Diagramación e Impresión Digital
LOM Ediciones Ltda.
Maturana 9 / 13, Santiago de Chile
Fonos: 6722236 • 6715612 • 6727343
Fax: 6730915
Se terminó de imprimir
en Abril del 2005

ISSN: 0716 - 2588

SEMINARIO

“ERRORES EN MEDICINA: ¿ES SEGURA LA ATENCIÓN SANITARIA EN CHILE?”

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

CAPÍTULO CHILENO DEL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

ASOCIACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS-MÉDICAS DE CHILE

Santiago de Chile, 14 de julio del 2004

EDITOR RESPONSABLE
Dr. *Alejandro Goic*

REPRESENTANTE LEGAL
Dr. *Alejandro Goic Goic*

DIRECCIÓN POSTAL
Clasificador 1349
Santiago - Chile

Las expresiones vertidas por los académicos son de su responsabilidad y no representan necesariamente la opinión oficial de las instituciones participantes.

Diagramación e Impresión Digital
LOM Ediciones Ltda.
Maturana 9 / 13, Santiago de Chile
Fonos: 6722236 • 6715612 • 6727343
Fax: 6730915
Se terminó de imprimir
en Abril del 2005

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 7

"Errores en Medicina: ¿es seguro nuestro sistema de salud?". *Dr. Alejandro Goic* 9

"Ética y Error". *Dr. Alejandro Serani* 13

"Demandas a médicos en Chile. Experiencia de la Fundación de asistencia legal del colegio médico de Chile". *Juan Carlos Bello* 23

EL ERROR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA 23

"Errores en Psiquiatría". *Dr. Andrés Heerlein* 25

"El clínico y los errores en medicina". *Dr. José Adolfo Rodríguez* 35

"Vigilancia de Errores por el Ministerio de Salud". *Dr. Fernando Otaiza* 45

"Errores en la práctica clínica. Nuestra experiencia". *Irene Vicente, E.U.* 61

CONDUCTAS NECESARIAS 73

"Capitalicemos el error aprendiendo de él". *Dra. May Chomalí* 75

"Transmisión de las experiencias adquiridas al equipo de salud". *Mariana Silva* 85

"Auditoría Médica en la Prevención y Manejo del Conflicto Médico". *Dr. Gustavo Rencoret* 93

"CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES". *Dr. Rodolfo Armas* 111

INTRODUCCIÓN

ERRORES EN MEDICINA: ¿ES SEGURO NUESTRO SISTEMA DE SALUD?

DR. ALEJANDRO GOIC G.
PRESIDENTE
ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Se puede conjeturar que desde los orígenes de la medicina se han cometido errores diagnósticos y terapéuticos en la práctica médica y que, durante siglos, ellos han estado ligados al escaso conocimiento que se tenía de la estructura y funcionamiento del organismo humano. Eran errores derivados de la ignorancia global del saber médico. Sin embargo, en la actualidad, se siguen cometiendo errores pese a que disponemos de enormes conocimientos y recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Por su propia naturaleza, la posibilidad de cometer errores es inherente a la práctica clínica, en la medida de que ésta se desarrolla en un terreno de incertidumbre. Los principales errores en clínica, probablemente, se deben a insuficiencias en la recolección de datos, o en la interpretación de los resultados de los exámenes de laboratorio y exploraciones instrumentales, o en las formulaciones diagnósticas y prescripciones terapéuticas. (1, 2).

Paradójica, aunque no inesperadamente, las fuentes eventuales de error en clínica se incrementaron con el progreso de los conocimientos y la tecnología, con la disponibilidad de una amplísima gama de medicamentos activos y con los progresos de la anestesiología y la cirugía.

Con todo, los errores individuales de los médicos en su actividad clínica deben distinguirse de aquellos que tienen su origen en la medicina institucionalizada, es decir, en hospitales, clínicas, consultorios y farmacias. No parece caber duda que la posibilidad de cometer errores en la atención de salud se potenciaron fuertemente con la expansión de la atención médica a la población, el consecuente surgimiento de instituciones sanitarias complejas en su estructura, administración y funcionamiento, y la participación en el proceso de una gran cantidad de

personas de muy variada calificación y competencia. Estos errores dicen relación con deficiencias en las normativas institucionales, transporte inseguro de los pacientes, fallas en los equipos diagnósticos o terapéuticos, accidentes en la ejecución de procedimientos terapéuticos y diagnósticos complejos, prescripción inadecuada de las recetas médicas o incorrecto despacho de ellas en las farmacias.

Es claro entonces que se pueden cometer errores en todo el circuito de la atención sanitaria, desde la atención individual del enfermo por el médico, hasta la atención institucional en establecimientos complejos en que se internan los pacientes (3). La distinción entre los distintos niveles de la atención médica en que acontecen errores es importante, en la medida que sus fuentes potenciales son de distinta naturaleza y merecen medidas preventivas diferentes.

La intención principal del presente Seminario no es examinar los errores individuales que ocurren en la atención médica sino que aquellos que se producen en el sistema sanitario, es decir, en los niveles institucionalizados de la atención médica y de salud

A los errores en medicina no se le prestó mayor atención hasta comienzos de los años 90 en que, en algunos países desarrollados, el tema es intencionadamente investigado. En EE.UU. adquiere relevancia médica y pública a raíz de las investigaciones de Lewape y Bates apoyadas por la Agency for Health Care Policy and Research. Un Informe del Institute of Medicine de 1999: *To err is human: Building a Safer Health System. (4),* reveló impactantes datos sobre la magnitud de los errores en medicina y las muertes atribuidas a ellos, lo que provocó gran inquietud en el público, así como en las autoridades sanitarias y políticas.

El Institute of Medicine define como error en medicina *«el fracaso en completar una acción planificada tal como se intentó,* o bien, «*el uso de un plan erróneo para alcanzar un objetivo*». A su vez, denominó como evento adverso, «*un daño causado por el manejo médico más bien que por la enfermedad subyacente o condición del paciente*». En este Informe se reveló que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los errores en medicina. Si sólo se considera la cifra inferior, se constituye en la octava causa de muerte en ese país, superando aquellas debidas a accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA. Se estimó que el costo era de alrededor de 38 millones de dólares, aproximadamente la mitad de esa suma asociada a errores prevenibles. Se dispuso de pocos datos sobre los errores que ocurren fuera de los hospitales, aunque se presume que ocurren también en las oficinas de los médicos, hogares de ancianos, farmacias, servicios de urgencia y cuidados médicos en el hogar. Particular relevancia parece tener la prescripción inadecuada de las recetas médicas. El Informe del Institute of Medicine enfatiza que la mayoría de los errores se relacionan con el sistema sanitario y no se deben a negligencia o conducta individual inadecuada; en contraste, la mayoría de las personas atribuye los errores a los médicos individualmente. En el Informe se sos-

tiene que no se trata de gente mala que trabaja en el cuidado de la salud, sino que es gente buena que trabaja en sistemas malos que necesitan ser más seguros.

Como reacción a este Informe del Instituto de Medicine, el Presidente de EE.UU. encomendó a un comité ad-hoc hacer recomendaciones para mejorar la calidad de la atención de salud y proteger la seguridad de los pacientes. El Comité emitió un extenso y detallado Informe a comienzos del año 2000: *Doing what Counts for Patient Safety*. *Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact* (5). En él se hace una serie de recomendaciones destinadas a mejorar la seguridad de los pacientes en las áreas de liderazgo, mejoría en la recolección y análisis de datos y el desarrollo de sistemas eficaces a nivel del cuidado directo de los pacientes.

En Chile ha habido una preocupación inicial por este tema. En el año 2001, en la Reunión Anual de la Región Chilena de American College of Physicians se realizó un Panel sobre Error en Medicina en que se analizó empíricamente el tema desde diversos ángulos (1, 6-9). No hubo, sin embargo, en ese panel información específica sobre errores en medicina en nuestro país, su cuantía y su tipo. Por otra parte, en algunos hospitales privados se han establecido programas e instancias para la identificación general y manejo de los eventos adversos que en ellas se producen, en tanto que en el sector público existen algunos programas específicos como el de vigilancia sistemática de las infecciones intrahospitalarias.

Nada hace pensar que el problema de los errores en Medicina en Chile no sea similar al observado en los países desarrollados. De allí que la Academia Chilena de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas Médicas de Chile y el Capítulo Chileno del American College of Physicians, tomaron la iniciativa de organizar el presente Seminario sobre Errores en Medicina, al estimar que es un tema de la mayor relevancia y que es urgente abordarlo, dado que está en juego la calidad del sistema sanitario y la seguridad de los pacientes. No es posible ignorar problemas que observamos con alguna frecuencia en nuestra práctica hospitalaria, sabiendo que muchos de ellos son evitables. No se trata, por cierto, de apuntar hacia los profesionales que cumplen honestamente su tarea y pueden cometer errores propios de las incertidumbres de la medicina, sino que de establecer medidas que permitan reducir los errores y mejorar la seguridad de los pacientes a través del diseño de un sistema de salud cada vez más seguro. En este asunto hay comprometido no sólo un problema técnico y administrativo sino que, también, ético.

Dado el interés público del tema, las instituciones organizadoras del presente Seminario han invitado a participar en él a representantes de todas las instituciones públicas y privadas vinculadas a la salud. Así, han sido convocados representantes del Ministerio de Salud, de las Comisiones de Salud del Senado y la Cámara de Diputados, del Colegio Médico de Chile, de las 30 sociedades médicas adscritas

a la Asociación de Sociedades Médicas Científicas de Chile, de los Servicios de Salud, de los Servicios Clínicos de los hospitales públicos mayores, de las clínicas privadas, de las mutuales de seguridad y accidentes del trabajo, de la Asociación de ISAPRES y de entidades académicas. Cumplo con agradecer a aquellas instituciones que, con su generosa contribución económica, han hecho posible la realización de este Seminario: la Asociación Chilena de Seguridad, Clínica Alemana, Clínica Las Condes, ISAPRES de Chile, Laboratorios SAVAL y Pontificia Universidad Católica de Chile.

A todos los participantes les damos la bienvenida en la confianza de que, a partir de este evento, se promueva la recolección sistemática de información sobre errores en medicina en todas las instituciones sanitarias, con el fin de identificar y medir la magnitud del problema en nuestro país y adoptar las medidas conducentes a su prevención. De este modo se podrá resguardar mejor la calidad de nuestro sistema de salud y la seguridad de los pacientes que en él reciben atención médica.□

REFERENCIAS

1. Goic A. *Fuentes de error en clínica.* Rev Med Chile 2001; 129: 1459-62.
2. Mundt E. *¿Por qué los errores médicos?* Rev Med Chile 2002, 130: 826-826.
3. *Medical errors: The scope of the Problem*. Fact Sheet. Publication Njop. AHRQ 00-P037. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrg.gov/qual/errback.htm
4. *To err is Human: Building a Safer Health System*. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Editors. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine (IOM). 2000.
5. *Doing What Counts for Patient Sadety*: *Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC) to the President, February 2000. Quality Interagency Coordination Task Force. Washington, DC. http://www.quic.gov/report/
6. Rosselot E. *Errores en medicina.* Rev Med Chile 2001; 129: 1455-58.
7. Carvallo A. *Consideraciones éticas sobre el error en medicina.* Ibídem: 1463-65.
8. Szanthó, G. *Definiciones respecto al error en medicina.* Ibídem: 1466-69.
9. Sutil L. *Manejo de los errores en medicina.* Ibídem: 1470-72.

ÉTICA Y ERROR

ALEJANDRO SERANI MERLO,
PROFESOR DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Agradezco a la Asociación de Sociedades Científicas-Médicas de Chile y a la Academia de Medicina de Chile la invitación a reflexionar acerca de un problema que parece preocupar cada vez más a nuestra sociedad, como es el tema de los errores en Medicina y de la seguridad en la atención de salud. Mi intervención tiene que ver con las relaciones existentes entre Ética y Error.

Dada la vastedad del tema me limitaré a algunas consideraciones acerca de dos aspectos restringidos. La primera consideración de corte más bien epistemológico pretende clarificar algunos conceptos en torno a la noción de error y su diversa connotación en el plano teórico y en el plano práctico. La intención es delimitar más precisamente lo que podría llamarse un error o falla ética.

La segunda parte de mi exposición, de corte más polémico y esquemático, intenta mostrar cómo el modo de conceptualizar el error en Medicina se encuentra influenciado por el contexto socio-cultural en el que ésta se ejerce en un momento dado y por la idea que se hace una cultura de lo que deba ser un médico. En esta parte aventuro algunos juicios críticos acerca de la consideración social que actualmente se hace del ejercicio médico que, sin pretensión de ser definitivos, esperan al menos promover una reflexión que parece urgente acerca de nuestra identidad como médicos.

LA NATURALEZA DEL ERROR

La Medicina moderna 'oficial', cuyo origen conceptual e histórico remonta a la *tekhné iatriké* de tradición hipocrática, nace y se desarrolla en íntima dependencia de la *epistème* o saber científico. A esta estrecha vinculación debe hoy nuestra Medicina no sólo buena parte de sus logros sino también algunas de sus limitaciones. En efecto, dado el carácter intrínsecamente desinteresado, el equívoco conceptual más recurrente a la hora de juzgar la Medicina, consiste en la falta de una adecuada distinción entre lo que pertenece al orden teórico o científico, y lo que corresponde al orden práctico, profesional o propiamente del arte médico. En nues-

tra Medicina de tradición hipocrática, el arte médico por una parte y la ciencia médica por otra, no obstante sus mutuas interrelaciones, deben ser distinguidos y jerarquizados, debiendo la ciencia estar al servicio del arte y no el arte al servicio de la ciencia. Dicho de otro modo, la primacía en la Medicina viene dada por el servicio al enfermo, objeto propio del arte médico, siendo el saber científico-médico, instrumental por relación a ese servicio.

Estas clarificaciones resultan pertinentes en lo que respecta al tema del error médico que nos corresponde examinar, ya que el error teórico y el 'error' práctico no son simétricos, y no es correcto juzgar el arte con criterios derivados de la ciencia, ni la ciencia con criterios derivados del arte.

La acepción primaria del término 'error' tiene que ver con el orden teórico o científico, en el que el error se opone al no-error que es la verdad. Como la verdad se da propiamente en el juicio racional, lo erróneo o no erróneo es algo propiamente referido a los juicios[1].

Es pertinente también hacer notar que frente a la verdad se pueden dar a su vez dos estados distintos, uno por defecto y otro por exceso, a saber: la ignorancia y el error. La ignorancia y el error se oponen a la verdad bajo aspectos distintos, la ignorancia es la privación de la verdad, mientras que el error es su contrario. La ignorancia puede ser culpable o no culpable, y cuando es culpable se podría decir que es un error, pero es preferible para evitar confusiones referirse al error práctico como 'falta' más que como 'error'. Esta distinción entre ignorancia y error no deja de tener su importancia práctica ya que los medios preventivos que se deben poner en marcha frente a una acción malograda a causa del error no son los mismos que cuando se estima que la causa de la mala acción es la ignorancia.

Si el juicio verdadero parece corresponder a la perfección a la que aspira todo juicio, el juicio erróneo -más que la ignorancia-, en el orden del conocimiento, es la forma más evidente de fracaso o frustración. Parecería entonces que si queremos evitar el error médico debiésemos velar por prevenir el juicio erróneo. Ahora bien, la superación de la ignorancia y del error parecería en principio competer a la ciencia médica tanto en lo que se refiere a la tarea de investigación y descubrimiento, como en relación con la tarea pedagógica de transmisión, divulgación o enseñanza. Sin embargo, en el ejercicio concreto del arte médico la realidad es más compleja ya que el saber médico no es de orden puramente científico, y por lo tanto una buena parte del saber médico se aprende en relación a la práctica.

---

[1] En estricto rigor el juicio erróneo no es un verdadero juicio; sin embargo, dado que un juicio no verdadero no es la mera no-existencia de un acto mental sino algo positivo, y dado que más aún, no es fácil en ocasiones discriminar entre un juicio verdadero y uno erróneo, parece pertinente el distinguir entre juicios verdaderos y juicios erróneos o falsos.

El error práctico o la falta

Así como en el orden teórico el error parece resultar de un defecto en el juicio, en el orden práctico u operativo, sin embargo, lo que importa es la perfección o imperfección de la operación. En este ámbito la operación imperfecta o malograda es la operación frustrada. Frustrada por defecto en la acción omitida o inconclusa, o por exceso en el caso de la acción torpe, violenta, imprudente o inoportuna. Es cierto que la acción imperfecta puede ser la consecuencia de un error de juicio con respecto a la realidad sobre la cual se debe operar, como cuando se yerra en un diagnóstico; sin embargo, esa parece ser sólo una de las posibilidades de imperfección en el orden de la acción. En efecto, a la perfección de toda operación deben concurrir tres elementos principales: En primer lugar, un conocimiento práctico o juicio valorativo, como en el caso mencionado del diagnóstico; en segundo lugar, una determinación inclinativa, afectiva o tendencial que tiene que ver con las disposiciones afectivas del sujeto al momento de actuar, que pueden variar en cualidad y en intensidad, y que pueden ser influenciadas por múltiples factores. En tercer lugar, una dimensión ejecutiva u operativa que realiza, culmina o consuma la operación, y que dice relación con las habilidades y con los medios que hacen posible la puesta en práctica de esas habilidades. Esos tres elementos, cognoscitivo, afectivo y ejecutivo deben estar presentes en la proporción requerida para que se lleve a cabo con éxito la operación. Como se puede apreciar, el error de juicio es sólo uno de los varios elementos que pueden llevar a frustrar la acción, y este juicio además no es la mayor parte de las veces un juicio teórico o científico, que verse sobre leyes o principios generales, sino que más bien un juicio que debe versar sobre situaciones concretas, individuales e irrepetibles, que pueden alcanzar un alto nivel de complejidad.

Falta técnica y falta ética

Ahora bien, y para colmo de dificultades, es necesario distinguir además en el orden profesional dos aspectos o dimensiones que se dan simultáneamente en el mismo acto, una dimensión técnica y una dimensión ética. Una apendicectomía puede estar perfectamente realizada desde el punto de vista técnico, pero si no tenía indicación estricta y el médico lo sabía estamos frente a una acción éticamente injustificable. Se sigue a partir de aquí, que será necesario considerar dos formas posibles de imperfección, error o falta en el plano operativo: la falta técnica y la falta ética.

Con respecto a la dimensión técnica del acto, la perfección o consecución de la obra se mide basándose en criterios de eficiencia o eficacia[2]. Una acción técnica es

[2] Consideraremos para fines de este examen ambos términos como sinónimos.

buena si es eficiente. Un robo por ejemplo es técnicamente perfecto si alcanza bien su objetivo y el que lo realiza será técnicamente un buen ladrón. En términos generales, una acción eficaz es aquella que responde a tres exigencias básicas: rapidez, facilidad y seguridad. Mientras más rápida sea una determinada operación, menos costosa en términos físicos, psíquicos o económicos, y menos susceptible de fallar en su objetivo, mejor será considerada la realización de esa acción.

A la hora de juzgar acerca del éxito o del fracaso de una acción técnica debe tenerse en cuenta que el ideal técnico es un ideal, es decir se trata siempre de una meta asintótica o inalcanzable. Toda acción física requiere un tiempo, significa un cierto costo o esfuerzo, y tiene algún margen de inseguridad. De lo anterior se sigue que la mejor de las acciones técnicas en un momento dado, no es sino la menos mala de que se dispone. Siempre será posible concebir un accionar más rápido, más fácil, y más seguro. Exigir la perfección técnica para una acción en cualesquiera de estos tres aspectos es perseguir una quimera. Tender a acercarse progresivamente a la perfección de un ideal es la mayor parte de las veces una aspiración encomiable, mientras se tenga claro que un ideal es un ideal y que por lo tanto no se alcanza nunca de modo perfecto. En el caso de la técnica siempre una proeza técnica puede en principio ser superada por otra mejor, en una progresión sin fin. En una cultura que, alentada por los adelantos de la técnica, despierta en el gran público expectativas irrealistas se suele perder de vista lo que es posible y lo que no es posible exigir.

La dimensión ética del actuar

¿Qué ocurre con la perfección o imperfección ética de la acción en el ejercicio del arte médico, y en qué consistiría en este ámbito el error o la falta? Una fórmula clásica nos advierte que a diferencia de lo que rige en el plano técnico, donde el criterio de perfección viene dado por la perfección de la obra a producir, en el plano ético lo que comanda la acción es el bien global del agente que realiza la obra. Más que la bondad *de la obra* lo que interesa en ética es la bondad *del que obra*. Se espera aquí del que actúa, que lo haga en tanto hombre de bien. Es la perfección de la persona humana como tal la que está en juego en el plano ético. Y si lo que se espera del que actúa éticamente es que, en conformidad con su naturaleza de ser racional, actúe con conocimiento, con diligencia, con rectitud, con honestidad, es sobre la base de estos criterios que su acción será juzgada.

Es necesario aclarar, no obstante, que cuando se afirma que lo que se espera de un médico es que junto con su competencia técnica posea también la condición de hombre de bien, entendiendo por esto que estemos frente a una persona que aspira a la perfección requerida de un ser racional, no se quiere decir con esto que se esperen de él sólo o sobre todo rendimientos de orden cognitivo o intelectual, o que actúe sólo en función de una 'fría razón'. Por el contrario, cuando en diversos

estudios se examinan las cualidades no científico-técnicas que los usuarios esperan de los profesionales de la salud, suelen aparecer cualidades de orden más bien afectivo que cognitivo, como por ejemplo, la compasión, la comprensión, la abnegación, el no hacer acepción de personas, el compromiso con sus pacientes, etc. ¿En razón de qué se esperan estas actitudes del profesional de la salud?

Estas actitudes y aptitudes se esperan en función de una colección de evidencias generalmente implícitas que podrían formularse explícitamente en razonamientos del siguiente orden: "*Las profesiones de la salud requieren tal grado de estudio, de esfuerzo, de abnegación, que sólo aquel o aquella que sienta una genuina vocación se puede dedicar a ello*" o "*La persona humana enferma tiene tal dignidad que debe ser amada por sí misma y no en función de otras finalidades*" o "*El amor genuino y sincero es la motivación más poderosa para hacer las cosas bien*". Dicho de otro modo, lo que se encuentra implícito en estos y otros razonamientos es el reconocimiento de que, dado lo que son las personas humanas y dado lo que es la atención de los enfermos, y dado que es bueno querer para los otros lo que quisiésemos para nosotros mismos, hay ciertas motivaciones y sentimientos que se corresponden con ciertas profesiones, y que el que se dedica a ellas debe procurar tenerlos o desarrollarlos. Esto se expresa técnicamente en filosofía diciendo que se espera de la persona una voluntad recta o rectificada por relación a ciertas finalidades. En el caso concreto de la Medicina se espera del profesional de la salud una voluntad rectificada en función de las finalidades de la persona humana en general y de la profesión médica en particular.

Ahora bien, estas cualidades, actitudes, aptitudes, competencias, se esperan de los profesionales de la salud ¿a qué título? ¿Se esperan como alguien esperaría la ocurrencia de un hecho afortunado, pero de ocurrencia excepcional? ¿O se espera como algo que estoy en derecho de exigir?

Nos parece que la sociedad en general y los pacientes en particular están en derecho de esperar que un profesional de la salud 'ame' su profesión y que la ejerza por el interés directo y primario del bienestar de sus pacientes. Se trataría en este caso de una exigencia que no versa sobre un rendimiento técnico concreto, ni sobre la posesión o no de un cúmulo de conocimientos, sino sobre una disposición afectiva voluntaria, es decir libre. Se podría objetar que esta tesis descansa sobre una pretensión utópica y anacrónica, imposible de ser verificada, e inexigible desde el punto de vista jurídico en una sociedad democrática moderna, pluralista y tecnificada.

