, sino que encamine sus acciones a fundamentos más humanistas en su asentamiento más ontológico.

Tal vez, una de las primeras premisas de las instituciones sanitarias, que de hecho es ya una realidad en México, es el desarrollo de la perspectiva ética inherente a cualquier sistema de acreditación o certificación de la calidad en torno a seguridad hospitalaria y hospital seguro, instaurado por la Secretaría de Salud desde hace ya varios años en consecuencia de adherirse a un fenómeno de expansión mundial, respecto del cual se puede decir que todos los sistemas de acreditación están incorporando a buena velocidad estándares en torno a la seguridad de los pacientes que son, por tanto, estándares intrínsecamente éticos. Una segunda premisa es la de una puntual necesidad de que los Comités Hospitalarios de Bioética (CBH) aborden también estas cuestiones, sobre todo reforzando la protocolización y la formación de las dimensiones éticas de la seguridad de los pacientes. Pero además considerar que estos CBH pueden ser un foro privilegiado para realizar la deliberación necesaria para una aplicación prudente de los principios bioéticos, insertados asimismo para la valoración de derechos humanos en los sujetos de investigación ponderados en el seno de los comités de ética en investigación (CEI).⁵³ Sin embargo, esto exige dar el paso hacia auténticos comités de ética institucionales (Meaney, 2004).

⁵³ En este sentido es preciso decir que la industria farmacéutica en virtud de la autoridad sanitaria ha establecido como relación ética, aquella que tiene que ver con Ética y Regulación, en el entendido que ética, es la norma oficial y desde su aplicación se ha ponderado como legalmente posible: Por eso se advierten ciertas preguntas: ¿Es la regulación una ciencia? ¿Cuáles son las bases deontológicas de la regulación sanitaria? y por tanto apuntan hacia una filosofía moral de la regulación, bajo un presupuesto legalista y de subordinación a los gremios correspondientes. No obstante, hay autores como Petryna y col. (2006), que consignan grandes irregularidades en torno al producto farmacéutico global, señalando cuestiones éticas, de mercado y de prácticas.

Dentro del tema de la calidad y de la seguridad del paciente, como en otras materias específicas, se ha desarrollado un metalenguaje o la necesidad de contar con el uso de terminología que en condiciones normales podría tener una acepción diferente para quien la usa. Dado que este riesgo existe y que precisamente se trata de que no haya confusión alguna y de que todos entiendan y expresen lo mismo, se ha desarrollado un glosario de términos frecuentes utilizados dentro de la aplicación de la seguridad del paciente a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte fundamental en el establecimiento de cualquier programa o proyecto de calidad y de la seguridad del paciente, hecho que no sólo sucede en el idioma español sino en todos los idiomas.

Así, se efectuó la tarea de compilar una serie de términos que están dentro del texto y de los diversos capítulos de esta obra que se usan en forma frecuente y que pueden causar confusión. Por ello se integraron dentro de un glosario que tiene como objetivo definir en forma clara y concisa cada uno de ellos, relacionados con el tema de calidad, mejora continua y seguridad del paciente.

Se considera que este documento es esencial para una mejor comprensión de todos los procesos que dentro de la calidad y la seguridad del paciente se enfrentan día con día.

Accesibilidad. Facilidad con la que se obtiene, en cualquier momento, la atención de la salud a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

Accidente: Acontecimiento inesperado que altera el curso normal de las cosas y puede provocar daño, lesión o incluso la muerte o alguna otra consecuencia.

Agente. Sustancia, objeto o sistema que produce cierto efecto.

Análisis causa–efecto. Herramienta de calidad utilizada para el análisis del principio, fundamento u origen de algo. Es el resultado del análisis de la o las circunstancias que originan ciertos efectos como podrían ser los eventos adversos, centinelas o ambos.

Análisis causa–raíz. Estudio sistemático mediante el cual se identifican el o los factores que originan una falla o problema.

Atención a la salud. Atención médica. Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Atributos. Cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien.

Caída. Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso y trauma resultante.

Calidad. La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Calidad a la atención médica. Otorgar al usuario atención médica con oportunidad, seguridad y competencia ofreciendo el mayor beneficio con el menor riesgo utilizando los medios disponibles.

Características del incidente. Atributos de un incidente.

Características del paciente. Atributos de un paciente.

Circunstancia. Situación, hecho o conjunto de hechos que rodea, influye o condiciona a otro u otros.

Cirugía errónea o equivocada. La realización de una cirugía o procedimiento quirúrgico inadecuado, inoportuno o en el área anatómica incorrecta. Puede involucrar desde la herida quirúrgica, el lado sano en lugar del afectado, el sitio anatómico, la extirpación errónea de un órgano o hasta el paciente equivocado.

Competencia profesional. Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.

Condiciones latentes. Son factores y situaciones que se encuentran en el sistema, pueden estar como dormidos durante muchos años hasta que son revelados por las reglamentaciones, auditorías internas o por los incidentes y accidentes.

Continuidad. Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados del paciente progrese sin interrupciones.