En lo que queda de esta exposición intentaré substanciar la tesis enunciada, responder a las objeciones, y mostrar como una parte importante de la crisis de identidad que padece el médico en el momento actual y la inseguridad de sus usuarios tiene que ver con el desconocimiento de este aspecto del trabajo médico por parte de la sociedad en general y de algunas instituciones en particular, y de la consiguiente presión ejercida sobre los profesionales de la salud en general para que modifiquen el orden jerárquico de sus finalidades.

EL MARCO SOCIAL DEL TRABAJO MÉDICO

La profesión médica se ha ejercido y se ejercerá siempre en el contexto concreto de un tipo de sociedad. Es imprescindible en consecuencia poder entender algunos rasgos generales de la sociedad contemporánea con el objeto de poder discernir en qué medida algunos de estos caracteres favorecen o dificultan el cumplimiento de las finalidades permanentes de nuestra profesión.

Cuando se habla hoy en día que lo que caracterizaría a nuestra sociedad occidental, por contraste con otros modos actuales o pretéritos de organizarse en sociedad, sería el de ser una sociedad 'libre', surge la necesidad de comprender con precisión qué se quiere expresar con ese término. Si por libre se entiende la participación de las personas en las decisiones que les competen y afectan, con el objeto de alcanzar un modo de vida más justo, más creativo, más respetuoso de la vida y de la dignidad de las personas, todo el mundo parece coincidir en que las sociedades en general debiesen ser más libres. Muchos de los cambios ocurridos en la relación médico-paciente y en la organización de la salud en los últimos decenios parecen responder a esta aspiración hacia un modo más humano, justo y libertario de vivir en sociedad. En este contexto, en el que las nuevas libertades se conciben como ordenadas a una sociedad más justa y humana, los nuevos derechos que adquieren los ciudadanos deben ir aparejados de sus respectivas obligaciones en orden a luchar por el advenimiento de una tal sociedad. Esto supone que la sociedad en su conjunto se encuentra en el derecho de esperar e incluso de exigir de cada uno un empeño decidido de su voluntad en aras de una mayor justicia social y de un mayor respeto a la dignidad de cada persona.

Junto a este modo 'sano' o 'recto' de entender el ideal de una sociedad más libre en todos los planos y niveles, ha tendido también a surgir en nuestros tiempos un modo que nos atreveríamos a calificar de 'no recto' o 'insano' de entender la búsqueda de un nuevo orden social. Se trata de un modo no libertario sino más bien 'liberal' de entender la sociedad. En este planteamiento se subraya de tal modo la libertad individual que ésta termina por ser erigida en el fin último del orden social, en desmedro inclusive de la búsqueda de justicia y del respeto irrestricto de la vida y de la dignidad de cada persona humana. Lo que en la visión libertaria se concebía como el medio o el modo de alcanzar el fin, se transforma en un fin en sí mismo. Este liberalismo individualista suele ir acompañado en la teoría y en la práctica, de un liberalismo económico en el que se tiende a confundir la justicia con la riqueza, y la libertad para participar en la vida social con la libertad para enriquecerse. En este contexto ideológico económico-político sólo se consideran nuevas libertades sin nuevas obligaciones; cada uno sería libre de asumirlas si quiere, pero nadie estaría en condiciones de poder exigirlas. "*Que los que quieran luchar por la dignidad y la justicia que lo hagan, pero que no pretendan imponerla como una obligación universal*". Ni la voluntad de justicia ni el amor a los semejantes serían éticamente exigibles, cada cual sería libre de pensar y querer sobre eso lo que le venga en gana.

Dado que lo único que la utopía liberal exige es que se respete el derecho a la felicidad individual y al enriquecimiento, lo único que verdaderamente interesa en la sociedad es que las cosas funcionen eficazmente; que las instituciones operen, y que haya estabilidad y seguridad. No importa por qué razón las cosas funcionen, cada uno puede tener las suyas, y en definitiva nadie puede pretender que unas valgan más que otras, lo importante es que la sociedad, entendida como una máquina de proveer de servicios al que sea capaz de pagarlos o de exigirlos, funcione. Según este modo de concebir la vida social, lo que interesa no es la razón por la cual cada uno hace lo que hace, lo único importante es que lo haga y que lo haga eficazmente. Y el modo de definir la eficacia se toma de la técnica, esto es, en términos de rapidez, facilidad y seguridad.

En el marco de esta nueva cosmovisión social, con su imaginario colectivo asociado, la organización de la atención de salud es concebida en términos económico-pragmáticos como 'la industria de la salud'. Que en esta conceptualización el financiamiento pueda ser estatal o privado no hace gran diferencia, lo determinante es la visión tecnocrática de la sociedad y de sus instituciones integrantes.

En la industria de la salud lo que importa es que sus profesionales sean capaces de ofrecer un producto rápido, barato y seguro. Por seguro se debe entender un producto predecible y por lo tanto garantizado. De ahí la importancia que cobra en esta ideología la seguridad. Entiéndase bien, no se trata de relativizar la importancia que tiene y que siempre ha tenido para la Medicina de tradición hipocrática el tema de lo que hoy se conceptualiza como la seguridad del paciente. Ninguna Medicina ha superado a la griega en su preocupación por no ejecutar acciones desmesuradas. La diferencia es que para el médico hipocrático la 'producción' de salud nunca fue la consecuencia de una acción industrial, '*la naturaleza es la que sana* -reza uno de sus aforismos- *el médico y el enfermo son sus ministros*'. Lo que le correspondía al médico no era el asegurar la calidad de un producto, el que en ningún caso se estaba en condiciones de garantizar, sino el de no producir un daño innecesario y evitable. Si por búsqueda de seguridad en la atención de los enfermos se entiende la disminución de la iatrogenia, no se ve por qué razón los médicos no podríamos estar interesados en disminuirla. Si por búsqueda de seguridad se entiende el proveer un resultado estándar garantizado, se está tras los pasos de una ilusión y los profesionales que se embarcan en esta vía no hacen sino sembrar la frustración.

El desarrollo científico y tecnológico de los últimos decenios ha puesto frente a los profesionales de la salud una realidad de una complejidad tan inconmensurable que no hay médico que pueda poseer hoy en día más que una fracción reducida de todos los conocimientos en principio disponibles y de las habilidades posibles de adquirir, y esto por lo demás en grados muy variables de dominio real. Estos mismos conocimientos nos han hecho más conscientes de la variabilidad individual inmensa que existe de uno a otro paciente. Sumado a esto disponemos hoy de un cúmulo tal de posibilidades de acción sobre el organismo que si quisiésemos apli-

carlas todas a un mismo paciente éste no sería capaz de resistirlo ni física, ni psíquica, ni económicamente. Todo esto nos muestra, por si hiciese falta, con descarnada crudeza, que no sólo la posibilidad de predecir la respuesta de un paciente determinado frente a una acción precisa se hace cada vez más difícil, sino que la misma conducta de dos médicos con conocimientos, destrezas y experiencias necesariamente distintas frente a una situación semejante se hace también difícil de predecir. La polémica habida hace algunos años en importantes revistas médicas de difusión internacional, acerca de la posibilidad y conveniencia del establecimiento de pautas médicas de diagnóstico y de tratamiento, y acerca de la posibilidad y conveniencia real de velar por su cumplimiento, ha puesto de relieve la dificultad de concebir la acción médica como la producción en serie de un objeto industrial.

Insistamos una vez más, no se trata de subvalorar la importancia que tiene y que siempre ha tenido entre los médicos el establecimiento de pautas médicas de acción y su explicitación en el estado de la *lex artis*. Buena parte de la actividad de las sociedades médicas se consume en esta tarea, y la proliferación de este tipo de sociedades no es sino una prueba entre muchas de la importancia que los médicos atribuimos a esta labor. Se trata simplemente de recordar que la *lex artis* no es una pauta a ser seguida de modo mecánico y cuya correcta aplicación pueda ser medida por la uniformidad de las conductas o la de sus resultados.

Si todo es tan complejo, variable e impredecible en el ejercicio de la Medicina: ¿qué puede hacer una sociedad para velar por una buena Medicina, para asegurar la calidad de la atención médica? Si el aplicar criterios de eficacia técnica aparece no sólo como utópico sino que además contraproducente, ¿qué vía es la que habrá que privilegiar?

Todo el mundo sabe, desde los tiempos más remotos, que las mejores obras del hombre son aquellas que realiza con gusto y por amor. El amor conlleva dedicación, gratuidad, atención, prontitud, entrega, imaginación, sacrificio. Nos parece, y así le ha parecido a muchas culturas desde tiempos inmemoriales, que si una sociedad quiere estar segura de sus médicos, de sus profesores, de sus políticos, debe asegurarse que ellos ejerzan no por interés, por necesidad, por coerción, por temor o por rutina sino por vocación. La tan repetida frase que '*la Medicina no es una profesión sino una vocación*', no es sino un modo de expresar esta antigua convicción. No es trivial para una sociedad la motivación por la cual las personas hacen lo que hacen, y el error más grande de la ideología liberal ha estado en pensar que las motivaciones por las cuales las personas hacen lo que hacen, o son puramente egoístas o económicas o son un asunto privado que no tiene repercusiones en la vida social.

Exigirle a los profesionales de la salud y darles las condiciones para que puedan ejercer su profesión con voluntad recta en función de las finalidades de la persona, de la sociedad y del arte médico, no es una utopía, es un ideal, que no es lo mismo, y frente a la decadencia de los ideales no hay solución técnico-pragmáti-

ca que valga. No hay más camino que volver a recuperarlos. La vocación de servicio y las posibilidades reales de ejercerla no es facultativo para el profesional de la salud, es condición de un buen ejercicio profesional y de su propia realización. Ciertamente no se trata de un ideal jurídicamente exigible, se trata fundamentalmente de un ideal ético a ser promovido entre seres libres. Si hay algo que pueda ser calificado como el más grave de los errores médicos de nuestra época, es el haber ignorado la naturaleza últimamente ética del ideal médico, y haber intentado reducirlo o convertirlo en un ideal mercenario.

Cuando en la sociedad se generan circunstancias tales que el médico no se encuentra en condiciones de poder ejercer su profesión de un modo libre, digno, reflexivo, grato, creativo, justo, humano, técnicamente correcto y científicamente fundado, el ideal ético del médico comienza a decaer y comienza a responder a motivaciones subalternas. En esas condiciones no hay maneras técnicas de asegurarse que los médicos hagan buena Medicina. La mejor manera de asegurarse una atención médica de calidad es consiguiendo que se dediquen a ella las inteligencias más preclaras, las almas más nobles y dándoles a estas personas las condiciones para hacer buena Medicina. Cuando se burocratiza, se masifica, se rutiniza, se impersonaliza, se comercializa la atención médica, la posibilidad de que se haga buena Medicina comienza a hacerse cada vez más improbable y las faltas o errores médicos se multiplican. No es un azar ni un misterio el que en la Medicina actual los litigios contra los profesionales y las instituciones de salud hayan ido creciendo en forma directamente proporcional a la impersonalización y a la comercialización de la atención de salud.

Si las instituciones estatales o privadas que organizan hoy en día la atención de salud no privilegian la posibilidad de llevar a cabo una Medicina personalizada, reflexiva, digna, creativa y desinteresada, y se orientan cada vez más a la maximización de la cobertura o de las utilidades, ¿podemos extrañarnos de que no se haga buena Medicina? ¿Sobre la base de qué podríamos estar seguros de tener una buena Medicina?

Existen ciertamente una multitud de herramientas auxiliares como pautas de procedimientos, rutinas, protocolos, normas, chequeos, controles, regulaciones, revisiones, costumbres, que permiten que en el trabajo médico cotidiano se minimicen los olvidos, confusiones, riesgos y daños, y los planteamientos que hemos hecho no pretenden en ningún caso menospreciarlos. Sostenemos sin embargo que la implantación real de estas rutinas no se logrará por la coerción, por el temor o por las motivaciones subalternas. Si no existe en la organización de la salud en general, y en las personas en particular, la voluntad decidida y libre de comprometerse de modo directo y generoso con las finalidades de la persona humana y las finalidades de la Medicina, todos los controles resultarán inoperantes.

En las nuevas formas de organización de la salud que nos asolan, los médicos de inspiración hipocrática parecen ser una especie en vías de extinción; es de esperar que, al modo de los monjes medievales, que con su paciencia y abnegación mantuvieron encendida una llama con la que ya nadie se quería iluminar, los que sobrevivan a la ideología económico-pragmática tengan la posibilidad de hacer renacer desde las brasas un modo de hacer Medicina que nunca se debió olvidar. □

DEMANDAS A MÉDICOS EN CHILE. EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE.

JUAN CARLOS BELLO
ABOGADO
FUNDACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL

La Fundación de Asistencia Legal del Colegio Médico, FALMED, nació en el año 1995, a instancias del Colegio Médico de Chile, quien en esa oportunidad y previendo el posible incremento de juicios por presunta negligencia médica, de acuerdo con la experiencia internacional, optó por enfrentar desde el inicio esta problemática de manera institucional.

Así las cosas se creó una Fundación con personalidad jurídica propia, sin fines de lucro, encabezada por un Directorio compuesto exclusivamente por médicos y cuyo presidente actual es el Dr. Pablo Rodríguez Whipple, para dedicarse a la defensa de los médicos afiliados cuando fueran cuestionados por presuntos actos negligentes ante sedes criminales, civiles y administrativas.

Actualmente, la Fundación cuenta con mas de 7.500 médicos afiliados, un staff de 22 abogados especialistas distribuidos a lo largo del país, contando además con la mayor casuística en juicios por presunta mala praxis a nivel nacional.

El desarrollo de la Institución demostró que, además de la defensa de los médicos, se hizo necesaria la realización de actividades formativas de educación en materia de derecho médico, la cobertura patrimonial a sus médicos afiliados que no fuera discriminatoria ni excluyente y a los mejores precios de mercado, la defensa del prestigio y la honra de los médicos, además de implementar y desarrollar programas de formación de peritos y mediadores.

Hoy en día hemos comprobado que se pretende instalar en Chile la denominada “Industria de las Negligencias Médicas”, en donde confluyen intereses diversos, ajenos al médico y al paciente, y que se manifiesta por ejemplo en la proliferación de abogados particulares que ofrecen a pacientes y a médicos sus servicios, el incremento y la obligatoriedad de los seguros por mala praxis, etc. La forma que estimamos viable para enfrentar este fenómeno (que causa estragos en otros países) es precisamente la vía institucional, mediante los organismos que el propio cuerpo médico se ha dado y que no responde sino al interés preciso de cada médico.

En cuanto al aumento de juicios, en los últimos años la Fundación ha registrado un incremento moderado de los juicios por mala praxis, así como de las denuncias con publicidad, siendo en definitiva un fenómeno que abarca no sólo a las especialidades médicas consideradas tradicionalmente de mayor riesgo (v.g. la ginecología y obstetricia o la cirugía), sino que incluye a todas las especialidades indistintamente.

Habiendo realizado una labor de Auditoría Jurídica en la Fundación, hemos comprobado que en 10 años de labor, FALMED ha patrocinado alrededor de mil juicios en defensa de médicos por presunta negligencia, tanto en sede civil, como criminal. De ellos alrededor del 52% se encuentra terminado con sentencia favorable para los médicos y el 48% se encuentra pendiente en alguna instancia judicial.

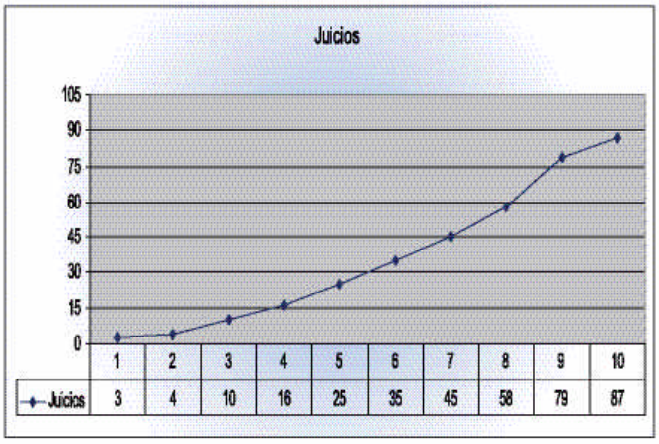
En la tabla 1 se muestra la naturaleza de las demandas contra los médicos y en la tabla 2, el incremento de los juicios anuales por mala práctica entre 1995 y 2004.

Tabla 1. Naturaleza de las demandas contra los médicos

- Querellas criminales.
- Demandas civiles indemnizatorias.
- Sumarios administrativos.
- Sumarios éticos.
- Investigación y auditoría privada.
- Querellas por infracción a la Ley de Protección al Consumidor.

Tabla 2. Evolución de los juicios anuales por mala práctica médica (1995-2004)

1 =1995
2 =1996
3 =1997
4 =1998
5 =1999
6 =2000
7 =2001
8 =2002
9 =2003
10=2004



Es así como creemos que resulta fundamental la prevención de estos procesos, a fin de minimizar el riesgo de ser llevados a juicios por problemas entre médicos y pacientes, para lo cual estimamos perentorio realizar una labor de “profilaxis jurí-

dica", haciendo presente a los médicos en dónde se encuentran los principales motivos que inducen a sus pacientes a llevar los conflictos a tribunales. En este sentido entendemos que la buena relación médico-paciente y médico-pariente resulta fundamental, como lo es un consentimiento informado idóneo, registros clínicos adecuados, evitar los comentarios sobre otros colegas, todo ello redunda en ejercer en una premisa básica: el ejercicio de una medicina basada en los principios técnicos y éticos, que no es más que aquella a que nuestros médicos nos tienen acostumbrados.

Ahora bien, no obstante ello, es posible que a pesar de haber seguido las pautas y procedimientos técnicos adecuados, el paciente o sus parientes, ante un resultado adverso, intente someter el conocimiento del conflicto ante los tribunales de justicia, en cuyo caso, resulta perentorio contar desde el inicio con una defensa adecuada, especializada y exclusivamente al servicio del médico, elemento que ha resultado vital para el desarrollo y resultados de los juicios.

Hay que señalar que el nuevo proceso penal impone nuevas cargas y obligaciones al médico en el ejercicio de la profesión. Enfrenta a un sistema de justicia nuevo caracterizado por: el rol y autoridad de un Fiscal, el Servicio Médico Legal como asesor del Fiscal, la necesidad esencial del abogado defensor y la estructura eficiente de Peritos Privados.

En resumen, estimamos que en materia de responsabilidad profesional médica existen dos tipos de riesgo:

- Por un lado el ser cuestionados judicialmente por actos médicos, en cuyo caso la prevención, que comprende los elementos que acabamos de mencionar, es fundamental.

- Por otro lado existe el riesgo de que una vez ya enfrentado el juicio, el médico sea condenado como autor de la conducta tipificada en el artículo 491 del Código Penal (negligencia médica) y/o además condenado a pagar una suma determinada de dinero como indemnización, en cuyo caso una buena defensa resulta imperativa.

Así lo ha entendido el Colegio Médico de Chile y es esa la razón de la existencia de nuestra Fundación.

Sólo resta recordar las palabras de don Andrés Bello, en el Prólogo del Código Civil chileno, quien pide a los médicos: "...que actuemos prudentemente, como lo haría un buen padre de familia, puesto en la circunstancia de que él mismo fuese el paciente...". Aparece entonces en la distancia y a modo de respuesta Hipócrates, para complementar enfáticamente que: "...si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres..."□

EL ERROR EN LA PRACTICA CLINICA

ERRORES EN PSIQUIATRÍA

DR. ANDRÉS HEERLEIN L.
DEPTO. DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, FACULTAD. DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD DE CHILE

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la era presocrática las propuestas relacionadas con la mente humana, sus localizaciones y sus alteraciones han sido numerosas, muy diversas y ocasionalmente equívocas. Aristóteles pensaba que el alma humana se alojaba en el corazón, donde se originaban las emociones y los pensamientos. Simultáneamente, Aristóteles separaba a los pensamientos de la memoria, a la que localizaba dentro del cerebro (1). Esta propuesta fue asumida por la posterior escuela galénica, proyectándose a lo largo de todo el medioevo e inicios del renacimiento.

En el siglo 17 el filósofo francés René Descartes realizó una contribución muy relevante para el desarrollo de las ciencias al contraponer dos «substancias» básicas en la naturaleza humana. Este autor describe una realidad física, la *res extensa*, mesurable, y una caracterizada por el pensamiento, la *res cogitans*. Ambas "substancias" son comprendidas en forma aislada, separando al mundo de lo biológico del mundo de lo mental. Esta perspectiva favoreció el desarrollo independiente de la filosofía gnóstica, de la psicología y de la mayoría de las ciencias sociales modernas. Así también, permitió el posterior desarrollo de la Psiquiatría como rama de la Medicina, que comienza a actuar cual interface entre las ciencias naturales, las ciencias sociales y la filosofía. No obstante, algunos autores han planteado que el dualismo cartesiano pudiera estar basado en un error, y que todo este desarrollo se habría sostenido en fundamentos equivocados (2). El brillante neurobiólogo luso-norteamericano Antonio Damasio propuso a fines de la década pasada que a la luz del conocimiento neurocientífico actual el dualismo cartesiano debería ser considerado un error filosófico, incompatible con la evidencia moderna (2). Posteriormente, las discusiones acerca de los eventuales errores cartesianos lograron despertar un creciente interés en el mundo de las neurociencias y la filosofía (3). Actualmente no sabemos -a ciencia cierta- si Descartes estaba equivocado o no, pero nadie discute que sus postulados constituyeron uno de los «errores» más prolíficos y enriquecedores que haya conocido Occidente.

A comienzos del siglo 19 el médico austro-húngaro Franz Joseph Gall comienza a difundir una curiosa teoría en toda Europa, la que posteriormente va a constituir toda una disciplina denominada "Schädellehre" o Frenología. De acuerdo a esta teoría, las principales virtudes y defectos de los humanos serían reconocibles en ciertas deformaciones o protuberancias específicas del cráneo. Así por ejemplo, Gall realiza notables descripciones del autoritarismo a partir de los estudios del cráneo de Napoleón o Garibaldi, o bien, definiciones frenológicas de los rasgos criminales. Gracias a los múltiples viajes y conferencias de Joseph Gall, la Frenología alcanza un elevado nivel de difusión en Europa, obstaculizando en forma considerable el desarrollo de la neurología y de la psiquiatría científica. No obstante, el oscuro período de la Frenología produjo una saludable reacción en el ambiente académico europeo, favoreciendo el desarrollo de una psiquiatría más científica y de un notable desarrollo de publicaciones científicas cada vez más rigurosas, objetivas y apoyadas en evidencia. Así mismo, Gall abrió el camino para una búsqueda objetiva de la localización de las funciones cerebrales, como lo son las brillantes monografías de Brocá, Wernicke y posteriormente, Luria. Observamos entonces que los errores no siempre conducen a un abismo, y que en ocasiones han impulsado cambios favorables en el desarrollo de la medicina.

El presente capítulo tiene por objeto revisar someramente el problema del error -definido como algo involuntario- en psiquiatría, contrastándolo con otras áreas de la medicina. A continuación pasaremos una breve revista por las principales áreas de la psiquiatría donde se suelen producir errores, cuales son el diagnóstico y la terapéutica psiquiátrica. Posteriormente realizaremos un análisis comparativo entre la psiquiatría y otras especialidades médicas en sus comportamientos generales frente al error, su prevalencia y sus consecuencias.

ERRORES DIAGNÓSTICOS

En 1692 el Dr. William Griggs, de Massachussetts, atendió profesionalmente a K. Parris y a su hija, diagnosticando «Embrujo» o *«Bewitchment»*. A raíz de este error diagnóstico fueron ahorcadas 19 personas mientras que otras 5 murieron en prisión. Un hombre fue lapidado (4). La historia de la psiquiatría esta plagada de errores diagnósticos como el relatado, que han conducido a numerosos cambios históricos. Así por ejemplo, el brillante alegato del Marqués de Sade acerca de su sanidad psíquica condujeron a su errónea liberación del Hospital Charenton en París. Pero fue esta misma liberación la que dio fuerte impulso a la posterior separación de los pacientes psiquiátricos del grupo general de los reos, y la que ayudó a definir mejor los límites entre normalidad y anormalidad psíquica (5).

Clásicamente el diagnóstico psiquiátrico ha sido visto por las restantes especialidades médicas como inexacto, subjetivo y poco confiable. La causa de ello sería la escasez de herramientas técnicas que permitan al clínico cuantificar los fenóme-

nos psíquicos a estudiar, tal como se hace con la medición de la glicemia, la hemoglobina o la densidad ósea. Esta discusión ha mantenido su vigencia en las últimas décadas, aunque debemos reconocer que se han evidenciado avances notables. Con el desarrollo de las neuroimágenes morfológicas y funcionales, la psico-neuro-endocrinología, la psicometría diferencial y la psicopatología, el diagnóstico psiquiátrico ha logrado incrementar en forma apreciable su estabilidad y confiabilidad (6). No obstante, debemos reconocer que dada la complejidad de los trastornos mentales, este diagnóstico puede estar sujeto a un no despreciable margen de «error». Al hablar de «error» nos estamos apoyando en las definiciones aportadas por los Drs. Rodríguez y Baeza en capítulos anteriores.

Un claro ejemplo de la baja confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico fue aportado por Kendell y cols. en la década de los 70. Este autor comparó los diagnósticos de psiquiatras norteamericanos con psiquiatras británicos, exponiéndolos a todos a los mismos pacientes, en idénticas condiciones de entrevista (7). Kendell logró demostrar que los psiquiatras norteamericanos diagnosticaban significativamente más esquizofrenia que los colegas británicos, quienes en los mismos pacientes veían más trastornos bipolares. Evidentemente uno de los dos bandos tenía que estar cometiendo un error diagnóstico, pero nadie sabía cuál. Toda esta confusión diagnóstica condujo a que en 1980 la American Psychiatric Association primero, y luego la OMS, publicaran en forma independiente sus manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, el DSM III y la CIE 10, respectivamente. Estos manuales intentaron aumentar la confiabilidad y estabilidad del diagnóstico psiquiátrico, a través de la inclusión de criterios operacionales, de un sistema multiaxial que separa las variables de personalidad y/o las médicas de las otras, etc. Las consecuencias de este importante cambio aún se encuentran en discusión entre los expertos, pero la mayoría de los autores coincide en que estos sistemas lograron incrementar significativamente la confiablidad del diagnóstico en Psiquiatría. Sin embargo, diferentes estudios revelan que a pesar de los nuevos sistemas operacionales persisten problemas en relación a la estabilidad temporal del diagnóstico psiquiátrico. En 1996, Daradkeh y cols. encontraron una elevada estabilidad temporal para el diagnóstico de esquizofrenia (74%), pero una baja estabilidad para el diagnóstico de trastorno bipolar (51%) (8). En ese mismo año nuestro grupo de trabajo de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile logró establecer una estabilidad diagnóstica de 3 meses del 88%, en un grupo de pacientes con un primer trastorno psicótico (9). Pero esta cifra disminuye significativamente cuando uno se abre a todo el espectro del diagnóstico psiquiátrico. Podemos concluir entonces que si bien el diagnóstico psiquiátrico presenta avances significativos en su confiablidad y estabilidad, debemos tener en consideración que se trata de una métodología propia, que requiere de un entrenamiento específico. Así mismo corresponde reconocer que el diagnóstico psiquiátrico se apoya menos en métodos objetivos o mesurables de verificación, por lo que es recomendable que sea siempre un diagnóstico longitudinal, apoyado en la psicopatología, la biografía y la evolución.

ERRORES TERAPÉUTICOS

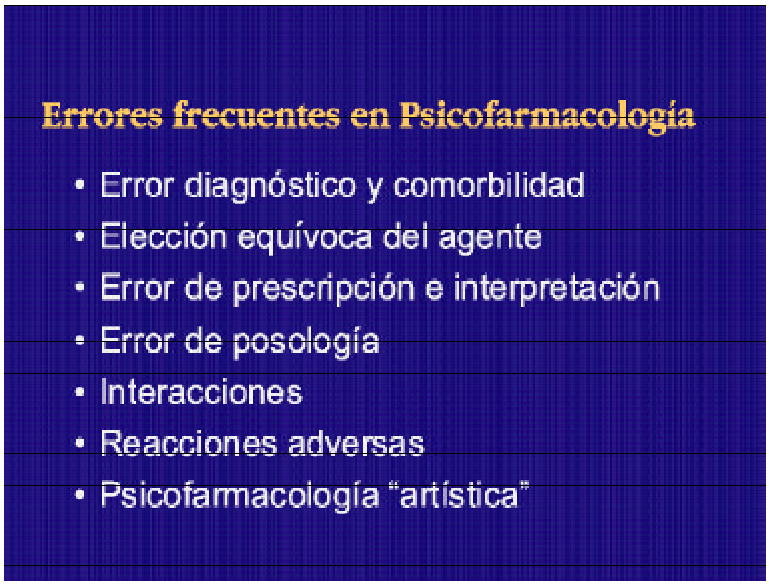
La terapéutica psiquiátrica ha alcanzado un desarrollo notable en las últimas décadas, gracias al advenimiento de nuevos descubrimientos neurobiológicos, psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. En muchos casos este desarrollo pasó por estaciones o conceptos erróneos, que posteriormente dieron paso a un real avance terapéutico. Así por ejemplo, la utilización errónea de ciertas estrategias terapéuticas en la medicina interna permitieron posteriormente el desarrollo de nuevas aplicaciones farmacológicas en los ámbitos de las psicosis o de la depresión. Así mismo, la curiosa «caída sorpresiva al agua fría» practicada en el siglo 19 para los pacientes melancólicos sirvió de inspiración en el posterior desarrollo de los tratamientos de choque, ya sean eléctricos o hipoglucémicos. Podemos concluir entonces que el error es parte inherente del desarrollo de la medicina, y que no es posible pretender prescindir de él.

Tal como otras áreas de la Medicina, la psiquiatría se ha visto influenciada por corrientes o modas terapéuticas que han retardado el avance de sus métodos curativos. Así por ejemplo, en la década de los 60 el tratamiento de la Esquizofrenia contemplaba seriamente el uso exclusivo de técnicas psicoterapéuticas de orientación psicodinámica, incluso en los inicios de esta grave enfermedad (10). Posteriormente se ha demostrado que en el tratamiento de dicha enfermedad es mandatorio el uso precoz y prolongado de fármacos antipsicóticos. Otro ejemplo lo constituye la evolución del tratamiento farmacológico del Trastorno Bipolar, que en las décadas pasadas se trataba principalmente con agentes antidepresivos. Posteriormente se comprobó que esta conducta estaba llevando a un aumento de la frecuencia de descompensaciones maníacas por un viraje anímico inducido por los agentes antidepresivos (11).

Por razones de espacio no podremos detenernos en la enumeración de otros errores que suelen observarse en la práctica psiquiátrica. Sin embargo, quisiéramos mencionar brevemente cuáles son las principales fuentes de error en la práctica diaria de la psicofarmacología actual. La Tabla 1 resume las principales causas de error que se producen en el manejo clínico con psicofármacos.

Observamos que los errores en psicofarmacología son de causas y orígenes muy disímiles, siendo los errores de prescripción e interpretación de la receta una causa muy frecuente. Problemas de caligrafía de muchos colegas junto a los problemas de interpretación de las recetas pueden producir confusiones entre fármacos muy diferentes entre sí, como lo son la *Clormezanona y la Clorfenamina*, por ejemplo, o el *Ciclamil®* y el *Cipramil®*. Así mismo, es frecuente observar confusión en la posología recetada por el médico, ya sea por problemas de comunicación o de interpretación (12). Los errores de prescripción médica son muy numerosos, y se encuentran publicados en más de 100000 sitios relacionados en Internet. No quisiéramos continuar sin antes mencionar que los errores de prescripción extra o

Tabla 1



intrahospitalaria pueden llegar a tener consecuencias graves o incluso fatales, como son, por ejemplo, confusiones de interpretación entre la Clorpromazina y la Clorpropamida, o entre el Normaten® y el Normatol® (12). Es por ello que se hace indispensable que se incorporen sistemas electrónicos digitalizados en los sistemas de prescripción e interpretación de indicación de fármacos, que sin ser infalibles, pueden ayudar a disminuir este tipo de errores (13).

Finalmente se pueden observar errores que hemos denominado "psicofarmacología artística", donde no existe evidencia científica alguna que sustente la indicación, y donde todo se encuentra apoyado en una intuición personal. Esta conducta es, sin duda, inusual, pero puede conducir a graves problemas secundarios al tratamiento.

¿Es más frecuente el error en psiquiatría que en otras especialidades médicas?

El progresivo desarrollo de la así denominada Medicina basada en la Evidencia, de la lectura crítica y de los metaanálisis ha permitido objetivar y homogenizar la terapéutica psiquiátrica, ayudando a discriminar entre tratamientos altamente eficaces, menos eficaces o definitivamente ineficaces. La confección de sistemas diagnósticos operacionales, normas estandarizadas y pautas o guías clínicas ha permitido potenciar y difundir ampliamente los avances del conocimiento diagnóstico y terapéutico, favoreciendo el ejercicio racional y confiable de la psiquiatría. No obstante, existen importantes áreas de la terapéutica psiquiátrica que no

han logrado experimentar avances equivalentes a los exhibidos por otras especialidades médicas como la cardiología, la radiología, la cirugía laparoscópica, etc.

Cabe preguntar entonces si la Psiquiatría es o no una especialidad médica expuesta a la realización de un mayor número de errores que las otras especialidades.

La respuesta a esta interrogante no es sencilla, y puede constituir substancia para varios libros. A continuación intentaremos resumir algunas reflexiones acerca de la confiabilidad comparada del diagnóstico médico y psiquiátrico. Pero antes de evaluar críticamente el diagnóstico en psiquiatría, quisiéramos pasar una breve mirada por las principales características diferenciales de los diagnósticos médicos y psiquiátricos. En este sentido, podemos señalar que el diagnóstico médico-quirúrgico es:

- clínico-tecnológico;
- verificable por métodos objetivos;
- transversal;
- estable;

mientras que el diagnóstico psiquiátrico es;

- clínico-psicopatológico-biográfico;
- verificable parcialmente por fenomenología, psicometría y análisis evolutivo;
- heurístico-longitudinal.

Podemos observar aquí que el psiquiatra experimentado evita el diagnóstico transversal, tratando de apoyarse fuertemente en la evolución clínica del caso. Este mismo psiquiatra va a realizar un prolongado y exhaustivo análisis de la psicopatología, la biografía y los antecedentes familiares del paciente, intentando incluso considerar variables de personalidad y de análisis comprensivo, antes de arriesgar un diagnóstico taxativo. El médico general o de alguna especialidad «orgánica», por otro lado, intentará llegar lo más rápidamente posible a un diagnóstico, apoyándose en parámetros bioquímicos mensurables o en imágenes objetivables. Frecuentemente este diagnóstico «objetivo» lo llevará a tomar decisiones terapéuticas que no darán lugar a un replanteamiento diagnóstico, o a una revisión evolutiva del mismo.

En otro plano, la mayoría de los autores interesados en el tema de error en medicina coinciden en señalar que una de las principales fuentes de error proviene de la relación médico-paciente. Como bien sabemos, esta relación constituye uno de los pilares de la medicina y requiere de destrezas especiales y un conocimiento

básico de la comunicación humana. La falta de estos elementos conduce frecuentemente a lamentables errores diagnósticos o terapéuticos, producto de al menos cuatro fuentes principales:

- comunicación insuficiente
- comunicación contradictoria
- factores transferenciales
- factores contratransferenciales

La *comunicación insuficiente* suele conducir a errores médicos por falta o pérdida de información, malos entendidos, errores de interpretación, falta de confirmación de la información recibida, prejuicios, etc. No parece necesario profundizar mayormente en este punto, que difícilmente puede ser negado. Sin embargo, quisiéramos mencionar un estudio realizado en la década de los 80 en Alemania, que nos parece que mantiene absoluta actualidad (14). En este trabajo se analizó el tiempo que invierten los médicos generales en la comunicación verbal con sus pacientes durante el transcurso de una entrevista médica. En primera instancia se comprobó que el tiempo total que invierten los médicos generales en la entrevista de un paciente nuevo fue de 5,8 minutos y de un paciente antiguo de 2,3 minutos. Al analizar la estructura comunicacional de la entrevista de los médicos generales con pacientes crónicos, portadores de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial, por ejemplo, los autores comprobaron que durante la entrevista el tiempo libre que los pacientes disponían para expresar libremente sus problemas o molestias no superaba los 6 segundos. Así mismo, los autores lograron demostrar que durante la primera entrevista, los médicos generales le dejan menos tiempo para una exposición libre y espontánea al paciente de mayor complejidad (14). La mayoría de los psiquiatras experimentados, por otro lado, destina a lo menos 30 minutos para las consultas generales, y más de 50 minutos para la primera entrevista o las consultas especiales. Así mismo, los psiquiatras están entrenados para favorecer una comunicación bidireccional, que enriquezca el diálogo y las manifestaciones espontáneas de los pacientes. Es más probable, a nuestro juicio, que la comunicación insuficiente se dé entre los médicos generales u otros especialistas que entre los psiquiatras.

La *comunicación contradictoria* suele presentarse con mayor frecuencia de lo esperado en la relación médico-paciente. Comunicación contradictoria implica ya sea la emisión de un mensaje ambiguo, contradictorio, o de una discrepancia entre la información emitida y la recibida. En el breve espacio temporal en que se establece la relación médico-paciente suele suceder que, ante una clásica consulta de epigastralgias e insomnio, el médico general emita mensajes como el que sigue: *«Lo que Ud. tiene no es nada, viene de la cabeza»*, o bien, mensajes como *«…en realidad Ud. no tiene nada, pero de todas formas le voy a prescribir estos tranquilizantes…»*. El paciente no logrará entender si en realidad tiene algo o no, si sufre de algo en su

cabeza o no, y menos aún comprenderá por qué debe tomar medicamentos si no tiene nada. Este ejemplo ilustra en forma general un clásico error médico producto de una comunicación contradictoria. Encuestas recientes realizadas en importantes centros hospitalarios han revelado que la mayoría de los pacientes se queja de una mala comunicación con sus tratantes, que no los entienden (14). En psiquiatría y en Psicología Médica aprendemos precozmente que la comunicación médica debe ser clara, transparente y adaptada al nivel informativo del paciente y sus familiares. Debe permitir acceso a preguntas e intervenciones espontáneas, debe dejar espacios abiertos para aclarar dudas, para disminuir el error. Así mismo, en años recientes hemos aprendido que los protocolos médicos, el acceso a información escrita o electrónica o una buena asesoría pueden ayudar a disminuir esta importante fuente de error. Es por ello muy recomendable que la medicina general y las otras especialidades médicas dediquen una mayor atención a los principales temas de la comunicación humana y, en particular, al importante tema de la comunicación médica.

Finalmente debemos abordar los aspectos *transferenciales y contratransferenciales* en la relación médico-paciente. Desde S. Freud sabemos que en todo proceso comunicacional existen aspectos verbales y no verbales que están ligados a los afectos, a las emociones y a los impulsos subconcientes. El paciente siempre establecerá una relación especial con su médico, determinada por factores emocionales actuales o pasados. Un nombre en particular, un estilo comunicacional, un gesto, una necesidad van a determinar un curso en la relación médico-paciente. Se entiende por *transferencia* cuando sentimientos, deseos o actitudes provenientes de relaciones relevantes del pasado se orientan inconscientemente hacia interlocutores del presente. Un clásico ejemplo de transferencia en medicina lo constituye la actualización de deseos, actitudes u otros aspectos emocionales que el paciente tenía con sus padres. El médico debe tener en consideración este fenómeno, ya que frecuentemente conduce a una importante distorsión del acto médico y de la relación médico-paciente, aumentando las posibilidades de error. La transferencia es un fenomeno universal, que se presenta en toda relación médico-paciente, pero que obviamente aumenta en el contexto de una conversación emocional, personal o en una psicoterapia. La transferencia no siempre es positiva, sino que puede ser negativa o ambivalente, lo que puede ocasionar importantes complicaciones en el preceso diagnóstico y terapéutico. Es importante que todo médico esté consciente del fenómeno, y lo tenga en consideración al consolidar la relación médico-paciente.

Finalmente quisiéramos referir al fenómeno de la *contratransferencia,* que también se encuentra presente en toda forma de comunicación humana y que puede constituir una importante fuente de error. La contratransferencia en medicina puede definirse como la reacción emocional global del médico hacia su paciente, y que puede estar determinada por:

- la transferencia del paciente hacia el médico (p. ej. el paciente «ve» al médico como su padre todopoderoso, que lo va a solucionar todo);

•la realidad de la vida del paciente (p. ej. el médico se conmueve por la vida o el mal pronóstico del paciente);

•la propia realidad del médico, afectada por la del paciente, y

•la transferencia del médico hacia su paciente (p. ej. sentimientos negativos del propio médico con sus figuras relevantes son transmitidas inconscientemente hacia su paciente).

La *contratransferencia* es identificable a través de la forma como el paciente nos impacta emocionalmente, de la forma como reaccionamos frente a él y sus problemas. Indudablemente que la contratransferencia también puede ser positiva, pero son las formas negativas y ambivalentes las que más frecuentemente conducen a errores médicos. Un paciente percibido consciente o inconscientemente como «antipático» o «desagradable» pudiera recibir una atención diferente a la de un individuo percibido como «simpático», lo cual entraría en el terreno de los conflictos éticos. Pero lo más probable es que no constituya un conflicto ético *per se*, pero que sin embargo favorezca la aparición de errores en los procesos diagnósticos y terapéuticos. Es por ello que el médico debe estar muy consciente de este fenómeno y que siempre intentará mantener la neutralidad emocional en la relación médico-paciente.

La duración y calidad de la comunicación médica, la identificación de los fenómenos de transferencia y contratransferencia y la particularidad del diagnóstico psiquiátrico sugieren que la psiquiatría no necesariamente presente una mayor frecuencia de errores. La psiquiatría es la especialidad médica que mayor atención le ha prestado al complejo mundo de la comunicación humana y sus interacciones. Consciente de sus limitaciones, la psiquiatría se ha apoyado fuertemente en una aproximación longitudinal y pluralista a sus pacientes, favoreciendo una postura autocrítica. Todo ello sin duda ha permitido disminuir en forma considerable el riesgo de error psiquiátrico. No obstante, existe clara conciencia sobre las propias limitaciones y la necesidad de continuar avanzando en la misma dirección que lo ha hecho el resto de la medicina. No obstante, la incorporación junto a las ciencias naturales de las ciencias sociales y de la filosofía parece ser un requisito ineludible para alcanzar dicho objetivo, cual es aminorar el riesgo inherente a la práctica de la psiquiatría.

Podemos concluir que la comunicación médica es esencial en el problema del error médico. La psicología médica y la psiquiatría clínica nos demuestran en qué forma una mala comunicación médica puede aumentar en forma considerable las fuentes de error médico, disminuyendo la eficacia, adherencia y confiabilidad del acto médico. Es por ello que la mayoría de las mallas curriculares de Medicina de las principales universidades del orbe y de nuestro país han otorgado cada vez mayor importancia a los problemas relacionados con la comunicación médica y la relación médico-paciente. La consideración de diagnósticos objetivos y

terapias basadas en la evidencia, la incorporación de herramientas electrónicas, la creación de centros anónimos de intercambio, difusión y ordenamiento de errores médicos y una mayor atención en los principales aspectos de la comunicación e interacción humana van a permitir, sin lugar a dudas, disminuir el error en la práctica médica.□

REFERENCIAS:

1. Aristóteles. Metafísica. Ed. Sudamericana, 1978, Buenos Aires.
2. Damasio A. Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain, Avon Books, 1994, New York.
3. Kirkeboen G. Sources of Damasio's error—a reply to Damasio. J Hist Neurosci. 2001;10:195-6
4. Greenblatt S.H. Phrenology in the science and culture of the 19th century. Neurosurgery 1995, 37: 790-804.
5. López-Ibor Aliño J.J. Cultural Adaptations of Current Psychiatric Classifications: Are They the Solution? Psychopathology 2003; 36: 114-119.
6. Heerlein A. Desafíos en Psiquiatría. Rev Chil de Neuropsiquiatría 2004, 42: 66-69.
7. Kendell R.E., y cols. The diagnostic criteria of American and British Psychiatrist. Arch Gen Psychiatry 1971; 39: 142-163.
8. Daradkeh T.K. Stability of psychiatric diagnoses in clinical practice. Int J Soc Psychiatry. 1996; 42: 207-12.
9. Heerlein A., Santander J., Richter P. Premorbid personality aspects in mood and schizophrenic disorders. Compr Psychiatry. 1996; 37(6): 430-4.
10. Mueser K.T, McGurk S.R. Schizophrenia. Lancet. 2004 Jun 19; 363 (9426): 2063-72.
11. Sachs G. Manejo del trastorno Bipolar. Conductas Clínicas basadas en la evidencia. Science Press Brasil, 2004.
12. Grasso B.C, Rothschild J.M., Genest R., Bates D.W. What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? Jt Comm J Qual Saf. 2003 Aug; 29 (8): 391-400.
13. Bobb A., Gleason K., Husch M., Feinglass J., Yarnold P.R., Noskin G.A. The epidemiology of prescribing errors: the potential impact of computerized prescriber order entry. Arch Intern Med. 2004; 164 (7): 785-92.
14. Lang H., Faller H. Medizinische Psychologie und Soziologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 1998.

EL CLÍNICO Y LOS ERRORES EN MEDICINA

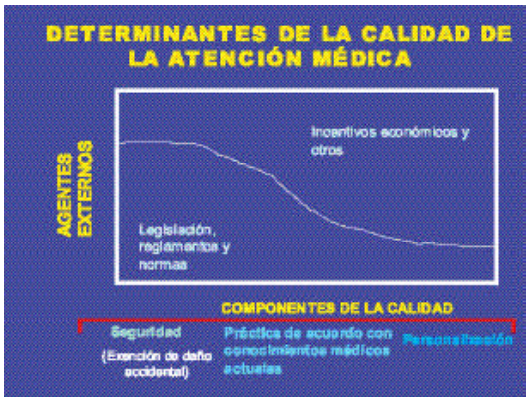
DR. JOSÉ ADOLFO RODRÍGUEZ P., FACP
FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA

La actividad clínica consiste en diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades en personas. Para ello, entre el médico y el paciente se establece una relación muy particular. La vocación del clínico lo lleva a procurar establecer una especial forma de comunicación que lo hace ponerse en el lugar del paciente, sentir como propias sus inquietudes, dudas y angustias, anticiparse a sus problemas y poner su competencia profesional –*ars medica*- para conseguir el restablecimiento de la salud. El paciente, por su parte, abre al médico su intimidad y le hace conocer sus debilidades con la esperanza de recuperar la salud.