Competencia en educación. Alude a un saber hacer que lleva a un desempeño eficiente, el cual puede demostrarse mediante ejecuciones observables. Se trata de una capacidad para resolver problemas que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean situacio-

nes diversas. La competencia no se limita a los aspectos procedimentales del conocimiento, a la mera posesión de habilidades y destrezas, sino que va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales. Ocupa un lugar central en la atención.

Competencia profesional. Grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.

Complicación. Circunstancia o situación que dificulta el desarrollo de algo. Hecho de hacerse algo más difícil, complejo o confuso. Síntoma o enfermedad que aparece en el curso de otra, que la agrava o hace más difícil su tratamiento.

Conducta imprudente. Es considerada como negligencia grave, implica un mayor grado de culpabilidad que la negligencia. Implica indiferencia consciente del riesgo, difiere de la conducta negligente en su intención. La negligencia es la falta de reconocimiento de un riesgo que debería haber sido reconocido, mientras que la imprudencia es una indiferencia consciente de un riesgo significativo y visible y debe considerarse el término de conducta temeraria.

Conducta negligente. Es una conducta subjetivamente más culpable que el error humano. Es un término legal que surge tanto del sistema de responsabilidad civil como penal. Se trata de cuando una persona ha sido lesionada por el sistema de salud y debe pagarse por los daños resultantes. Es una falta de la habilidad, el cuidado y el aprendizaje que en general se esperan de un médico razonablemente prudente.

Contención de riesgos. Toma de acciones inmediatas para salvaguardar a los pacientes de la repetición de eventos no deseados.

Criterio médico. Juicio clínico tendiente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, con base en los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, la experiencia y las evidencias disponibles.

Cultura. Una compleja red de actitudes nacionales, organizacionales y profesionales y los valores en base a los cuales funcionan los individuos y grupos.

Cultura justa. Es la que identifica y examina abiertamente sus propias debilidades para aprender y mejorar y está dispuesta a exponer tanto sus puntos débiles como sus áreas de excelencia. Se fundamenta en la necesidad de aprender de nuestros errores y de adoptar medidas.

Cultura de seguridad organizacional. Es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y los daños.

Daño. Efecto causado en algo o en alguien que le hace ser o estar peor que antes.

Daño relacionado con la atención a la salud. Perjuicio derivado de la acción u omisión de profesionales de la salud durante la prestación de un servicio que no se debe a enfermedad o lesión subyacente.

Discapacidad. Incapacidad física o mental causada por una enfermedad o accidente, enfermedad congénita o evento adverso.

Dolo. Es la resolución libre y consciente de realizar voluntariamente una acción u omisión prevista y sancionada por la ley. Es toda maquinación o artificio para engañar al paciente o afectar su salud. El autor material está consciente del daño que va a causar y sus consecuencias; sin embargo, no desiste de su actuación.

Efectividad. Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable.

Efecto secundario a medicamento. Efecto conocido, distinto del deseado, sobre todo relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento.

Eficiencia. Relación entre el impacto real de un servicio y su costo de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

Enfermedad. Disfunción fisiológica o psicológica. Alteración biopsicosocial de un organismo producida por algún desorden interno o causa externa.

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

Error. Concepto equivocado, juicio falso, acción desacertada, diferencia entre el valor medido o calculado y el real. La falla de una acción planeada para ser completada como se pretendía o la aplicación de un plan incorrecto para lograr un objetivo. Hecho, acto o dicho que resulta equivocado respecto a lo que se considera verdadero o debido.

Error de medicación. Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o de un familiar. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallas en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización.

Error humano. Es una etiqueta social que se caracteriza porque hay un acuerdo general de que el individuo debió de hacer aquello que otros harían en la misma situación pero no lo hizo.

Error médico. Conducta clínica equivocada en la práctica médica como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.

Error normal. Accidente que se puede esperar del funcionamiento habitual de un sistema tecnológicamente complejo.

Error por comisión. Ocurre como resultado de una acción tomada.

Error por omisión. Ocurre como resultado de una acción no tomada.

Evaluación de la calidad de la atención médica. Análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la obtención de los resultados esperando que permita identificar los procesos que requieren ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es necesario resolver.

Evento. Algo que le pasa o involucra a un paciente.

Evento adverso. Es el daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente. Incidente que resulta en daño al paciente (Organización Mundial de la Salud – OMS).

Evento centinela. Hecho o variación inesperado que involucra la muerte o daño físico o psicológico grave o el riesgo de su ocurrencia (*Institute of Medicine*, o IOM).

Factor atenuante. Acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente.

Factor contribuyente. Circunstancia, acción o influencia que se considera ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca.

Fallas Activas. Son los actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto directo con el paciente o el sistema y toman una variedad de formas: resbalones (torpezas y tropiezos), lapsus, errores y violaciones en los procesos. Las fallas activas tienen una incidencia directa y de corta duración en la integridad de las defensas y su resultado negativo es casi inmediato.