Los tiempos que corren atentan contra la pureza de esta relación clásica introduciendo complejidades y complicaciones que involucran innumerables posibilidades de error, lo que puede rebajar la calidad de la atención sanitaria ofrecida.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Según el Instituto de Medicina de Estados Unidos (1) la calidad de la atención sanitaria tiene 2 determinantes: los componentes de la calidad y los agentes externos. (Figura 1)



Los componentes de la calidad incluyen 3 elementos: la seguridad, la práctica conforme a los conocimientos médicos actuales, y la personalización de la atención.

Los agentes externos, o sea, fuerzas en el ambiente exterior que pueden influir en la calidad de la atención sanitaria son la legislación, los reglamentos, las normas, incluyendo la acreditación, la certificación o recertificación, por un lado, y por otro, incentivos que pueden ser económicos o de otro orden, como la ética profesional o el profesionalismo.

Dentro de los componentes de la calidad, la seguridad se define como la capacidad de evitar el daño accidental. De acuerdo a los datos existentes, la atención sanitaria no es tan segura como debería ser, y requiere en mayor proporción de normas, reglamentos, leyes y supervisión.

El segundo componente, la práctica conforme con los conocimientos médicos actuales, requiere esfuerzo especial por los clínicos, conocimiento de la medicina basada en evidencias, de las pautas y guías clínicas y del estudio constante. En este punto hay una interacción equilibrada entre los reglamentos y los incentivos.

El tercer componente, la personalización de la atención, incluye una muy buena relación médico-paciente, en especial en lo que se refiere a comunicaciones, para que las expectativas de cada cual sean satisfechas. Requiere un mayor papel para los incentivos para que se mantenga creativa, innovadora y eficaz.

Lamentablemente, la atención sanitaria no es todo lo segura que debería ser. Un sistema tan complejo, que comienza cuando el paciente intenta contactar al primer eslabón de la cadena de atención y no se sabe bien cuándo termina, está sujeto a casi ilimitadas posibilidades de que algo no salga bien y a que de esto se deriven daños que pueden llegar incluso hasta la muerte del paciente.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

La definición de error para el Instituto de Medicina es el no completar una acción como estaba planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para conseguir un objetivo (error de planificación).

La mayoría de los errores no tiene consecuencias mayores y su relación con el daño no está bien demostrada. Sin embargo, en sistemas complejos uno o más errores pueden configurarse de modo que ocasionen un accidente. Un accidente es un hecho que involucra daño a un determinado sistema, lo cual determina un deterioro en el funcionamiento o en los resultados del sistema.

Un sistema es un conjunto de elementos interdependientes que interactúan para conseguir un objetivo común. En la atención sanitaria interactúa una infini-

dad de sistemas: el sistema de ingreso de pacientes, el funcionamiento de una sala del hospital, la administración de medicamentos, la farmacia, por mencionar unos pocos ejemplos. Todos ellos son potenciales causas de errores, de accidentes y de eventos adversos.

Un evento adverso es un daño ocasionado al paciente por el manejo médico más que por su enfermedad. Un evento adverso debido a un error es un "evento adverso evitable". Los eventos adversos por negligencia constituyen un subgrupo de eventos adversos evitables que cumplen con los requisitos legales o reglamentarios para definir negligencia como, por ejemplo, si la atención dada no estuvo a la altura de la calidad esperable en un médico calificado para otorgarla.

La mayor parte de los errores no conduce a daño, por lo tanto no genera eventos adversos. Sin embargo, dada la complejidad de los sistemas, por azar los errores se pueden ir concatenando hasta llegar a un evento adverso con daño.

Tipos de errores

Hay variados tipos de errores. Leape et al. (2) los han clasificado en errores de diagnóstico, de tratamiento, de prevención, y otros.

Errores de diagnóstico son, por ejemplo, formular un diagnóstico equivocado o demasiado tardío; no solicitar los exámenes adecuados; o no tomar las decisiones apropiadas según indican los resultados obtenidos.

Errores de tratamiento son, por ejemplo, los que se pueden cometer al hacer un procedimiento, operación o examen; los errores de administración de un tratamiento; los errores relacionados a medicamentos; el retraso en iniciar un tratamiento o en responder a un examen anormal; o indicar un tratamiento inadecuado.

Errores de prevención son, por ejemplo, no indicar tratamiento profiláctico (p. ej., antibióticos en valvulópatas que se someten a tratamientos dentales, vacunas en personas expuestas, etc.); efectuar controles o seguimientos inadecuados.

Errores de tipo misceláneo son los errores de comunicación –son los que más generan reclamos– como también las fallas de equipos o de sistemas.

En el estudio de Leape et al. (2) más de dos tercios de los errores detectados eran evitables. Las mayores tasas de errores ocurrieron en cirugía vascular, cardíaca o neurocirugía; los lugares donde ocurren más errores con consecuencias serias son las salas de cuidado intensivo, los pabellones y las salas de urgencia.

Errores relacionados a medicamentos

Debido al uso masivo de medicamentos, los errores relacionados a ellos son numéricamente muy importantes, aunque las muertes por medicamentos sean poco frecuentes.

Se estima que la tasa de errores relacionados a medicamentos alcanza a poco más de 3 por cada 1000 recetas. En hospitalizados, se calcula que ocurren poco más de 6 eventos adversos por drogas por cada 100 ingresos no obstétricos. Casi un tercio de ellos se piensa que es evitable. (3)

Los grupos que corren más riesgo de sufrir eventos adversos por medicamentos son los niños y los ancianos. Los primeros, por error en el cálculo de las dosis, que pueden ser letales; y los segundos, por no considerar las limitaciones de la función renal o hepática.

Los medicamentos que con mayor frecuencia se relacionan a eventos adversos son los antibióticos, los antineoplásicos y los anticoagulantes. Uno a dos tercios de los eventos adversos relacionados a medicamentos se consideran evitables.

Cuando el médico indica un medicamento se inicia una cadena de hechos con múltiples posibilidades de error. Desde la necesidad real de indicarlo, indicar bien la dosis, la vía de administración, el horario, escribir con letra legible, hasta la evaluación del resultado obtenido hay intervención de muchas personas y subsistemas susceptibles de error.

¿Por qué ocurren los errores?

Cuando se detecta un error, un accidente o un evento adverso, la reacción normal es “delimitar responsabilidades”: buscar a quién culpar por ello. Muchas veces se recurre a una investigación sumaria que identifica al “culpable”, que casi siempre es una persona o grupo de personas, a los cuales se aplica una sanción. Por lo general se trata de personas buenas que lamentan más que nadie lo ocurrido y desean fervientemente que nunca más ocurra algo semejante.

Sin embargo, una visión más profunda puede obtener otra historia detrás de los mismos hechos: puede detectarse la cadena de factores que contribuyeron al accidente o evento adverso, dejando en evidencia las más de las veces serios errores en los sistemas involucrados. Los errores más comunes que viven latentes en los sistemas son los pocos recursos, la mala gestión, los equipos defectuosos o mal mantenidos, la mala organización. Los sistemas pueden funcionar bien por un tiempo con estos errores latentes, y las personas se acostumbran a vivir con ellos hasta el punto que les parecen normales; pero de tiempo en tiempo se configuran de

forma tal que provocan un accidente o un evento adverso serio, del cual se culpa a los ejecutores inmediatos, sin preocuparse de mejorar los sistemas en adelante.

Cuantificación de errores

El mayor estudio de cuantificación de errores se publicó en 1991 (4). En él se revisaron 30.121 fichas escogidas al azar provenientes de 51 hospitales de Nueva York y se encontró la ocurrencia de eventos adversos en 3,7% de las hospitalizaciones, y un 27,6% de ellos se debieron a negligencia. Un 70,5% de los eventos adversos originó incapacidades que duraron menos de 6 meses, mientras que 2,6% causó incapacidades permanentes y 13,6% llevó a la muerte. El porcentaje de eventos adversos por negligencia fue marcadamente más alto en adultos mayores. Casi la mitad de los eventos adversos detectados estaban relacionados a cirugía, pero los eventos adversos por negligencia estaban relacionados más frecuentemente a errores de diagnóstico y de tratamiento.

Las tasas de eventos adversos encontradas en este estudio han sido más bajas que las encontradas en estudios subsiguientes. En Australia se han encontrado tasas de 16,6%, en el Reino Unido 11,7% y en Dinamarca 9%. (5)

Otros estudios han sugerido que en pacientes ambulatorios, la tasa de errores triplica a la de pacientes hospitalizados.

Países subdesarrollados

El Informe de la Secretaría de la OMS citado reconoce que no hay datos provenientes de países en desarrollo y de países con economías en transición. En ellos, “el mal estado de las infraestructuras y de los equipos, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de desechos y en la lucha contra las infecciones, una actuación deficiente del personal, por falta de motivación o insuficiencia de sus conocimientos técnicos, y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento esenciales de los servicios de salud hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas. Las cifras de la OMS indican que cerca del 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma corresponden a los países en desarrollo. También se informa que en la mayoría de esos países, en todo momento, al menos el 50% de todo el equipo médico está inutilizable o sólo se puede utilizar en parte, lo que hace que se descuide a los pacientes o que aumente el riesgo de causarles daño”.

Lamentablemente, esta descripción se ajusta bien a lo que pensamos que existe en Chile. No hay estudios publicados sobre lo que ocurre en nuestro país, y sólo

algunos centros privados inician un abordaje técnico de estas materias. Exceptuando lo realizado en relación a infecciones hospitalarias, estamos recién empezando a pensar en este problema, para lo cual este Seminario quiere ser un estímulo.□

REFERENCIAS

1. Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S., Institute of Medicine (U.S.) Comité on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Saber Health System. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
2. Leape L., Lawthers A.G., Brennan T.A., et al. Preventing medical injury. Qual Rev Bull 1993; 19 : 144-149.
3. Bates D.W., Cullen D.J., Laird N., Petersen L.A., Small S.D., Servi D., Laffel G., Sweitzer B.J., Shea B.F., Hallisey R., et al. Incidence of adverse drug events and potencial adverse drug events. Implications for prevention. ADE prevention study group. JAMA 1995; 274:29-34.
4. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M., Herbert L., Localio A.R., Lawthers A.G., Newhouse J.P., Weiler P.C., Hiatt H.H. 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.
5. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 5 diciembre 2001. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.

ANEXO

EL AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS Y LA CALIDAD EN MEDICINA

En atención a la importancia que ha adquirido en Estados Unidos la discusión sobre la calidad de la atención médica y el papel que ha desempeñado el American College of Physicians en ella, el Capítulo Chileno de esta organización invitó a su Reunión Anual del año 2003 al Dr. Bernard Rosof, Senior Vice President, Corporate Relations and Health Affairs, North Shore Long Island Jewish Health System.

En su exposición él señaló 5 puntos como necesarios para diseñar un sistema de atención sanitaria seguro:

- Tener liderazgo;

- Respetar las limitaciones humanas en el proceso de diseño;

- Promover un trabajo en equipo que sea eficaz;

- Anticiparse a lo inesperado;

- Crear un ambiente de aprendizaje.

El papel del Director o Líder es hacer que la seguridad de los pacientes se convierta en un objetivo prioritario de la organización, y que todos tomen conciencia de que ella es responsabilidad de todos. Para ello debe asignar claramente las tareas y hacer que todos esperen ser supervi-

sados en materias de seguridad. Muy importante es que provea recursos, humanos y financieros, para recopilar y analizar errores y para el rediseño de sistemas. Del mismo modo, debe desarrollar mecanismos eficaces para identificar y tratar al personal "inseguro" o que es origen de errores.

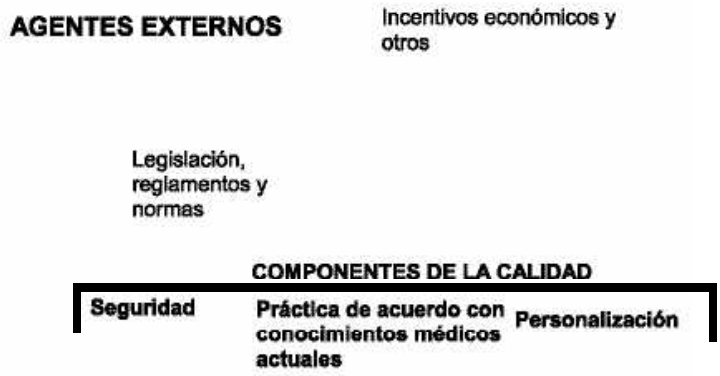
En cuanto a las limitaciones humanas, hay que considerar la seguridad al diseñar los empleos; evitar confiar en la memoria de cada cual o en que alguien vigila siempre para evitar errores; simplificar los procesos claves, y estandarizar los procesos laborales.

El entrenamiento para trabajar en equipo debe darse a aquellos de quienes se espera que trabajen en equipo y no a todos; y se debe incluir al paciente en el diseño de sistemas de seguridad.

Es importante anticiparse a lo inesperado adoptando una aproximación "proactiva": examinar las nuevas tecnologías y procesos de atención sanitaria, buscando amenazas a la seguridad y rediseñarlas antes de que ocurran accidentes; tener planes de recuperación post accidente; mejorar el acceso a la información oportuna y precisa.

En cuanto a crear un ambiente favorable al aprendizaje a partir de los errores, es necesario estimular el dar cuenta de errores y situaciones peligrosas, asegurando que no habrá represalias por ello; desarrollar una cultura laboral en la cual la información y las comunicaciones fluyan libremente sin importar el gradiente de autoridades, e implementar mecanismos de retroalimentación y aprendizaje a partir de los errores.

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA



VEINTISÉIS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD RECOMENDADAS POR EL FORO NACIONAL DE CALIDAD DE ESTADOS UNIDOS

1. Crear una cultura de seguridad en la atención sanitaria.

2. Especificar un protocolo explícito a usar para asegurar un nivel adecuado de enfermería basado en el tipo de pacientes de la institución y en la experiencia y entrenamiento de sus enfermeras.

3. Las órdenes verbales deben ser registradas cuando sea posible y repetidas inmediatamente por quien las recibe a quien las imparte. P. ej., un prestador de salud que recibe una orden verbal debe repetir la información que se le suministra para verificar la exactitud de lo que oyó.

4. Usar solamente abreviaturas estandarizadas y dosis en unidades y frecuencias establecidas.

5. Los resúmenes, epicrisis o informes de pacientes y otros documentos similares no deben ser redactados de memoria.

6. Pedir a cada paciente o a su representante que repita lo que se le dijo durante la discusión de un consentimiento informado.

7. Asegurar que la documentación escrita de la preferencia del paciente respecto a tratamientos de mantención de vida esté claramente visible en su ficha.

8. Implementar un sistema computarizado de ingreso de indicaciones médicas.

9. Implementar un protocolo estandarizado para evitar el etiquetado incorrecto de imágenes radiológicas.

10. Implementar un protocolo estandarizado para evitar la ocurrencia de procedimientos en el lado equivocado o en pacientes equivocados.

11. Evaluar a cada paciente sometido a cirugía electiva respecto a riesgo de un accidente coronario agudo durante la cirugía, y administrar tratamiento profiláctico con beta bloqueadores a pacientes de alto riesgo.

12. Evaluar a cada paciente al ingreso y regularmente después, respecto al riesgo de desarrollar escaras. Esta evaluación debería repetirse a intervalos regulares durante la hospitalización. Se deberían implementar métodos preventivos adecuados de acuerdo con la evaluación.

13. Evaluar a cada paciente al ingreso y periódicamente después, respecto al riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda o tromboembolismo venoso. Usar métodos clínicamente apropiados para prevenirlos.

14. Utilizar los servicios específicos de control de anticoagulación disponibles para facilitar el manejo coordinado.

15. Al ingreso y periódicamente después, evaluar a cada paciente respecto al riesgo de aspiración.

16. Adherir rigurosamente a métodos efectivos para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos.

17. Evaluar a cada paciente pre-operatorio a la luz del procedimiento quirúrgico que se le practicará respecto al riesgo de infección del sitio operatorio, e implementar profilaxis antibiótica y otras medidas preventivas basadas en esta evaluación.

18. Utilizar protocolos validados para evaluar a pacientes que estén en riesgo de insuficiencia renal inducida por medios de contraste, y utilizar un método clínicamente apropiado para reducir el riesgo de daño renal basado en la evaluación de la función renal del paciente.

19. Evaluar a cada paciente al ingreso y periódicamente después, respecto al riesgo de desnutrición. Emplear estrategias clínicamente apropiadas para prevenir la desnutrición.

20. Cuando se use un torniquete neumático, evaluar el riesgo de complicaciones isquémicas o trombóticas y utilizar las medidas profilácticas adecuadas.

21. Descontaminarse las manos ya sea con un paño desinfectante o lavándoselas con jabón desinfectante antes y después de contacto directo con el paciente o con objetos inmediatamente a su alrededor.

22. Vacunar al personal sanitario contra la influenza para protegerlos a ellos y a otros pacientes de la influenza.

23. Mantener los espacios de trabajo donde se preparan los medicamentos limpios, ordenados, bien iluminados, libres de objetos de desecho, de distracciones y de ruido.

24. Estandarizar los métodos para etiquetar, empaquetar y almacenar los medicamentos.

25. Identificar las drogas de alto riesgo (p. ej., los agonistas y antagonistas adrenérgicos de uso endovenoso, quimioterápicos, anticoagulantes y antitrombóticos, soluciones concentradas de electrolitos para uso parenteral, anestésicos generales, bloqueadores neuromusculares, insulina, hipoglicemiantes orales, narcóticos y opiáceos).

26. Dispensar los medicamentos en unidades-dosis o, cuando sea apropiado, en forma de unidades de uso, cuando sea posible.

VIGILANCIA DE ERRORES MÉDICOS POR EL MINISTERIO DE SALUD

DR. FERNANDO OTAÍZA O'RYAN
DEPTO. CALIDAD DE PRESTADORES
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO
MINISTERIO DE SALUD

PROPÓSITO DE LA PRESENTACIÓN

El propósito de esta presentación es (a) describir la vigilancia epidemiológica como herramienta y sus principales componentes y consideraciones y (b) presentar los resultados de la vigilancia que realiza el Ministerio de Salud sobre el tema de los errores médicos.

a.-Vigilancia epidemiológica

Se entenderá por "sistema de vigilancia" al proceso de observación sistemática permanente de una población para conocer la evolución de determinadas enfermedades (o condiciones de salud) con el propósito de aportar información para la prevención y control de enfermedades. Con esta definición se debe distinguir la vigilancia epidemiológica de la auditoría de casos, en que la primera es permanente, sistemática, observando las poblaciones donde pueden ocurrir los casos, mientras que la auditoría en general es oportunista sobre los casos individuales que se observan, se realiza cuando existen casos y por lo tanto es esporádica y ocurre *a posteriori*. A diferencia de la vigilancia y las auditorías de casos, definiremos como supervisión a la observación sistemática e intencionada de los procesos de atención, no de enfermedades, con una metodología conocida con el fin de comparar la realidad con lo esperado, identificando las brechas.

La vigilancia epidemiológica puede realizarse sobre el daño propiamente tal o sobre sus condicionantes –por lo que con frecuencia es anticipativa-, con el objetivo de cconocer la morbilidad, mortalidad, factores de riesgo y tendencias en el tiempo, detectar brotes epidémicos y evaluar el impacto de las intervenciones. Esta observación permanente y sistemática permite identificar y describir lo "normal" o "habitual" y como consecuencia, aporta un elemento clave para identificar desviaciones de la normalidad que puedan ser atribuibles a situaciones epidémicas o de otra naturaleza que requieran mayor investigación o medidas de intervención.

En general los sistemas de vigilancia se establecen sobre aspectos de la salud que pueden causar daños graves y que tienen una dinámica que las hace potencialmente epidémicas o cambiantes en el tiempo.

Operacionalmente los sistemas de vigilancia tienen definidos los responsables de realizarlos, los hechos que se quieren detectar, la población que se observará, los métodos de recolección de datos, los indicadores, la periodicidad de las observaciones, frecuencia de análisis, el tipo y frecuencia de los informes y personas que lo recibirán. Esto permite describir "lo habitual" en forma consistente. Además, es recomendable que cuente con algún mecanismo que permita conocer la calidad de la información pues, en general, producen información algo imprecisa o "sucia" a fin de contar con detección oportuna de los casos. Los sistemas de vigilancia balancean razonablemente, en lo inmediato, a favor de la sensibilidad de la detección aunque signifique sacrificar algo de la especificidad.

CONSIDERACIONES SOBRE LA VIGILANCIA

La definición de los hechos a vigilar, debe ser clara y universalmente aceptada. Si la definición genérica de **error** en esta publicación es "no completar un proceso como estaba planificado o el empleo de un plan equivocado para conseguir un objetivo", es necesario interpretarla para cada tipo de proceso que se vigilará, por ejemplo: ¿Cómo se aplica esta definición a la transfusión sanguínea, al tratamiento del cáncer o la atención del parto? Una vez establecida la definición de qué cosa es la que se vigilará, es posible identificar el numerador del indicador y una vez que se ha establecido la población donde se espera que se observen estos hechos se puede identificar su denominador.

Sobre las consecuencias de obtener información de este tipo rutinariamente, un sistema de vigilancia de errores médicos puede aportar información para las estrategias de desarrollo de la organización, pero también la vigilancia recoge información individual y colectiva sobre fallas de procesos de atención y efectos adversos y es posible que la identificación de ciertas fallas, en particular si han producido efectos adversos, ponga al sistema en dilemas éticos o legales.

El sistema debe establecer qué es lo que será sujeto de estudio. En la atención en salud es posible, teóricamente, identificar distintas combinaciones de la atención y sus resultados:

TABLA A.1.

Resultado de la atención \ Atención definición		Con efectos adversos	Sin efectos adversos	Todos
SIN error	Indicación adecuada **Y** procedimiento adecuado	A	B	G = (A+B)
CON error	Indicación inadecuada **O** procedimiento inadecuado	C	D	H = (C+D)
	Total	E = (A+C)	F= (B+D)	N = (A+B+C+D)

En la Tabla A.1., consideraremos que los resultados en A son los efectos adversos propios de la atención en salud y los resultados en B son los óptimos deseados como producto de una atención bien planificada y ejecutada. Los resultados de H son los de la atención con errores, en los que C son los efectos adversos asociados a estos errores. Un sistema de vigilancia de efectos adversos obtendrá los resultados E y sólo la revisión de las decisiones involucradas en esta atención permitirá acercarse a cuántos corresponden a efectos adversos en una atención sin errores (A) o con ellos (C). Un sistema de supervisión de la atención buscará en el total de procesos (N) cuáles corresponden a con error (H) y cuántos a sin error (G), sin embargo no aportará información sobre los efectos adversos asociados. Sólo una vez que se hayan revisado los resultados de la atención de los dos tipos de procesos será posible identificar el riesgo de efectos adversos de la atención sin errores (A / G) y con errores (C / H), y sus riesgos relativos y atribuibles.

Si la teoría es sencilla, en la práctica es difícil conocer cuáles son las decisiones adecuadas en términos de indicaciones diagnósticas o de tratamiento. Últimamente se han utilizado las herramientas de la Medicina Basada en Evidencias tales como las revisiones sistemáticas de la bibliografía, los consensos de expertos y otros, a fin de contar con estos necesarios referentes. Sin embargo, son pocas las intervenciones de salud que cuentan con consenso de expertos y sólida evidencia. Esto hace que en la tabla anterior sea difícil distinguir entre atención con o sin errores (G y H).

En los sistemas de vigilancia es posible trabajar con información “sucia” si se tienen ciertos supuestos. Si se considera que el indicador son los efectos adversos, suponiendo que los efectos adversos propios de la atención son mínimos (en este caso E será casi idéntico a C), se puede calcular el indicador E / N, que permite suponer que casi todos los efectos adversos ocurren en atención con errores. Si el indicador E / N está dentro de lo esperado, se puede inferir que los errores son mínimos o no son relevantes y no desarrollar más actividades que la vigilancia. Por otra

parte, si E/N es peor que lo esperado o si los efectos adversos son graves, debe gatillarse una revisión de procesos en búsqueda de errores que puedan corregirse. Esta situación es menos clara cuando la población de pacientes es de alto riesgo por lo que es esperable que A no sea mínimo. Aun en este caso, en una misma institución, si no hay cambios sustantivos y rápidos en las poblaciones de pacientes que atienden, es posible comparar períodos consecutivos.

Los indicadores y la calidad de la información

Una vez establecida la definición de "error", corresponde medir su frecuencia en las instituciones de salud. Dado que no es practicable revisar todos los aspectos de la atención en salud todo el tiempo, se debe escoger procesos, resultados esperados y efectos adversos que "indiquen" o "representen" el estado de determinada institución con relación a la frecuencia y tipo de errores. Estos indicadores pueden ser de distinta naturaleza, pero en general se expresan como una proporción o una tasa y no como casos individuales. Para estos efectos deben tener definidos numeradores y denominadores, métodos de recolección de datos y un sistema establecido para comparar lo observado con un valor de referencia.

Es complejo estandarizar indicadores, particularmente porque hay muchas condiciones que pueden explicar los resultados además de los errores. Por ejemplo, las instituciones que atienden pacientes menos graves tendrán, para una misma patología, mejores resultados. Existen otras variables que pueden explicar la ocurrencia de errores, tales como tener o no actividades de docencia, profesionales con menos años de experiencia, la frecuencia con que se atienden los casos, los recursos para la atención, la cultura organizacional y muchos otros. A diferencia de los riesgos propios de los pacientes, estas variables "de la atención" sí pueden ser sometidas a intervenciones de distinto tipo.

Para la vigilancia epidemiológica, estas variables que dependen de la organización pueden tener un efecto paradójico. Supongamos que tenemos dos instituciones: una muy interesada en mejorar (A) y otra poco interesada en mejorar (B). Es esperable que, a igualdad de tipo de pacientes, (A) tenga menos errores que (B); sin embargo, dado que está interesada en medir y mejorar, es muy posible que (A) tenga mejor vigilancia que (B), que detecte mejor sus casos y sus datos demuestren tasas de errores mayores sólo por este efecto. Otras condiciones que pueden afectar la calidad de la información en uno u otro sentido, además de la gravedad de los pacientes y del interés por mejorar, son el impacto que tengan los malos resultados en la opinión de usuarios y financiadores, los sistemas de incentivos basados en resultados, las malas experiencias en litigios, mala reputación, mala imagen en los medios de comunicación y las capacidades tecnológicas para obtener la información de buena calidad, entre otras. De modo que incluso organizaciones muy interesadas en mejorar, con buena vigilancia pueden ser renuentes a mostrar resulta-

dos adversos y considerarlos confidenciales. Si este hecho se da, tiene poco sentido comparar resultados entre instituciones.

Otro componente que puede hacer variar el resultado es la composición de la población pacientes que se atiende. Instituciones con pacientes más graves tendrán peores resultados sólo por este hecho y, por ejemplo, si decide no aceptar más pacientes graves, sus indicadores mejorarán sin necesidad de cambiar las prácticas de atención. A fin de considerar este efecto en las comparaciones, se pueden utilizar procedimientos de ajustes por riesgo que pueden ser más o menos complejos. A fin de hacer estos ajustes, cada paciente debe ser clasificado de acuerdo a variables predictoras de los resultados de modo de comparar sólo grupos de riesgo similar o sopesar este factor en el resultado. Demás está decir que basta que un pequeño grupo de pacientes sea clasificado por equivocación como de más riesgo para que los resultados sean mejores como consecuencia.

Conclusiones sobre la vigilancia de errores

La atención en salud opera como un sistema complejo con muchas variables actuando simultáneamente. La vigilancia genera información que puede no ser todo lo precisa esperable, pero sí lo suficiente para tomar decisiones. La vigilancia tiene un costo que debe ser focalizado en donde tendrá mejores efectos, en especial donde hay intervenciones eficaces posibles. Son de particular interés los errores de proceso que se asocian a efectos adversos, los errores que se repiten por fallas de sistema y los errores de proceso que no han generado efectos adversos en el establecimiento pero que tienen el potencial de daño mayor. La información de la vigilancia permite orientar hacia donde hay posibles problemas que requieran intervenciones o al menos ser investigados y en ese sentido ser de gran utilidad para pacientes, gestores y el equipo clínico propiamente tal.

Si se usará la información de la vigilancia para comparar instituciones se deben hacer ajustes por riesgo de los pacientes, recordando que estos ajustes requieren clasificar a cada paciente con un sistema a su vez complejo, con variabilidad y fácilmente susceptible a errores de clasificación que pueden modificar los resultados. Si los resultados adversos tienen impacto en el financiamiento, litigios u otras consecuencias de esta naturaleza, posiblemente los resultados de cualquier forma no serán confiables.

B.- Vigilancia de errores y efectos adversos en Chile - 2004

El Ministerio de Salud ha establecido distintos sistemas para vigilar errores y efectos adversos. Sin duda, el principal es el programa (iniciado en 1981) de vigi-

lancia de infecciones intrahospitalarias, que son el efecto adverso más frecuente, grave y caro de la atención.

Otros aspectos en que se realiza vigilancia es en las reacciones adversas asociadas a hemodiálisis (desde 1991), atención odontológica (2004), medicina transfusional (2003) y realiza análisis del uso de algunos procedimientos específicos. Además, en 1999 se difundieron instructivos y normas para la supervisión del uso de antimicrobianos y transfusiones para contribuir a disminuir errores en estas acciones. A continuación se presentarán algunos datos sobre estas materias.

LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)

Cualquier análisis de vigilancia de errores de la atención hospitalaria debe incluir un análisis de las IIH. En Chile el sistema de vigilancia de las IIH cuenta con estandarización de definiciones, métodos de pesquisa de casos, sistemas de registros y personal capacitado, además de informes periódicos de los resultados[1]. El sistema comienza en el sector público y desde mediados de la década de los 90 comienza a establecerse en el sector privado, aunque los datos de este último han sido rara vez publicados. El personal de vigilancia está conformado por médicos y enfermeras, en que la mayoría de las enfermeras que realizan vigilancia han sido capacitadas en cursos organizados por universidades. Proporcionalmente, los médicos tienen menos capacitación en epidemiología y su formación básica son especialidades clínicas, principalmente de medicina, cirugía, laboratorios, pediatría e infectología.

Quizás uno de los aspectos más interesantes del sistema de vigilancia de las infecciones en Chile es que la calidad de la información es evaluada en forma anual en los hospitales con estudios estandarizados**.** En general, un sistema de vigilancia que detecte sobre 70% de las IIH, si son las más graves, las más prevenibles o las con mayor potencial epidémico, es bastante adecuado para su función de identificar áreas de posibles problemas que requieran revisión. Entre 2001 y 2003, 82,3% de 99 hospitales evaluados tenían una vigilancia capaz de detectar sobre 70% de las infecciones y sólo 13,1% detectaban menos del 60%. Esto permite tener mayor certeza que en general en el país se conoce el estado de las IIH que se vigilan y que los resultados de la vigilancia son válidos.

Las tasas de IIH, que son el indicador de resultado, se publican anualmente. Se resumen en disminución de las tasas de IIH en prácticamente todos los indicadores que se vigilaron en el quinquenio 1998–2002 (Tabla # B.1), sin cambios en las infecciones de herida operatoria en colecistectomía por laparotomía y aumento en la

[1] Toda esta información se encuentra disponible en la sección “Calidad de Prestadores” en **www.minsal.cl**

infección del torrente sanguíneo asociada a uso de catéter venoso central en pacientes pediátricos, infección de herida operatoria en colecistectomía por laparoscopía y del torrente sanguíneo asociada a uso de nutrición parenteral total en pacientes adultos.

Tabla B.1. Tasas (%) de IIH, Chile 1998 y 2003*

Indicador	Año de vigilancia		Diferencia (%) 1998-2003*
	1998	2003	
Infección urinaria por 1000 días catéter urinario a permanencia Servicio de Medicina	9,3	6,0	-35,5
Infección urinaria por 1000 días catéter urinario a permanencia Servicio de Cirugía	7,4	5,2	-29,7
Infección urinaria por 1000 días catéter urinario a permanencia UCI	6,2	4,8	-22,5
Endometritis por 100 partos vaginales	1,3	0,8	-38,5
Endometritis por 100 partos por cesárea	1,4	0,7	-50,0
Infección de herida operatoria por 100 hernias inguinales	0,9	0,8	-11,1
Infección de herida operatoria por 100 cesáreas	1,6	1,3	-18,8
Infección de herida operatoria en colecistectomía por laparotomía	1,4	1,4	0,0
Infección de herida operatoria por 100 colecistectomías por laparoscopía	0,6	0,7	+16,6
Neumonía por 1000 días ventilación mecánica pacientes adultos	26,9	17,5	-34,9
Neumonía por 1000 días ventilación mecánica en pacientes pediátricos	10,4	7,1	-31,7
Neumonía por 1000 días ventilación mecánica en pacientes neonatológicos	11,4	7,4	-35,1
Infección del torrente sanguíneo por 1000 días catéter venoso central pacientes adultos	3,9	2,3	-41,0
Infección del torrente sanguíneo por 1000 días catéter venoso central en pacientes pediátricos	2,8	3,8	+35,7
Infección del torrente sanguíneo por 1000 días nutrición parenteral total en pacientes adultos	3,5	4,3	+22.9
Infección del torrente sanguíneo por 1000 días nutrición parenteral total en pacientes pediátricos	7,0	4,2	-40,0

Estudios realizados en otros países demuestran que las IIH aumentan sobre 5% cada 5 años en ausencia de programas de prevención y control. En Chile, la tendencia es a disminuir alrededor de 20% en los últimos 5 años sobre la reducción ya observada de 30% en la década anterior, lo que demuestra que están siendo controladas al menos en los hospitales del sector público.

* 2003 son datos provisorios

La mejoría de los procesos de atención que guardan relación con la prevención de las IIH ha sido foco constante de las intervenciones y estrategias nacionales. Los procesos adecuados han sido definidos por los estudios de Medicina Basada en Evidencias y revisiones sistemáticas de la bibliografía. En la Tabla B.2. se observa cómo estas prácticas se han establecido en los hospitales base de los Servicios de Salud en la última década, destacándose que todos los procesos que han sido normados desde el Ministerio se encuentran implantados.

Tabla B.2. Porcentaje de establecimientos que tienen las prácticas de prevención y control de las IIH implantadas. 23 hospitales base de Servicios de Salud, 1993, 1998 y 2003

Descripción de la práctica	Porcentaje de hospitales con la práctica implantada[2]		
	1993	1998	2003
La instalación de catéteres urinarios se realiza con técnica aséptica (campo estéril, guantes estériles)	8,7	100,0	100,0
Todos los artículos que se utilizan en la asistencia respiratoria con ventilación mecánica son, al menos, desinfectados de alto nivel	13,0	100,0	100,0
La instalación de catéteres venosos centrales se realiza con técnica aséptica (campo estéril, ropa y guantes estériles)	8,7	95,7	100,0
La aspiración de secreciones traqueales de los pacientes en ventilación mecánica es realizada entre dos personas, una es profesional.	8,7	91,3	100,0
Se ha eliminado el rasurado del sitio quirúrgico antes de operar	8,7	87,0	100,0
Los esquemas de antibioprofilaxis preoperatoria se han definido para cada tipo de intervención	0,0	82,6	100,0
Los criterios de indicación y duración de la cateterización urinaria permanente se encuentran establecidos	0,0	82,6	100,0
Los criterios de indicación y duración de la cateterización venosa central se encuentran establecidos	0,0	69,6	100,0
Se realiza vigilancia activa con seguimiento post-egreso de los pacientes de hospitalización breve sujetos a vigilancia obligatoria, al menos por períodos definidos localmente***	4,3	43,5	66,7
Se calculan tasas de infección quirúrgica por cirugía o que se retroalimentan periódicamente a los médicos***	0,0	30,4	12,5
Se ha eliminado el enema evacuante de la preparación pre-parto***	0,0	4,3	65,2

[2] Implantado = Norma local + actividades de capacitación realizadas.
*** Prácticas que no tienen normativa central

Eliminación de prácticas peligrosas

Otros temas en los que se han prevenido errores en Chile son consecuencia de prácticas peligrosas asociadas a infecciones que pueden haberse establecido masivamente como prácticas habituales.

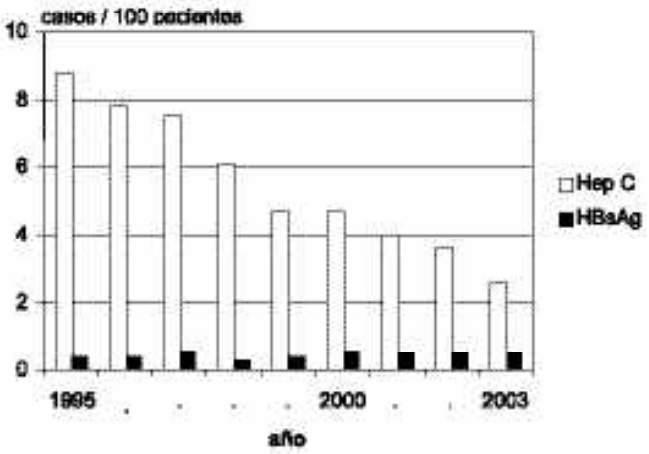
En la década de 1980 era frecuente el procesamiento de instrumental quirúrgico e intravenoso en soluciones de amonio cuaternario en lugar de esterilizados y la reutilización de material de acceso vascular, lo que causó brotes epidémicos de gran magnitud. En 1993, 51,7% de los hospitales "esterilizaba" instrumental quirúrgico con tabletas de formalina, 27,6% usaba sangre sin etiquetar en transfusiones, 20,7% reutilizaba material de infusión venosa desechable, 17,2% usaba endoscopios sin desinfectar entre pacientes y 17,2% usaba jeringas de anestésicos en más de un paciente. Todas estas prácticas peligrosas, entre otras, han sido erradicadas.

Hemodiálisis

Las actividades relacionadas con la vigilancia de errores y efectos adversos en hemodiálisis son múltiples, tales como elaboración de listados de requisitos necesarios para autorizar centros para realizar estos procedimientos, vigilancia de efectos adversos específicos incluidas infecciones, evaluaciones de prevalencia para infecciones por los virus de hepatitis B y hepatitis C, entre otras.

La serie de datos sobre prevalencia de agentes virales ha sido publicada por el Dr. Poblete en la Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile de la Sociedad Chilena de Nefrología[3]. Los datos de prevalencia se obtienen por una encuesta dirigida a todos los centros y todos los pacientes son estudiados para estos y otros agentes al menos una vez al año. Se observa una disminución de 70% de la prevalencia de la hepatitis C sin cambios en la prevalencia de hepatitis B (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalencia de infecciones virales en pacientes hemodiálisis, Chile 1995 - 2003



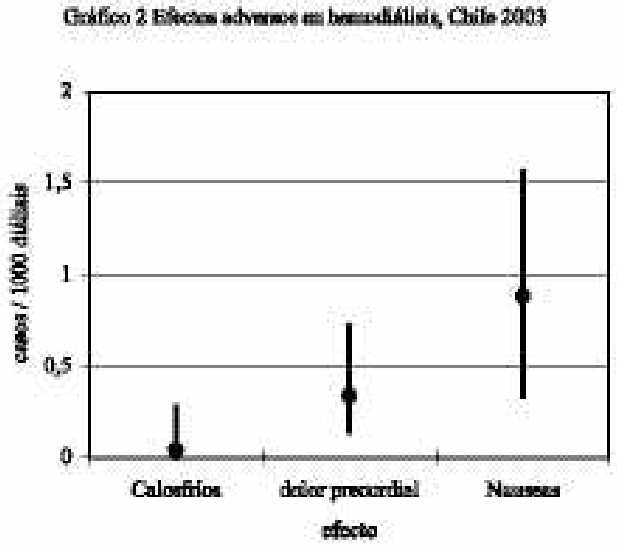
[3] http://www.sociedaddenefro.cv.cl/

Los motivos de esta disminución de la prevalencia de hepatitis C pueden ser muchos, entre otros el tamizaje para hepatitis C obligatorio de la sangre donada para transfusiones, iniciado en 1995, el tamizaje anual de pacientes dializados y el aislamiento en casos de infección por hepatitis B, la mejoría de "*kits*" diagnósticos que permiten descartar falsos positivos, el cumplimiento de las Precauciones Universales con Sangre y Fluidos Corporales y las medidas de aislamiento estándar, la mejoría de la Medicina Transfusional que incluye actividades destinadas a mejorar la indicación de transfusiones y la vigilancia de reacciones adversas. Seguramente todas estas medidas guardan relación con la mejoría del indicador.

Un último factor que contribuye a explicar esta notable baja de la prevalencia de hepatitis C y que no guarda relación con medidas de prevención, es la creciente incorporación de nuevos grupos de pacientes, la mayoría sin infección, del orden de 229,1% en el período (de 4.012 pacientes en 1995 a 9.193 en 2003). Se sabe que el riesgo de adquirir una de estas infecciones virales aumenta con el tiempo expuesto a la hemodiálisis. El impacto del aumento anual de pacientes nuevos en diálisis es más notorio en la prevalencia de hepatitis C que hepatitis B sólo porque tiene una mayor prevalencia inicial. Esto demuestra la importancia de realizar análisis epidemiológico acabado de resultados antes que caer en la tentación de las explicaciones fáciles.

La vacunación antihepatitis B de todos los pacientes en hemodiálisis progresa lentamente, de 20% de los pacientes en 2001 a 50% en 2003, hecho que se cumple en 60,1% de los centros de diálisis nacionales.

La vigilancia de bacteremia asociada a hemodiálisis demuestra incidencia de 5,0 episodios por 1000 días de hemodiálisis, en que 25% de los centros están sobre 6,7 / 1000 días.



La vigilancia de efectos adversos no infecciosos en hemodiálisis se realiza con formularios especiales para este fin de envío semestral al Ministerio. Este sistema detecta la incidencia de efectos adversos de distinto tipo y permite establecer indicadores generales para comparar centros. En 2003 se estudiaron 13 centros de hemodiálisis con un total de 67.238 procedimientos, a fin de conocer, entre otros, la incidencia de calosfríos, dolor precordial y náuseas durante el procedimiento, encontrándose de 0,04, 0,34 y 0,88 por mil diálisis respectivamente con grandes diferencias entre los centros (Gráfico 2). De esta forma se han establecido niveles de referencia ("*benchmarks*") para estos efectos.

Reacciones adversas en odontología

En 2003 se recibió información de 26 Centros Odontológicos del sector público con información sobre efectos adversos observados en ciertas intervenciones en 35 semestres estudiados. En la tabla B.3. se presentan las complicaciones en extracciones de tercer molar, que es uno de los indicadores, que permiten los primeros niveles de referencia sobre estas materias en el país y, a su vez, identificar las necesidades de adaptación de los métodos de la vigilancia para estos fines.

Tabla B.3. Complicaciones en extracciones de tercer molar – 2003

Indicador \ Complicación		Alveolitis	Hemorragia	Alvéolo seco	Parestesia
Intervenciones vigiladas		5.255	3.843	940	3.319
Complicaciones		96	46	7	15
Tasa (%)		1,8	1,20	0,74	0,45
Rango	mínimo	0,52	0,30	0,52	0,05
	máximo	12,12	3,76	0,94	5,26

Reacciones adversas a las transfusiones

La revisión de 53.279 pacientes transfundidos, que recibieron 128.004 unidades de componentes en 34 hospitales en 2003 aportó información sobre reacciones adversas asociadas a esta intervención (Tabla B.4) No hubo notificación de muertes ni septicemias asociadas a transfusiones.

Tabla B.4. Reacciones adversas a transfusiones

Componente / Indicador	Concentrados Eritrocitarios		Plasma de cualquier tipo		Concentrados plaquetarios	
Tasa de reacciones adversas	X 1.000 pac	X 1.000 unids	X 1.000 pac	X 1.000 unids	X 1.000 pac	X 1.000 unids
Enf. hemolítica aguda	0,13	0,06	0,17	0,07	0,78	0,16
Reacción febril no hemolítica	8,68	4,04	1,70	0,67	12,3	0,23
Exantema (“*rash*” cutáneo)	3,86	1,79	4,68	1,85	8,72	1,84
Reacción anafiláctica	0,18	0,09	0,34	0,13	0,47	0.10
Sobrecarga de volumen	0,34	0,16	0,09	0,03	-	-

Esta información no sólo permite conocer la incidencia de efectos adversos asociados a las transfusiones que no había sido registrado antes en el país de esta forma, sino que su seguimiento en el tiempo permitirá identificar grupos de pacientes de mayor riesgo, niveles de referencia aceptables (“*benchmarks*”) de estos efectos para comparar hospitales, identificación de prácticas variables por centro hospitalario que requieran revisión, entre otras. Una actividad fundamental será estandarizar los procesos de vigilancia que deben estar en marcha en las Unidades de Medicina Transfusional de los hospitales.

SUPERVISIÓN DE PROCESOS: LAS INDICACIONES MÉDICAS

Durante una visita de supervisión en 1993 a un hospital de alta complejidad, en circunstancias que una de las tasas de infecciones urinarias más elevadas del país se encontraban en ese establecimiento, se observó que un importante número de pacientes usaba catéter urinario permanente (CUP), es decir, que se mantenía instalado por 24 o más horas continuadas. Se revisaron las indicaciones médicas de uso de CUP, encontrándose que dos (obstrucción urinaria que requiere más de dos vaciamientos diarios y medición de diuresis horaria en pacientes hemodinámicamente inestables) justifican en la actualidad la gran mayoría de indicaciones clínicas de CUP en hospitales y que no hay muchas otras justificaciones clínicas aceptables. Se revisaron las indicaciones de los 38 pacientes con CUP hospitalizados, en una actividad que tomó menos de una hora, observándose que sólo dos (5,3%) cumplían alguna de las indicaciones consideradas apropiadas. Se sostuvo una reunión con el equipo de salud para conversar sobre esta situación y decidir cómo mejorar. Se propuso normar localmente las indicaciones, realizar capacitación del personal médico que es el responsable de indicar la instalación de CUP y mantener la vigilancia de infecciones urinarias. Todas esas medidas son adecuadas, sin embargo, al final del día de la visita, los mismos 38 pacientes mantenían el CUP instalado.

Con esta anécdota se demuestra que no bastan la evidencia, la información precisa y las estrategias para mejorar las cosas. Se requiere mantener la supervisión de las prácticas, documentar objetivamente el estado de las cosas -no conformarse con las impresiones tan frecuentemente sesgadas- y actuar de acuerdo a la información. También se demuestra que en ocasiones el proceso de toma de decisiones puede ser muy simple y barato y que no siempre se requiere complejos sistemas de vigilancia ni más recursos. Además, se enfatiza la necesidad de iniciativa y acción local.