Fallas latentes. Condiciones o defectos de los sistemas de salud que en cualquier momento pueden dar lugar a errores en la atención.

Fallo del sistema. Defecto, interrupción o disfunción en los métodos operativos, los procesos o la infraestructura de la organización.

Grado del daño. Intensidad y duración del incidente y las repercusiones terapéuticas derivadas.

Hospital seguro. Un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad y en su misma infraestructura durante una amenaza natural e inmediatamente después de la misma.

Impericia. Es la falta de conocimiento o de la práctica que cabe exigir a uno en su profesión, arte u oficio. Es la torpeza, la inexperiencia. Tanto en la negligencia como en la impericia el sujeto activo no tiene la intención de cometer el daño, sino que se da por causa ajena a su voluntad.

Incidente. Evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente. Situación que se interpone en el curso normal de una acción.

Infección hospitalaria. Enfermedad ocasionada por agentes microbianos adquiridos en el hospital que estaba ausente en el momento del ingreso del paciente.

Infracción. Desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

Lapsus. Es una falta o equivocación cometida por descuido.

Lesión. Daño producido por un agente o circunstancia.

Matriz de riesgo. Representación gráfica que reproduce simbólicamente la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos de acuerdo a frecuencia y gravedad.

Negligencia. Es la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas. Es el abandono, la desidia, la falta de aplicación, la falta de atención, el olvido de las órdenes o precauciones. Es la falta de cumplimiento de un deber de cuidado, es decir, la persona que lo comete tiene conocimiento y destreza suficiente en la materia, pero al presentarse el incidente no lo resuelve de manera satisfactoria.

Oblito. Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica.

Oportunidad/disponibilidad. Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los servicios de salud deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

Paciente. Toda persona que requiera y obtenga servicios de salud.

Prescripción médica. Proceso cognitivo, ético y legal mediante el cual un profesional médico indica un producto biológico, químico o natural que modifica las funciones bioquímicas y biológicas del organismo de una persona con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico.

Principio de autonomía. Hace mención del derecho de los enfermos adultos en uso pleno de sus facultades mentales para decidir libremente lo que ha de hacerse con su persona conforme a sus intereses y preferencias, asumiendo la responsabilidad inherente y respetando la autonomía de terceros.

Principio de confidencialidad. Presenta el derecho del paciente a que se respete el secreto en la información proporcionada al médico como parte de la relación profesional.

Principio de equidad. Indica que se debe otorgar atención médica a los pacientes según sus necesidades de salud sin distinciones, privilegios ni preferencias.

Principio de honestidad. Muestra el valor del ser humano que lo motiva a actuar y a expresarse con profesionalismo, con apego a la verdad, a los principios morales y éticos, a las normas, a las leyes y a la confianza depositada en él.

Principio de justicia. Compromete a otorgar al paciente la atención a que tiene derecho para satisfacer sus necesidades de salud en congruencia con su padeci-

miento, conforme a las leyes, a la ciencia médica, a los principios éticos y a la razón.

Principio de respeto a la dignidad del paciente. Presenta el derecho de las personas a recibir la atención médica que requieran en consideración a los derechos humanos, a sus libertades fundamentales y universales, a sus valores, su conciencia, sus principios y a su condición de enfermos.

Principio de solidaridad. Propone el compromiso del médico de compartir sus conocimientos y sus beneficios económicos con pacientes en quienes se justifique, compañeros que necesiten su apoyo y médicos en proceso de formación que requieran de sus enseñanzas.

Puntos de riesgo. Puntos específicos en un proceso susceptibles de error o trastorno en el sistema. Por lo general son el resultado de un defecto en el diseño del proceso, un alto grado de dependencia en comunicación, procesos no estandarizados y falla o ausencia de respaldos.

Queja. Es resultado de una situación que genera inconformidad por ser considerada legal, social o moralmente contraria a la normalidad. Esta situación afecta directa o indirectamente a una o varias personas.

Quejas médicas. Son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mala práctica médica.

Reacción adversa. Cualquier acción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.

Resiliencia. Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas (Real Academia de la Lengua Española).

Riesgo. Posibilidad de que ocurra un evento adverso o un incidente.

Satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

Seguridad clínica de pacientes. Atención de salud libre de daños evitables.

Seguridad del paciente. Atención médica libre de daño accidental (IOM). Atención médica libre de daño innecesario al paciente o daño potencial asociado a la atención (OMS).

Seguridad política en salud. La seguridad en salud se traduce operativamente en la responsabilidad que tiene el Estado para garantizar a todos sus ciudadanos el acceso a servicios de salud.

Sitio de cirugía. Región anatómica involucrada en un procedimiento quirúrgico.

Tipo de incidente. Término descriptivo de una categoría formada por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas.

Violaciones intencionales a las normas o reglamentos. Es cuando un individuo decide conscientemente violar una regla mientras está realizando una tarea.

Este concepto no está necesariamente relacionado con la asunción de riesgos, sino que simplemente muestra que un individuo sabe que está violando una regla, procedimiento o deber en el desempeño de una tarea.