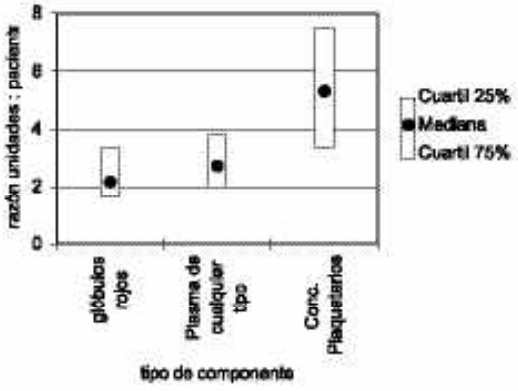
MEDICINA TRANSFUSIONAL

En Chile se realizan sobre 327.000 transfusiones al año. En 1998 del 24% de las transfusiones eran de plasma o sangre completa, productos que tienen escasas indicaciones en la actualidad. En 1998 se realizó un estudio en hospitales base de Servicios de Salud sobre 80.000 transfusiones de estos productos, encontrándose que en el 34,6% de los casos no era posible identificar el motivo de la indicación en las historias clínicas. De los que tenían motivos identificables, de acuerdo a criterios propuestos por el Ministerio de Salud en conjunto con la Sociedad Chilena de Hematología, en 55,5% de las transfusiones de sangre completa y en 74,3% de las transfusiones de plasma había algún elemento que justificaba adecuadamente la transfusión. Este análisis permite estimar que alrededor de 50.000 transfusiones anuales no se pueden justificar.

Sobre la supervisión de las transfusiones, una evaluación realizada por el Ministerio de Salud en 2003 demuestra que 40% de los hospitales de más de 100 camas ha establecido algún sistema de evaluación de la indicación de la sangre y que 18% ha elaborado un informe con los resultados de los últimos dos años.

Aunque estos datos no son alentadores, se debe destacar que en 2003, el uso de sangre completa se ha prácticamente eliminado en muchos hospitales complejos del país, al menos del sector público, lo que debe considerarse una notable mejoría.

Gráfico 3. razón unidades transfundidas : paciente 34 hospitales públicos - 2003



Un estudio de transfusiones realizadas en 34 hospitales públicos demostró que existe cierta variabilidad en el volumen transfundido por paciente. Si bien no es apropiado establecer normas sobre cuánto es lo correcto transfundir dado que existe escasa evidencia científica que avale una norma de esta naturaleza, es posible distinguir en la práctica que hay pocas justificaciones para que la razón de unidades transfundidas por paciente sea muy diferente. Se debe recordar que este indicador agrupa la totalidad de pacientes y que al utilizar la mediana y cuartiles para definir los rangos, los indicadores son poco afectados por los valores extremos. De esta forma, podemos observar que el 25% de los hospitales utiliza más de 3,34 unidades de concentrados eritrocitarios por paciente y que 25% utiliza menos de 1,70 (Tabla B.5. y Gráfico 3) Existe mayor dispersión en las transfusiones de concentrados plaquetarios que los concentrados eritrocitarios. El hecho que un establecimiento se encuentre fuera de los rangos propuestos no quiere decir que esté sobretransfundiendo o subutilizando este recurso terapéutico, sólo que es posible que exista algún aspecto que deba ser revisado a fin de identificar posibles desviaciones de las normas o criterios de uso. Este tipo de información permite identificar posibles tendencias locales de uso que deben ser investigadas.

Tabla B.5. Volumen de uso de transfusiones (razón unidades: paciente)

Componente Indicador		Concentrados Eritrocitarios	Plasma de cualquier tipo	Concentrados plaquetarios
Unidades transfundidas		76.592	25.683	25.729
Pacientes transfundidos		37.872	10.785	4.622
Razón unidades / paciente		2,02	2,38	5,57
Mediana		2,17	2,72	5,29
Cuartil 25%		1,70	2,00	3,38
Cuartil 75%		3,34	3,81	7,50
rango	Mínimo	1,00	1,34	1,87
	Máximo	6,07	7,70	48,95
Promedio		2,49	3,17	8,31
Desviación estándar		1,09	1,65	9,58

CIRUGÍA

La revisión del uso de la cirugía es uno de los temas que puede ser abordado como sistema de supervisión de la atención. El análisis de 17.888 colecistectomías realizadas en 2002 en 53 hospitales públicos demostró que 48,1% se realizan por laparoscopía. La colecistectomía laparoscópica tiene claras ventajas sobre la por laparotomía, incluyendo menor riesgo de infecciones (0,59% vs. 1,43% con Riesgo Relativo de 0,41), satisfacción de los pacientes, estadías hospitalarias más breves, costos y reintegro más rápido al trabajo, entre otras.

En el país, sólo un quinto de los hospitales realizan sobre 75% de las colecistectomías por laparoscopía y más de un tercio de los hospitales realiza menos de 20% de las colecistectomías con esta técnica. En la actualidad, a las opciones de la colecistectomía por laparotomía se agrega la minilaparatomía que tiene todas las ventajas de la laparoscopía, incluyendo la satisfacción de los pacientes y riesgos de infecciones, sin la necesidad de equipamiento especial.

CONCLUSIONES

En las últimas dos décadas el Ministerio de Salud ha establecido sistemas de vigilancia para algunos principales efectos adversos de la atención, en particular el más frecuente y grave: las infecciones intrahospitalarias. El sistema de vigilancia de las infecciones es el mejor modelo disponible en operación en Chile para la evaluación de los efectos adversos, sin embargo, la vigilancia de cada tipo de efecto adverso debe contar con métodos adaptados a las poblaciones que serán vigiladas. La experiencia de actuar y documentar mejoría cada vez que se observa pérdida de la calidad por errores ha sido uno de los principales impulsores locales para estos sistemas. De hecho, el programa nacional de IIH puede documentar disminución de las tasas de infecciones en prácticamente todos los indicadores en circunstancias que lo esperable sin programas es que las tasas aumenten.

El establecimiento de actividades de supervisión y mejoría de ciertos procesos de atención, en particular los referidos a indicaciones médicas, han sido más lentos. Al menos en el año 2000 se han publicado orientaciones y normas para el uso de antimicrobianos y de transfusiones. La evaluación de la implantación de estos sistemas demuestra que sus actividades en el nivel local son muy básicas aún y no se han establecido como una actividad rutinaria y necesaria.

Los sistemas de vigilancia permiten conocer con cierta precisión el estado de los procesos y de los efectos adversos asociados a la atención, sin embargo, con los fines de realizar investigaciones operacionales o de comparar instituciones (o una misma institución a lo largo del tiempo), es necesario utilizar las herramientas de la epidemiología, contar con buenos sistemas estadísticos y la incorporación de la informática al manejo de datos clínicos.

Entre los desafíos están el desarrollo de indicadores adecuados para efectos adversos, errores y procesos, estandarizar los métodos de recolección de datos y establecer sistemas para validar la información. Sólo entonces será técnicamente adecuado plantear comparar instituciones, con las precauciones de considerar el riesgo de las poblaciones en cada establecimiento para hacer los ajustes correspondientes.

Sobre la pregunta que motiva este seminario: "**¿Es segura la atención en salud en Chile?**", se puede aseverar que, en lo que se refiere a la más frecuente complicación de la atención -las infecciones-, es mucho más segura que hace una o dos décadas, al menos en los hospitales del sector público, y que hay claras señales que la seguridad sigue aumentando. También se ha iniciado la mejoría de la seguridad de la medicina transfusional, hemodiálisis y se está trabajando para mejorar procesos relacionados con la atención odontológica, indicación de medicamentos, procedimientos invasivos y ciertas indicaciones en cirugía.□

ERRORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA
NUESTRA EXPERIENCIA

IRENE VICENTE MARTÍNEZ*
FACULTAD DE MEDICINA
PONTÍFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA

ERROR

Lo hemos definido como un acto no intencionado, por omisión o comisión, que es inadecuado para el efecto o resultado que se pretende.

Hay una tendencia a suponer que Iatrogenia y error son sinónimos, sin embargo no es así ya que la mayoría de los errores no causan daño.

No obstante, un porcentaje muy alto de las Iatrogenias derivan de un error.

PREVENCIÓN DE LOS ERRORES

Reconocer que los errores inevitablemente ocurrirán y por lo tanto debemos planificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para cuando estos sucedan.

· Disponer mecanismos de detección temprana.

· Disponer de normas y protocolos que minimicen la probabilidad de error.

· Disponer de un sistema de monitorización de ellos.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad.

* Master de Gestión en Metodología, Evaluación de la calidad Asistencial, Universidad Autónoma Barcelona. Jefe Programa de Mejoramiento Continuo. Red de Salud P. Universidad Católica.

¿COMO ABORDAMOS LOS ERRORES EN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL?

Estableciendo un Sistema de Gestión de Calidad basado en el Mejoramiento Continuo.

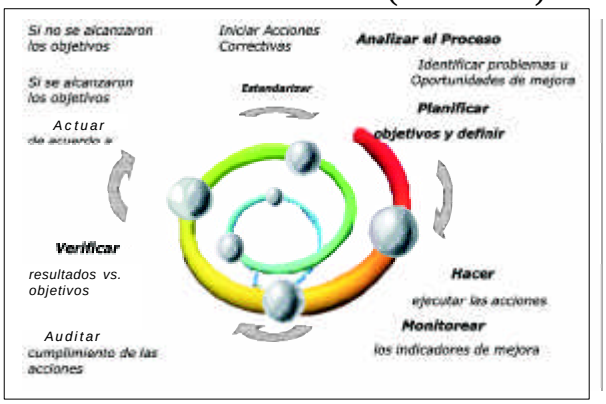
COMPETENCIA TÉCNICO-PROFESIONAL Y CALIDAD PERCIBIDA

· Desde el punto de vista administrativo, interesa la eficiencia, la mejor relación costo / beneficio y satisfacción de los pacientes.

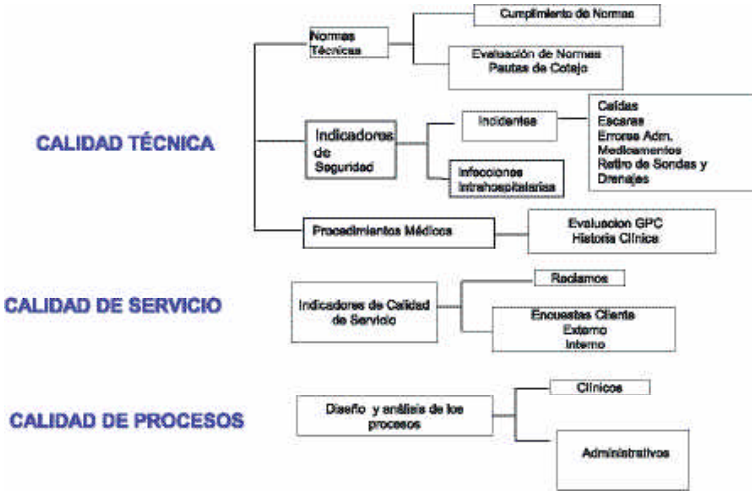
· Desde el punto de vista clínico, interesa la relación riesgo / beneficio y la calidad del proceso en relación a estándares basados en evidencia científica.

· Desde el punto de vista del paciente-cliente interesan los resultados.

NUESTRA METODOLOGÍA (DEMMING)



INDICADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN



1- INDICADORES DE CALIDAD TÉCNICA

Objetivo:

Evaluar a través de un seguimiento sistemático de las prácticas clínicas que permitan:

1. Asegurar resultados a través del cumplimiento de normas
2. Definir programas de mejora continua para la disminución de incidentes
3. Mantener o mejorar la efectividad de la atención

Fuentes de Información

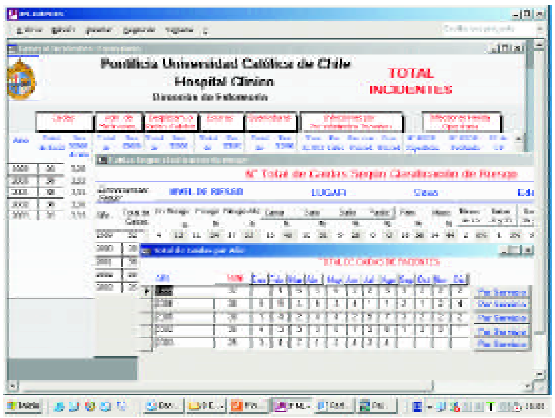
1. Evaluaciones de Cumplimiento de Normas Técnicas
2. Registro de Incidentes
3. Evaluación de guías clínicas, registros clínicos

Año:		2001	2002	2003
Catéter Urinario Permanente	Cumplimiento Gral.	94%	85%	94%
	Nº de Obs.	181	151	181
Catéter Venoso Central	Cumplimiento Gral.	85%	72%	94%
	Nº de Obs.	134	186	139
Catéter Venoso Periférico	Cumplimiento Gral.	80%	83%	85%
	Nº de Obs.	446	389	542
Norma Lavado de Manos	Cumplimiento Gral.	48%	52%	61%
	Nº de Obs.	300	320	550
Técnica de Lavado de Manos	Cumplimiento Gral.	52%	42%	38%
	Nº de Obs.	339	319	573
Material Corto-punzante	Cumplimiento Gral.	85%	97%	98%
	Nº de Obs.	178	203	317

1.2 INCIDENTES DE ENFERMERÍA

$$\text{Tasa} \quad \frac{\text{n° Incidentes} \quad \text{X } 1000}{\text{N° Días cama ocupados}}$$

pantalla 1



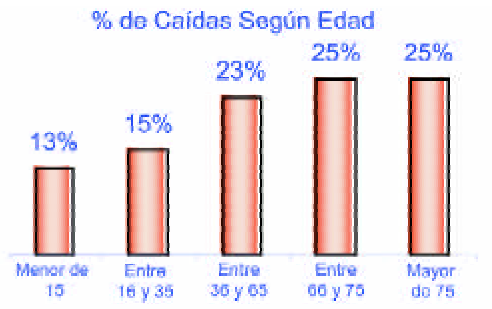
	Caídas	Desplazamiento de Catéter	Error Administración de Medicamentos	Escaras	Quemaduras
2001	0.35	0.02	0.11		0.01
2002	0.36	0.65	0.66	0.11	0.01
2003	0.33	0.71	0.56	0.13	0.04
2004	0.29	0.53	1.27	0.12	0.08

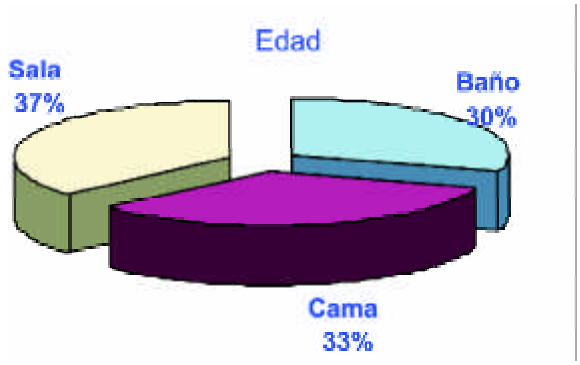
CAÍDAS PACIENTE HOSPITALIZADO

Tasa: 0.33 Caídas / 1000 días cama (US$ 1.000 /año)

Total caídas 2003 : 38

Consecuencias	
Herida	1%
TEC	1%
Fractura	1%
Alteración Signos Vitales	5%
Golpe con Equimosis	6%
Herida Cortante	8%
Golpe Sin Lesión	79%





PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS PACIENTE HOSPITALIZADO

1. EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS

Escala	Conciencia	Eliminación	Movilidad	Farmacos
Sin Riesgo	Alerta	Continente	Completa	
Riesgo	Desorientado Coma	Incontinencia Ocasional	Limitada Post-op Inmediato	Antidepresivo Diuréticos Vasodilatadores Hipoglicemiantes Antihipertensivos
Alto Riesgo	Confuso Agitado	Incontinencia Frecuencia Catéter Urinario Drenajes	Debilidad Muscular Extrem. Inferiores Amputación Vértigo Sicofármaco	

Pacientes > 75 años **Antecedentes de caída previa**

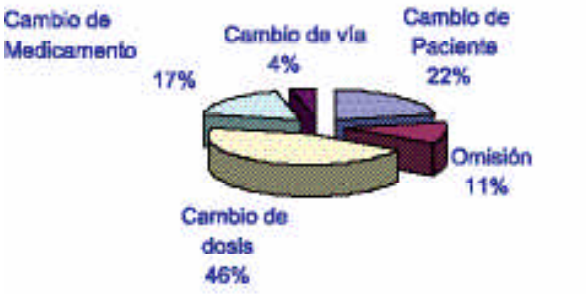
PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS PACIENTE HOSPITALIZADO

2. MEDIDAS PREVENTIVAS

NIVEL	**MEDIDAS 8-20 HRS**	**MEDIDAS 20-8 HRS**
SIN RIESGO	Visita enfermería habitual	Subir barandas
RIESGO	Subir barandas Levantarse con aviso enfermería Visita frecuente enfermería registrada	Mantener igual
ALTO RIESGO	Subir barandas Levantarse con aviso enfermería Visita frecuente enfermería registrada Colocar faja de contención (SOS)	Subir barandas Levantarse con aviso enfermería Visita frecuente enfermería registrada. Colocar faja de contención (SOS) Información de riesgo a flia.. Acompañante

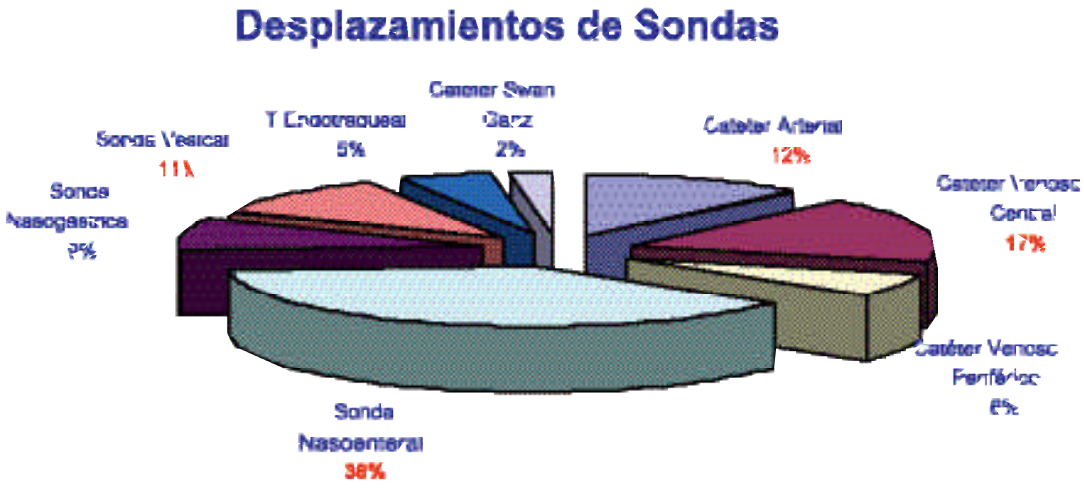
ERRORES ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS

Tasa: 0.56 Incidentes / 1000 días cama
Total errores 2003: 40 US$ 5.000 / año



AUTORRETIRO, DESPLAZAMIENTO DE CATÉTERES

Tasa: 0.71 Incidentes / 1000 días cama US$ 5.000 / año
Total 2003 : 68



1.3 EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Total pacientes: 345 (2003)
Criterios de inclusión:
•Vía de ingreso: programado (excluye vía urgencia)

	X	D. est.
Estadía	2,3	1,2
Estadía preoperatoria	0,2	1,5
Gasto facturado	$ 1.197.496	661.581

Efectos adversos		
Descripción CIE 9 CM	**Tot. Pac.**	**Días estada**
Arritmias cardíacas durante anestesia	1	9
Complicación quirúrgica respiratoria	1	9
Hemorragia que complica un procedimiento	1	5
Otras complicaciones especificadas	1	13

1.3 CUMPLIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

Descripción: Porcentaje de cumplimiento en la historia clínica del conjunto de aspectos considerados básicos.

1. Aspectos Prácticas Docentes		2003	2004
Antecedentes Generales		84%	83%
Antecedentes Relevantes		94%	89%
Examen Físico General (Signos Vitales)		65%	91%
Examen Físico Segmentario		80%	98%

2. Aspectos Acreditación Hospitalaria		2003	2004
Ingreso	Hipótesis diagnóstica	94%	97%
	Motivo de consulta	96%	98%
Egreso	Epicrisis	52%	91%
Evolución Clínica	Evolución y Plan de Atención	88%	96%
Protocolos	Operatorios y/o específicos	79%	90%
	Visita pre-anestésica	42%	81%
	Consentimiento Informado	67%	96%

2. Indicadores calidad de servicio:

Objetivo:

Conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes de los procesos clínicos o administrativos.

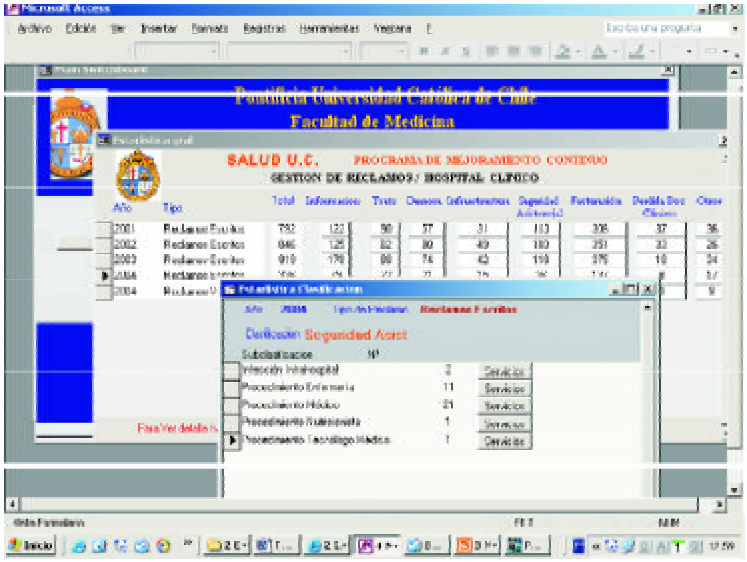
1. Conocer lo que los pacientes valoran y en la proporción adecuada
2. Definir programas de mejora continua
3. Fidelizar a nuestros clientes
4. Mejorar los resultados económicos

Fuentes de Información

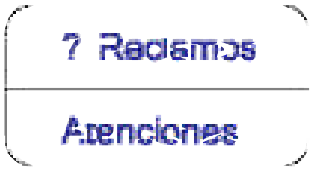
1. Reclamos
2. Encuestas de Satisfacción Cliente Externo
3. Encuestas de Satisfacción Cliente Interno

2.1 Reclamos se Registran Sistemáticamente

Reclamos Recibidos



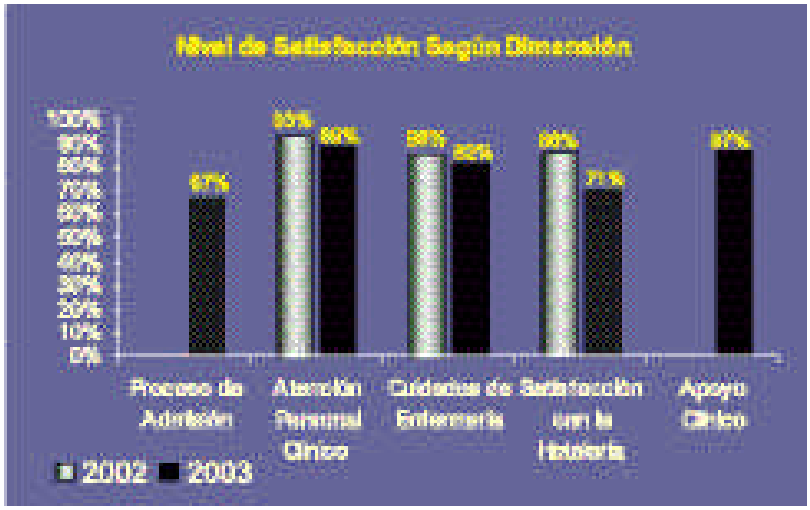
Índice atenciones (Egresos + Consultas Urgencia)



Año 2001	2002	2003	2004
Tasa 0,009	0,011	0.,012	0.015

ENCUESTAS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Opinión manifestada por los pacientes sobre aquellas dimensiones consideradas relevantes para evaluar el servicio que ofrecemos.



2.3. ENCUESTAS CLIENTE INTERNO

Evaluación de los Jefes de Servicios y Coordinadoras sobre aquellas características relevantes del servicio brindado por las Areas Administrativas y Laboratorios de Apoyo Diagnóstico.

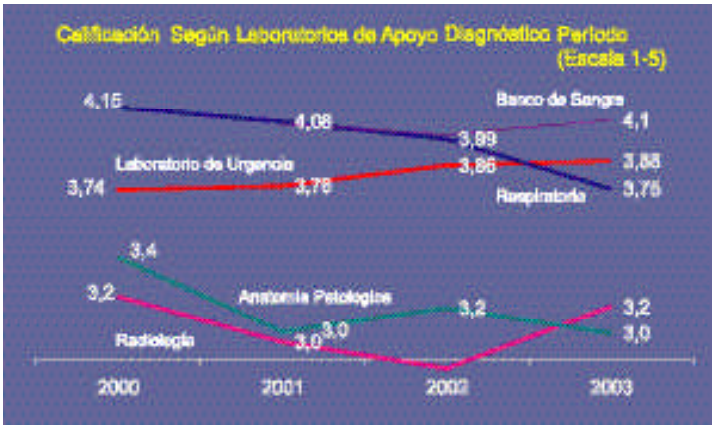
Atributos evaluados Áreas Administrativas

- Rapidez en el contacto inicial
- Rapidez en la solución del problema
- Confiabilidad del Servicio (Calidad)
- Disposición y Actitud del Personal

Atributos evaluados Laboratorios de Apoyo

- Facilitan soluciones
- Rapidez en emisión informes
- Actitud y disposición frente a requerimientos médicos
- Rapidez ante requerimientos

RESULTADOS EVALUACIÓN ENCUESTAS CLIENTE INTERNO



3. INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESOS OBJETIVO

Determinar la efectividad, mejorar la coordinación y comunicación (cliente-proveedor) de los distintos procesos que impactan la satisfacción del paciente, como en la gestión de la institución.

3.1 PROCESO DEL ALTA PERIODO ANUAL, MUESTREO SISTEMÁTICO

Impacto:

A- En la Gestión

Derivación de pacientes en urgencia a otros Hospitales

Suspensión de cirugías por falta de camas

Pérdida de pacientes de Urgencia por espera prolongada

Descoordinación de Enfermería

B- En el Paciente

Insatisfacción por espera en admisión o en el servicio de Urgencia

Insatisfacción por derivación a otro hospital

Medida de Desempeño del Proceso de Alta

1. Medidas Indirectas

Nº de Cirugías suspendidas por retraso

Nº de pacientes derivados a otros Hospitales.

Nº de Reclamos por espera en admisión (falta de cama)

Medida de Desempeño del Proceso de Alta

1. Medidas Directas	**Tiempo promedio**	**Desviación Std.**
Proceso de Alta (desde la indicación médica hasta dejar la cama en condiciones de ser ocupada).	2 hr. 30 min.	1 hr. 28 min.

Tiempos Según Etapa	**Tiempo promedio**	**Desviación Std.**
Tiempo entre Alta médica y llegada de Familiar	51 min.	1 hr. 25 min.
Tiempo entre Llegada de familiar y Egreso del Paciente	55 min.	1 hr. 27 min.
Tiempo entre egreso y solicitud de aseo	9 min.	8 min.
Tiempo entre solicitud de aseo y aseo OK	22 min.	58 min.

3.2 Tiempos De Espera Para Atención De Urgencia

Impacto en la Organización:

Pérdida de la oportunidad de atención en paciente que se retira, insatisfacción por la atención y pérdida de imagen

	En Sala de Espera	**Tiempo en Atención**
Tiempo Promedio	0:14	1:25
Tiempo máximo	2:32	2:32
Tiempo mínimo	0:00	0:00
Desviación Estándar	0:15	1:54

CONDUCTAS NECESARIAS

CAPITALICEMOS EL ERROR APRENDIENDO DE ÉL

DRA. MAY CHOMALÍ G
SUBDIRECTOR MÉDICO
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS
CLÍNICA LAS CONDES

Los errores humanos en medicina son inevitables, se producen inclusos entre los más destacados profesionales, practicando la medicina con los mejores estándares de calidad de atención. Los humanos cometemos errores por variadas y complicadas razones. Capitalizar esos errores aprendiendo de ellos, es crítico en el esfuerzo de mejorar la calidad de la atención, en especial la seguridad de nuestros pacientes.

Antes de iniciar la presentación es importante ponernos de acuerdo en lo que vamos a definir por Error en medicina.

Existen dos tipos de error, los que tienen las siguientes definiciones[1]:

Error de ejecución: el que se define como las fallas en alguna etapa del proceso de ejecución de un plan de atención física o mental definido para obtener los resultados esperados sobre el problema de salud del enfermo, y el

Error de planificación, fallas en el proceso de definición del plan de acción para resolver el problema de salud del enfermo.

Habiendo definido el Error en medicina, nos cabe preguntarnos ¿Qué significa Capitalizar el error?

Capitalizar el error significa que el error cometido tiene que trasformarse en información útil que nos permita evitar o anticipar un error similar en el futuro.

La preocupación por la calidad de la atención médica, en términos de seguridad para los pacientes no es nueva. En el año 1917 el Dr. Earnest A. Codman M.D. ya expresaba:

"Me han llamado excéntrico por decir en público que los hospitales, si quieren estar seguros de su mejoría de la calidad,

[1] Institute of Medicine, To err is human, building a safer health system.

- Deben conocer cuáles son sus resultados;
- Deben analizar esos resultados, para encontrar sus fortalezas y sus debilidades;
- Deben comparar sus resultados con los de otros hospitales;
- Deben aceptar la publicidad no solo por sus éxitos sino que también por sus fracasos".

En el año 2004, y después de 87, años estos dichos aparecen absolutamente vigentes.

Pero la preocupación real en el campo de la medicina por los errores en el ejercicio de la profesión, se produce desde la publicación del informe del Instituto de Medicina en el mes de marzo de 2000, titulado "To Err is Human Building a safer health system".

A partir de ese informe, que nos entrega variada información sobre magnitud, gravedad, y costos de los errores, además de adentrarse en temas sobre causas y formas de prevención, se han publicado gran cantidad de artículos en la literatura médica sobre el tema de los errores en el ejercicio de la medicina. Algunos apoyando el informe del instituto de medicina y otros que lo consideran una exageración y defienden a ultranza la actividad médica.

Independiente de lo anterior , ya nadie discute que los errores existen en la práctica médica, y lo que nos compete como profesionales de la salud no es entrar a defendernos por los errores cometidos, sino que un trabajo proactivo en la prevención.

¿Cómo capitalizar el error o qué se requiere para capitalizar el Error?

Para capitalizar el error se requiere cumplir con ciertas condiciones y/o etapas básicas que nos permiten efectivamente aprender de ellos. Estas etapas son:

1. Tomar conocimiento de los Errores que se producen dentro de cada institución.
2. Analizar el Error.
3. Poner en práctica acciones de prevención y control de nuevos errores similares.

Cada una de estas etapas, se entiende solo en un contexto de una cultura organizacional de calidad que promueva la seguridad de los pacientes.

1.- Tomar conocimiento de los errores

La identificación y reporte de los eventos adversos incluyendo aquellos que resultan de un error médico, es crítico en el esfuerzo por mejorar la calidad de la atención.

Tomar conocimiento de los errores que se producen en la práctica médica diaria no es fácil, existen elementos externos e internos que dificultan enormemente esta tarea.

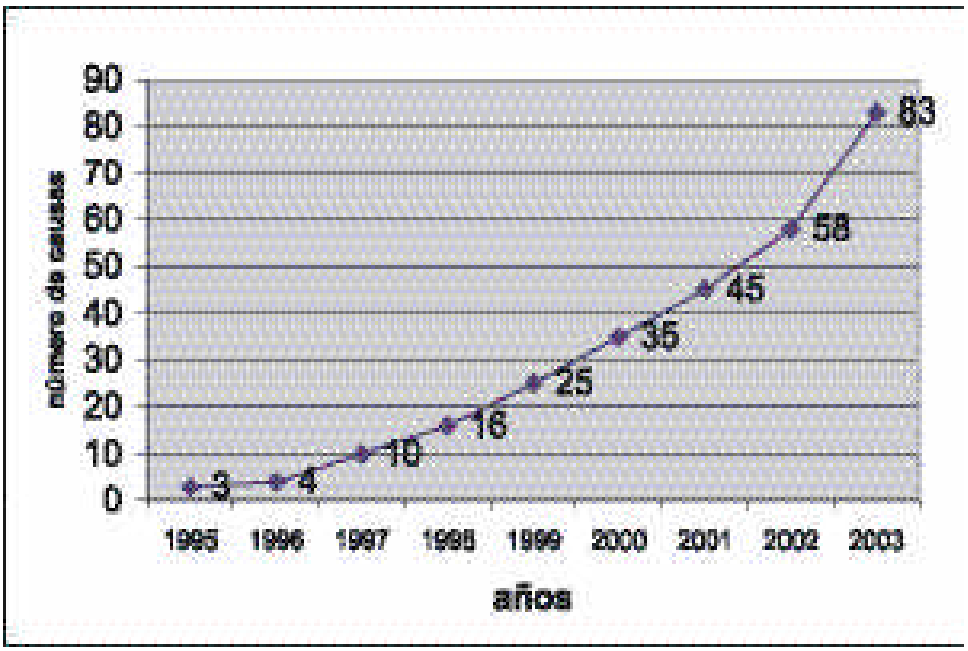
Dentro de los elementos externos podemos reconocer:

Una amenaza constante de los medios de comunicación social, que lucran con el morbo de las supuestas negligencias médicas. Ya nadie se sorprende de titulares de prensa del estilo: Querella por presunta negligencia médica, Investigan la muerte de dos recién nacidos en una maternidad, y muchos otros.

Otro elemento importante, es el aumento exponencial que han tenido las querellas criminales en contra de los médicos, estadísticas aportadas por FALMED (Fundación de asistencia legal médica), muestra que el año 1995 ingresaban 3 querellas promedio al mes, versus 83 ingresos en el año 2003.

Tabla 1

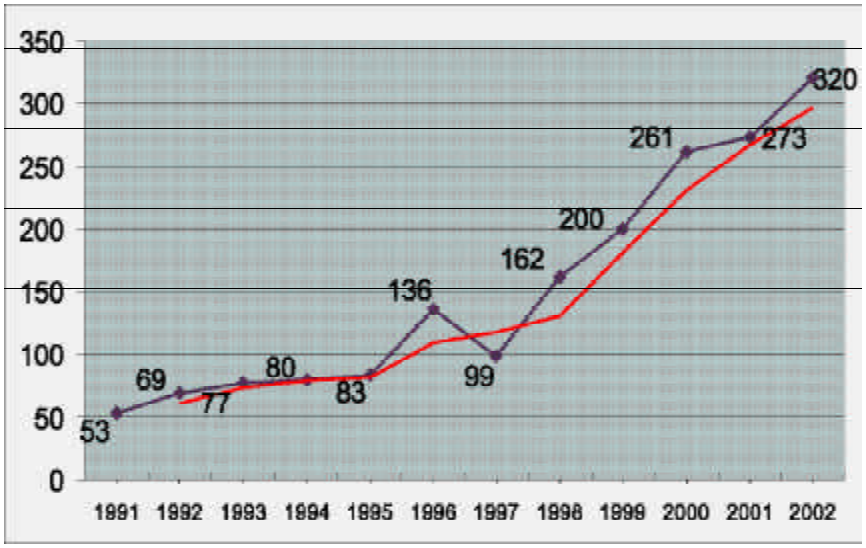
Número de causas ingresadas a Falmed por mes. 1995-2003



En este mismo orden, los peritajes médicos legales solicitados al Servicio Médico Legal, han tenido un crecimiento exponencial desde el año 1991 al año 2002, últimas cifras disponibles, como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2

Peritajes Médico-Legales S.M.L. 1999-2002



Por otro lado se ha creado en torno a las querellas por presuntas negligencias médicas, toda un industria, donde se destacan la de los abogados querellantes, y la de los seguros de responsabilidad civil médica.

Como tercer elemento podemos distinguir que nos encontramos inmersos en una sociedad en que los pacientes están cada vez más informados, ya que existe acceso a la información en forma rápida, y eficiente, y por ello más exigentes con la calidad técnica.

En cuarto lugar, identificamos que existen en la sociedad actual altas expectativa en los resultados de los procedimientos médicos, expectativas generadas por el mismo sistema de salud, donde solo se muestran los éxitos, y jamás se habla de los fracasos.

Un quinto elemento que podemos identificar es la naciente cultura del reclamo en la sociedad chilena, con leyes de derecho del consumidor, y leyes de deberes y derechos de los pacientes que invitan a los “consumidores” a defender sus derechos a través de las objeciones o reclamos por la calidad de los productos y/o servicios recibidos, poniendo las atenciones de salud en el mismo nivel de otros servicios y/o productos del tipo “comodity”.

En sexto lugar y como último elemento externo que dificulta el reconocimiento de errores es el de la cultura del rechazo al sufrimiento y la adversidad, sentimientos generalmente asociados a los errores, tanto en las personas que los padecen como en aquellos que los producen.

Estos elementos aquí enumerados someramente, dificultan generar las culturas necesarias para el reconocimiento de errores, que, como ya se decía anteriormente, es el paso fundamental en el aprendizaje, principalmente por el temor del cuerpo médico, a la censura, a la recriminación social, y a verse envueltos en escándalos mediáticos, a los cuales no estamos acostumbrados.

Se identifican además elementos internos dentro de las instituciones, en el ámbito médico propiamente tal, que dificultan el conocer los errores, en este sentido la cultura organizacional juega un rol crítico en cómo se detectan y manejan los errores.

Un ejemplo de lo anterior se refleja muy bien, en un estudio aparecido recientemente en JAMA, de diciembre del 2003, Vol 290, Nº 21, cuyos resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 3

Discusión de errores médicos en las conferencias de morbimortalidad

Discusión	Medicina, 100 casos de Eventos adversos	Cirugía, 232 casos de Eventos adversos
Como un error explícito	4	35
Como un error implícito	6	50
Como otro diferente a un error	6	19
No discutido	5	7
Total de casos con error	**21**	**111**

Lo anterior nos demuestra que a pesar de estar concientes de que hubo un error en la práctica clínica, solo somos capaces de hablar de ellos explícitamente en un reducido porcentaje de los casos, 19% en los casos médicos y en un 31,5% en los casos quirúrgicos.

Lo anterior se puede explicar en nuestra cultura de país, porque en nuestras instituciones predomina una cultura organizacional en la cual el énfasis está en la autonomía de la acción, de responsabilidad individual, y en la creencia de que si un error ocurre, se trata de una falencia personal y profesional del individuo.

Esta práctica es poco amigable en un programa de prevención de errores, por cuanto el equipo profesional intentará ocultar los errores cometidos para no ser responsable y por ello sancionado, perdiendo cada vez una oportunidad de mejorar.

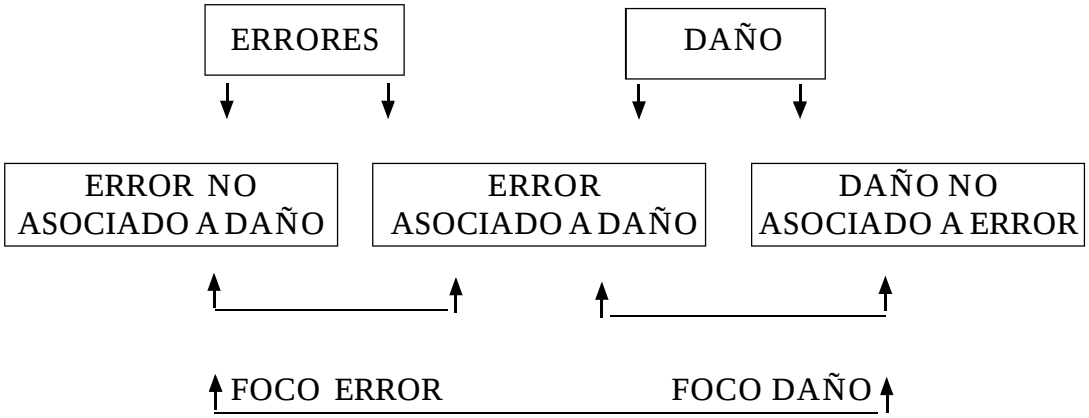
Estos programas se ven afectados además por una respuesta individual apoyada en la lógica judicial, en que la responsabilidad solo se asume cuando se ha producido un daño. Esta visión judicialista de los hechos dificulta conocer los errores, por cuanto no se asumen por el solo hecho de no haber producido daño.

En tercer y último lugar, el conocer los errores se dificulta ya que en muchas oportunidades es en extremo complejo definir un Error en el contexto de la atención médica, sobre todo cuando las probabilidades de complicaciones, dada la enfermedad de base, juegan un rol importante.

En esta perspectiva se deben diseñar programas de Vigilancia de Eventos Adversos, definiendo evento adverso como un evento o resultado no esperado, que es imputable a la atención médica y no derivado de la enfermedad de base.

· QUE PUEDEN O NO PRODUCIR DAÑO
· QUE PUEDEN O NO DEBERSE A ERRORES

Ilustración 1



FOCO EN LA SEGURIDAD

Estos eventos adversos, con o sin daño, atribuibles o no a un error, como se ha dicho, pueden ser imputables a factores humanos, factores organizacionales o factores técnicos. En el contexto de un programa de gestión de riesgos cada uno de estos eventos tiene importancia per se:

ERROR NOASOCIADO A DAÑO: Conocer este tipo de Eventos nos permite, trabajando sobre los elementos que permitieron que ese error se produjera, evitar un error similar en el futuro, que sí puede producir daño en otro o en el mismo paciente.

ERRORES ASOCIADOS A DAÑO. Al igual que el anterior, la primera preocupación es evitar que se produzca un error similar en el futuro, y además nos deben preocupar en el contexto del paciente y médico legal, por cuanto es un potencial caso para llegar a los tribunales de justicia.

DAÑOS NO ASOCIADOS A ERROR. Si bien son daños no evitables, su importancia radica en que un mal manejo individual del caso, desde el punto de vista de las comunicaciones, pueden desde la perspectiva del paciente transformarse en error asociado a daño, y por ende un riesgo médico legal para el médico.

Lo importante es incorporar a los sistemas de vigilancia todos los tipos de eventos adversos, con el objeto de no poner el foco en el ERROR o en el DAÑO, sino que en la SEGURIDAD de los pacientes.

Existen múltiples fuentes de información sobre los errores en medicina; entre ellas destacan:

•Reporte de eventos adversos por parte de los profesionales de la salud o quien tome conocimiento de él, y

•Búsqueda sistemática de eventos adversos en situaciones consideradas no esperables como son las reintervenciones quirúrgicas no programadas, los reingresos no programados, las reconsultas en los servicios de urgencia etc.

En el caso de los reportes, se obtendrán solo en la medida que los profesionales entiendan los objetivos de un programa de gestión de riesgos. Existen en los hospitales de Estados Unidos y europeos, diversas experiencias de reportes, cuyas diferencias radican en: Obligatorio vs. Voluntario, Reporte a una institución externa vs. al mismo hospital, Anónimo vs. Con identificación de quien reporta. No existe evaluación de cuál sistema es mejor, lo importante es generar las culturas entre los profesionales de reportar este tipo de eventos.

Para la búsqueda sistemática se requiere de mecanismos predefinidos en términos de dónde buscar, y qué buscar en los registros clínicos, que nos permitan reconocer Eventos Adversos.

2.- ANALIZAR EL ERROR O EVENTO ADVERSO

Existen en la literatura múltiples descripciones de formas de análisis de los errores, como lo son los diagramas causa efecto, o diagrama de ISHIKAWA[3], y el RCA, “Routh Cause Analysis”, o análisis de causalidad[4], que es el que se presenta en este documento.

El análisis de causalidad comprende cuatro etapas fundamentales, o preguntas que se deben responder:

1. ¿Qué sucedió? En esta etapa lo que se pretende es describir cronológicamente los hechos, y el desenlace del evento; en esta etapa no se permiten opiniones ni juicios de valor.

2. ¿Cómo sucedió? En esta etapa se intenta identificar los errores cometidos en el proceso de atención médica.

3. ¿Por qué sucedió? En en esta etapa se intenta identificar los factores que contribuyeron a la producción del evento, respondiendo sobre factores humanos, técnicos u organizacionales.

4.- ¿Cómo se puede hacer más seguro? En esta etapa se pretende identificar las medidas que se deben tomar, para que ese proceso se pueda hacer más seguro.

Este análisis permite, como elemento fundamental, pesquisar las circunstancias que permitieron que se produjera el Error como inicio de una prevención de error futura.

Esta etapa se entiende solo si es un trabajo conjunto entre las unidades respectivas a cargo de la calidad de la atención y los que participaron del evento; no se entiende si no se incorpora a los que estuvieron alrededor del caso.

3.- Poner en práctica acciones de prevención y control de nuevos errores similares

Esta etapa solo se puede lograr si hemos sido capaces de identificar las causas que permitieron que ese Evento adverso debido a un Error, se produjera.

Las acciones de prevención deben tender a resolver el problema detectado, y serán de diferente índole:

Si es factor humano: se requerirá capacitación, entrenamiento u otros.

Si es factor organizacional, se deberán revisar las normas de procedimientos u otros.

---

[3] Modèle de gestion de risque en etablissement de la santé, organisation, methodes et outils DHOS, Ministère de l´emploi et de la solidarité. France.

[4] N. England J. Medicine 348,11 www.nejm.org March 13, 2003. Undesnrtanding and Responding to Adverse Events.

Si es un factor técnico se deberá resolver revisando si las tecnologías que hemos puesto a disposición de nuestros pacientes se encuentra en condiciones de calidad para evitar eventuales errores en el futuro.

Si bien no podemos cambiar la condición humana, la que es en sí compleja , sí podemos cambiar las condiciones en las que el humano trabaja, con el objeto de colaborar a que nuestros pacientes tengan la seguridad en la atención médica que se merecen.

En la situación actual del ejercicio de la medicina, capitalizar el error es más que una necesidad técnica, es un imperativo ético.□

TRANSMISIÓN DE LAS EXPERIENCIAS ADQUIRIDAS AL EQUIPO DE SALUD

MARIANA SILVA GARCÉS
DIRECTORA DE CALIDAD
ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

La demanda por alta calidad en el cuidado de la salud está aumentando y es garantizada. Las evidencias sugieren que la calidad en el cuidado de la salud puede mejorarse.

La gran oportunidad de mejorar los resultados de los pacientes en el próximo cuarto de siglo está probablemente no en el descubrimiento de nuevos tratamientos sino en el aprendizaje sobre cómo proveer en forma efectiva las terapias que se encuentran disponibles.

Para mejorar, los proveedores de cuidados de salud necesitan saber qué hacer, cómo lo están haciendo, y ser capaces de mejorar los procesos asistenciales. La habilidad para monitorizar el desempeño, el desafío actual en salud, es esencial para mejorar la calidad del cuidado.

Entre las exigencias cada vez mayores por un alto nivel de calidad, la seguridad es una de las dimensiones de mayor impacto en los servicios de salud. Las instituciones de salud deben saber gestionar el riesgo sanitario, focalizando la calidad de la atención en la seguridad de los pacientes, y deben destinar recursos en forma proactiva, poniendo énfasis en la prevención de la ocurrencia de eventos adversos, antes que en la detección cuando éstos se han producido.

Dentro de la responsabilidad que le cabe a las instituciones proveedoras de salud respecto a la seguridad, se encuentra la de velar por la seguridad del personal. Los recursos entonces deben focalizarse para procurar seguridad tanto en pacientes, como en profesionales y en la misma institución.

Para ello es clave impregnar a toda la organización en este cambio de enfoque. La mejor prevención se hace en la rutina diaria, promoviendo estilos de atención seguros.

El primer paso es sensibilizar a todo el personal asumiendo que los eventos adversos ocurren y van a continuar ocurriendo; sin embargo, si la organización se

hace cargo de ello con la certeza que un gran número de los eventos son evitables, los errores y/o eventos adversos que ocurran tienen que traducirse en información útil que pueda anticiparlos y prevenirlos en el futuro.

Un muy buen medio para cumplir lo anterior es obtener retroalimentación a través del registro y la medición, de tal forma que nos permita sacar lecciones de lo que hacemos y cómo lo estamos haciendo. Esta habilidad para monitorizar el desempeño es una competencia fundamental que debe desarrollarse en las instituciones para mejorar cualquier sistema. El personal y los profesionales deben comprender por qué es necesario medir y hacer registros y mediciones de lo cotidiano e importante; es lo que ayudará a determinar la calidad cuantitativamente, poniendo objetividad a nuestra percepción de la realidad y ayudándonos a tomar medidas de prevención.

La seguridad es responsabilidad de todos los niveles y a cada nivel le corresponde determinado ámbito de actuación. En la figura, nos encontramos con que en la base está lo más frecuente y a medida que se asciende en la pirámide se encuentran aquellos eventos que son de menor ocurrencia pero sí de mayor gravedad. Normalmente lo que vemos son los eventos adversos más graves, donde no es posible hacer prevención.

No querer conocer más que los accidentes, nos priva de una fuente de información para la prevención.

La medición

Para promover este nuevo estilo de atención orientada a la seguridad de pacientes y del personal, se necesita la participación de las personas. Las personas y no los datos mejoran los procesos y los resultados. Sin ellos no podemos hacer gestión del riesgo. El propósito de los datos es ayudar a comprender, controlar y mejorar los procesos y sistemas en los que trabajamos. En los sistemas está la base u origen de las causas que permiten que ocurran los eventos adversos.

Junto con la comprensión de la necesidad e importancia de medir, es fundamental el uso que se da a los datos que se obtengan. Las mediciones de calidad del desempeño deben usarse para chequear y aprender, no para juzgar y sancionar.

El Programa de Gestión de Riesgos

Con la Gestión de Riesgos se intenta mejorar la calidad asistencial mediante la disminución de las circunstancias que pueden causar daño al paciente (negación misma de la calidad), en relación a los servicios prestados.

Desde una mirada institucional, se debe diseñar y desarrollar un Programa de Gestión de Riesgos que se ajuste a los riesgos y características de cada organización.

El primer paso entonces, es identificar los riesgos propios de cada institución. Esto permitirá hacer conciencia de lo que ocurre al interior de la propia organización, y en este sentido es clave promover el registro de eventos adversos para determinar qué problemas vigilar. Inicialmente las principales fuentes de información serán el reporte de casos, especialmente reporte de incidentes críticos, los reclamos y las revisiones sistemáticas de situaciones definidas como no esperadas.

La vigilancia específicamente estará orientada a:

- Eventos adversos
- Complicaciones
- Iatrogenias
- Errores médicos y de enfermería
- Reclamos
- Análisis histórico de siniestros

El reporte de casos

Para que las personas participen activa y responsablemente, es necesario desde el inicio capacitar al personal y a los médicos en los objetivos de la Gestión de Riesgos. Junto con ello, es necesario consensuar lenguaje y conceptos relativos al tema, y promover la notificación basada en la confianza.

Es importante enfatizar que los errores ocurren en los sistemas de la organización, de modo que el análisis de casos estará focalizado en los sistemas y no en las personas. En este sentido es imprescindible crear conciencia sobre el potencial de aprendizaje de los "near-misses" o casi accidentes, es decir, aquellos incidentes que no ocasionan daño pero podrían hacerlo, utilizando el análisis de los propios casos y sacando lecciones de ellos para prevenir su repetición.

La recolección de datos de incidentes permite determinar fallas que, si son aisladas, no tendrán consecuencias graves, pero asociadas pueden conducir a accidentes.

Su conocimiento permite prevenir accidentes evitando la ocurrencia de fallas mediante procedimientos específicos y otorgándole formación específica a los profesionales.

El reporte de casos realizado como fuente de aprendizaje interno en la organización y utilizado en un clima de confianza, permitirá identificar a los profesionales de mayor riesgo; las áreas y servicios más vulnerables, y las consiguientes medidas de intervención; los motivos de reclamos; las especialidades médicas más afectadas; los pacientes y diagnósticos con características de riesgo, y el manejo individual de cada caso; los procedimientos más riesgosos, identificando cómo hacer que éstos sean más seguros y en qué etapa del proceso asistencial es necesario tomar medidas.

La gestión de quejas y reclamos

Dentro de la gestión de riesgos sanitarios una de las primeras tareas que debe abordarse es la implementación de un sistema de captación y análisis de reclamos, de manera de identificar aquellos que involucran aspectos de riego en la atención sanitaria.

Un adecuado sistema de clasificación y análisis nos aportará valiosa información que nos oriente a la identificación de las causas raíces de los problemas que han originado los reclamos, de manera de tomar acciones que ayuden a prevenir su ocurrencia y a hacer una adecuada gestión de reclamos, especialmente de aquellos casos que pudieran aparejar demandas judiciales y/o económicas presentadas como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Las revisiones sistemáticas de situaciones no esperables y la difusión de resultados

Las principales revisiones y análisis de datos deben realizarse a partir de la observación y registro de la ocurrencia de las siguientes situaciones:

- Reingresos no programados
- Reintervenciones quirúrgicas no programadas
- Estancias inadecuadas
- Mortalidad potencialmente evitable

El registro de la información debe hacerse en forma centralizada, de manera de obtener una visión global del nivel y perfil de riesgos de la institución. Las revisiones deben ser hechas con los directamente involucrados y usar esta información para dar difusión a la organización.

La confidencialidad en el manejo de estos casos es clave para que se favorezca el clima de confianza y el aprendizaje interno.

La difusión del análisis de casos puede hacerse en reuniones clínicas conjuntas entre el o los departamentos involucrados y la unidad responsable de la Gestión de Riesgos.

Los resultados de estos análisis pueden darse a conocer al resto de los profesionales y jefaturas de otras áreas en reuniones formales, dándoles un uso responsable, profesional y coherente con el discurso de buscar oportunidades de mejora de los procesos asistenciales a través del levantamiento de los incidentes y eventos adversos que ocurren en la asistencia sanitaria, sin ánimo de sancionar ni juzgar sino de aprender y mejorar.

Tomar estas providencias en el manejo de cada caso facilitará un cambio de actitud de los profesionales y del personal frente al evento adverso, y sentará las bases para desarrollar programas de formación y capacitación continua que vayan ampliando progresivamente el nivel de comprensión respecto a lo que implica la Gestión de Riesgos en salud.

A medida que los profesionales de salud van participando activamente en este proceso de cambio dentro de la organización, van evidenciándose los riesgos que están presentes en la rutina diaria, en la relación con los pacientes; se asume responsable y proactivamente la probabilidad de que los procesos asistenciales pueden fallar, en cuáles etapas, por qué ocurren las fallas, y cómo podemos hacer que éstas no ocurran y poder ofrecer una asistencia más segura a los pacientes y a los propios profesionales.

El manejo de casos

Desde el inicio de una estrategia de implantación de un Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios, debe promoverse una metodología que facilite una oportuna identificación, análisis y tratamiento de los riesgos. Para ello es fundamental contar con una notificación temprana y rápida de cada caso que se presente, lo que dependerá de la actitud del o los profesionales involucrados. La implantación de este Programa moverá a la organización hacia un cambio cultural si ésta se cumple teniendo en cuenta las consideraciones analizadas anteriormente.

El análisis conjunto de las implicancias de cada caso, la gravedad del evento, el tipo de paciente, la relación médico-paciente, la relación médico-establecimiento, serán algunas de las variables que permitirán conocer los riesgos a que se enfrenta la institución sanitaria en el desarrollo de su actividad, los riesgos a los que se enfrenta el profesional en su trabajo, y los procedimientos médicos, quirúrgicos, o de enfermería que originan siniestros. Es recomendable buscar la mayor participación posible de los profesionales, analizando los casos propios, ya que son los que mejor conocen de los riesgos a que se exponen ellos y sus pacientes, y de ellos también dependerá la notificación de incidentes antes que se produzcan accidentes.

El análisis de los riesgos en cuanto a frecuencia y gravedad de los siniestros, y una evaluación que permita establecer prioridades de los riesgos que hay que afrontar, podrá dar claridad respecto de cuál es el tratamiento más adecuado a cada caso.

Un paso obligado y final en el manejo de casos es el seguimiento y retroalimentación. En la medida de lo posible, la monitorización y cuantificación de los resultados obtenidos será el mejor argumento para demostrar que la seguridad puede mejorarse y con ello podemos ofrecer un mayor nivel de calidad a nuestros pacientes, y prácticas profesionales más seguras para quienes prestan la asistencia, junto a un adecuado control de los costos de la institución.

La integración de la Gestión de Riesgos en la organización

La Gestión de Riesgos debe proyectar la planificación, el diseño y la estandarización de los procesos asistenciales, así como la formación en gestión de riesgos del personal de la institución. En este sentido, un aspecto crítico que hay que tener presente es la existencia de coherencia entre el Plan Estratégico de la institución y el Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Deben darse a conocer entre los profesionales cuáles son los procesos del sistema de gestión de riesgos y cómo se monitorizarán.

Podemos distinguir entonces diferentes niveles de actuación, ámbitos de responsabilidad e involucramiento en cada organización.

A nivel de los directivos, les compete la asignación de un presupuesto que permita llevar a cabo las distintas actividades incorporadas dentro del programa, como también brindar su apoyo al desarrollo de sistemas de información sobre los riesgos y políticas de formación en la materia.

A nivel de las jefaturas o responsables clínicos, su actuación se relaciona con la participación en programas de formación y capacitación, el desarrollo de procedimientos específicos de trabajo, protocolos y guías de práctica clínica que favorezcan el desarrollo de procesos asistenciales más seguros, asignar actividades asistenciales de acuerdo a las competencias de los profesionales, y realizar análisis de reclamos y observación de fallas.

A nivel de los profesionales, su involucramiento debe estar en la participación en programas de formación en la materia, el cumplimiento de procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica acordadas en el centro asistencial, desarrollar competencias profesionales en materia de gestión de riesgos y, lo más importante, comunicar los incidentes que ocurran.

La implantación e integración de la gestión de riesgos debe ir precedida de un marco normativo adecuado, que establezca las bases generales y el contexto que la propia institución ha decidido para abordar este aspecto de la gestión, que debe estar explícitamente enmarcado por los planes estratégicos y corporativos de la institución.

Visto de esta forma, el Programa de Gestión de Riesgos Sanitarios debe relacionarse con proyectos que garanticen excelencia de los servicios, satisfacción de las necesidades de los clientes, reducción de costos, y garantía de que la práctica médica se ajusta en todo momento a patrones de calidad científico-técnica idóneos y permanentemente evaluados y monitorizados.□

REFERENCIAS

- Martínez López F.J., Ruiz Ortega J.M. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. 2001.
- Pronovost P.J., Nolan T., Zeger S., Miller M., Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? The Lancet. Vol 363. Marzo 2004.
- Vincent C., Understanding and responding to adverse events. The New England Journal of Medicine. Marzo 2003.
- Kevin G.M., Volpp M., Grande D. Residents' Suggestions for Reducing Errors in Teaching Hospitals. The New England Journal of Medicine. Febrero 2003.
- Saturno P.J., Quintana O., Varo J. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. 1997.
- The Joint Comission on accreditation of healthcare organizations. Manual de acreditación para hospitales. 1996. Fundación Avedis Donabedian.

AUDITORÍA MÉDICA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CONFLICTO MÉDICO

GUSTAVO RENCORET SILVA
MÉDICO CIRUJANO; VICEPRESIDENTE ASOCIACIÓN CHILENA DE DERECHO SANITARIO;
AUDITOR MÉDICO INTERNO CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO DE CHILE.

Nos corresponde tratar aspectos de la Auditoría Médica, la gestión de riesgos y las instancias de mediación, conciliación y arbitraje en la prevención y solución del conflicto sanitario.

Los aspectos relacionados con la responsabilidad médica y el aumento de demandas por resultados adversos y/o por reales o supuestas negligencias médicas, son temas que han estado siempre presentes, con una exacerbación en las últimas décadas generando un incremento de costos y preocupación en el ámbito de los prestadores de servicios sanitarios. Nuestra idea es poder aportar una nota de optimismo y esperanza, transmitiendo nuestra experiencia en Clínica Alemana, no tener que hacer una medicina defensiva que es ingrata, sino implementar medidas destinadas a una mejoría continua de la calidad de las prestaciones en salud, junto a una mayor humanización y seguridad de éstas a través de la instalación y perfeccionamiento de un programa de auditoría médica, dentro del cual están la prevención y detección de riesgos, la gestión de los reclamos y el manejo precoz de conflictos que puedan surgir en el proceso de atención de pacientes.

EXPERIENCIA DE UN MODELO

Desde hace 8 años hemos definido a la Auditoría Médica como una instancia preocupada del mejoramiento continuo de la calidad, seguridad, humanidad y eficiencia de las prestaciones sanitarias que se otorgan en nuestras instituciones y esto, tratar de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas las personas que trabajan en cada una de nuestras clínicas y centros médicos.

Auditoría Médica es una instancia educadora más que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas como las positi-

vas para ir introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento continuos en cada uno de los procesos de atención para satisfacer las demandas de los pacientes y sus familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los clientes que acuden a nuestras clínicas.

Clínica Alemana de Santiago es una institución privada de salud sin fines de lucro donde trabajan 1.800 personas y alrededor de 500 médicos. Cuenta con 300 camas, 50 de ellas en unidades de paciente crítico, 18 pabellones quirúrgicos, un completo Servicio de Urgencia con residentes que cubren todas las especialidades las 24 horas, 66 consultas, más de 1.000 estacionamientos y equipamiento, tecnología y hotelería de la más alta calidad.

La Auditoría Médica tiene dependencia directa de la Dirección Médica y está compuesta por un médico auditor, un médico auditor adjunto, una asistente, una secretaria y un auxiliar.

De acuerdo a cifras aproximadas, durante el año 2001 en Clínica Alemana se otorgó la siguiente cantidad de prestaciones:

- Hospitalización: 70.000 días/cama
- Egresos : 25.000 pacientes
- Intervenciones quirúrgicas: 20.000
- Consultas Servicio de Urgencia: 200.000
- Consultas Centro de Diagnóstico: 100.000
- Exámenes de laboratorio y otros: 500.000
- Exámenes de imágenes: 200.000
- Otras atenciones (KNT, Banco de Sangre, Vacunatorio, Odontología, etc.): 400.000

Si consideramos el volumen de actividades y lo relacionamos con el número de conflictos por reclamaciones de distinta magnitud, tipo y causa, manejados por Auditoría Médica con la asesoría legal, la tasa de estos afortunadamente es baja, no habiéndose judicializado ningún caso en los últimos tres semestres y con sobreseimiento de las causas anteriores, no existiendo sentencias condenatorias.

AUDITORIA MÉDICA

Concepto: La auditoría médica de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorías tradicionales que se realizan en otros campos del quehacer humano en cuanto a proceso, objetivos, evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continua que permite tomar

resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia.

La auditoría médica consiste en una evaluación sistemática, realizada por médicos, que compara las características o calidad de la atención brindada y observada, con la calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas.

Objetivos: En nuestro programa de Auditoría Médica nos hemos fijado los siguientes objetivos:

1. Incentivar el mejoramiento continuo en la calidad y calidez de las atenciones prestadas a los pacientes, privilegiando la excelencia, humanidad y seguridad de éstas.

2. Perfeccionar el sistema de atención, información, comunicación y relación con el paciente y sus familiares.

3. Mejorar la calidad, el manejo y seguridad de la ficha y documentación clínica.

4. Estimular la elaboración y revisión de guías clínicas, protocolos, flujogramas, manuales de procedimientos y procesos en los distintos Servicios y Unidades.

5. Favorecer un tratamiento descentralizado de situaciones, reclamos y conflictos, implementando manejo y soluciones a nivel local.

Tipos de auditoría: Cuando se escribe sobre la historia de las auditorías y a cuándo se remontan, siempre se puede reportar fechas anteriores. Personalmente creo que las auditorías son anteriores a la existencia del Hombre ya que, en el principio de los tiempos, según nos relata el Poema del Génesis, Dios creó el Universo en una forma planificada y organizada, teniendo cada criatura una función y una misión determinadas en el orden de la Creación, con lo que asistimos a la primera *Auditoria Prospectiva.*

Si continuamos en este ejercicio de revisar la Creación que se relata en el Génesis, al final de cada día se consigna «y vio Dios que estaba bien», lo que representa una *Auditoría Simultánea o Concurrente* con el proceso.

Continuando, vemos que al 7° día y, completada la obra, Dios descansó y «vio que todo lo hecho estaba muy bien» con lo que se nos configura una *Auditoría Retrospectiva.*

Difícilmente podemos encontrar una auditoría realizada antes que ésta. Lo anterior nos sirve para ilustrar que en la práctica de la Auditoría Médica podemos considerar:

1. *Auditorías prospectivas:* se realizan con visión de futuro para planear y organizar actividades generando recomendaciones con fines preventivos.

2. *Auditorías simultáneas o concurrentes:* se realizan coetáneamente con el evento para monitorización y control del proceso.

3. *Auditorías retrospectivas:* son realizadas con posterioridad a la ocurrencia de los hechos para su análisis y evaluación.

Está establecido el *proceso* que debe seguirse en la realización de cada auditoría médica en que pueden consignarse las siguientes etapas:

1. Recolección y examen de la evidencia.

2. Revisión metódica y crítica de ésta.

3. Análisis de los hechos, tratar de establecer la verdad y evaluar la concordancia entre lo actuado y lo adecuado o no a la Lex Artis Médica *ad-hoc.*

4. Conclusiones y recomendaciones

5. Elaboración de un informe detallado.

En mérito del tiempo de que disponemos, sólo se enunciarán los distintos *campos de acción* en que se compromete la Auditoría Médica:

1. *Aspectos educativos:* estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, permite la obtención de aprendizaje y experiencia.

2. *Aspectos técnicos-evaluativos:* a través de la calificación de acciones, conductas y procesos, implica un control de calidad y permite un mejoramiento continuo, introduciendo los cambios necesarios.

3. *Aspectos de investigación:* detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas y de adecuación a la Lex Artis Médica, facilita establecer y delimitar la responsabilidad médica.

4. *Aspectos normativos:* elaboración, revisión y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimientos, facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a éstas.

5. *Aspectos médico-legales:*

• cautelar que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes

- prevención de la mala práctica médica
- recomendaciones para el manejo de conflictos
- tratamiento de conflictos y eventos potencialmente indemnizables (E.P.I.)
- actuación en estrecha colaboración con la Asesoría Legal

6. *Aspectos éticos:* cautelar el fiel cumplimiento de las conductas de las personas conforme a las normas éticas y morales.

7. *Aspectos financieros y de mercado:* conociendo toda la información que proporciona la Auditoría Médica, se puede analizar la calidad, la relación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de la calidad.

La instalación de un programa de Auditoría Médica debe considerar los puntos anteriores y plantearse propósitos y objetivos claros que apunten a la calidad total de la atención médica. También deben establecerse las acciones específicas a través de las cuales se espera lograr los objetivos planteados:

1. Promover la creación y funcionamiento de procedimientos de auditoría de fichas clínicas en los distintos Servicios, Unidades y a nivel central en base a una muestra representativa seleccionada al azar con informe a los profesionales auditados.

2. Acogida y manejo a nivel de cada servicio de las observaciones, reclamos y situaciones que requieran de soluciones manteniendo una expedita y permanente comunicación con Dirección Médica y Gerencia.

3. Realizar reuniones de auditoría con los Jefes de Departamentos, Unidades y Servicios para evaluación permanente de la marcha del programa.

4. Elaboración de normas, guías clínicas, protocolos y manuales de procedimientos.

5. Confección de indicadores que permitan medir la eficiencia y calidad en el manejo de los pacientes.

6. Reportar y mantener informada a Auditoría Médica de cualquier problema que la jefatura de Servicio considere necesario en relación a la situación y manejo de determinados pacientes.

7. Realización de reuniones de auditoría clínica de Calidad-Seguridad o morbimortalidad para análisis de casos que dejen algún tipo de enseñanza al grupo.

8. Participación en la gestión y manejo de conflictos, para adquirir experiencia y expedición.

9. Realización de auditorías programadas, de acuerdo a cronograma establecido e intereses de la institución.

De esta forma, la Auditoría Médica se constituye en:

1. Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos preocupado de la calidad, calidez y seguridad de la prestación de atenciones y servicios en salud, lo que se alcanzará con el trabajo diario en la búsqueda de cumplir con los objetivos que hemos planteado y actuando en los diferentes campos que hemos enumerado anteriormente.

2. Una instancia de mediación, conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente o instituciones, en beneficio de los afectados e involucrados. A veces sólo basta escuchar y explicar para solucionar un conflicto.

3. Un sistema que más que sancionar, tiene un carácter preventivo, previsor del riesgo de error médico y reparador del mismo de orden no penal.

Lograr que la Auditoría Médica cumpla con los tres puntos anteriores y que los pacientes o sus familiares tengan una instancia institucional administrativa y técnica que acoja y trate en forma imparcial y justa los reclamos y contemple una forma de reparación oportuna y efectiva, ha sido una de nuestras metas, las que fueron planteadas tan sabiamente hace más de una década por el Presidente de la Excelentísima Corte Suprema de Justicia don Mario Garrido Montt.

En los párrafos anteriores hemos delineado los pasos y etapas, en términos generales, que habrían de seguirse para iniciar las actividades de Auditoría Médica en una institución prestadora de servicios de salud.

Ha sido una experiencia altamente gratificante para el trabajo realizado en la Auditoría Médica durante estos años, el hecho que frente a demandas por supuestos casos de negligencia médica, los magistrados instructores de los procesos hayan y estén solicitando los informes realizados por Auditoría Médica, para considerarlos como un antecedente digno de tenerse en cuenta y que puede servir de ayuda para la justa resolución y elaboración de dictámenes judiciales. Esta actitud de confianza por parte de los magistrados, compromete aun más la actuación del auditor médico dentro de un marco ético, de prudencia y de ecuanimidad.

La experiencia adquirida en los últimos ocho años y la comunicación e información del quehacer de la Auditoría Médica en Clínica Alemana en el ámbito de cursos y seminarios sobre Responsabilidad Médica, ha reforzado la idea de varios

magistrados, sobre la conveniencia de contar con una reglamentación intermedia que no tenga vinculación judicial para la resolución de conflictos, siendo partidarios de despenalizar e incluso desjuridizar los casos de error o negligencia médica. Es referido a este punto que podría plantearse la creación de comisiones de alto nivel nacional y regional de mediación, conciliación y eventual reparación por responsabilidad en situaciones de supuestas o reales negligencias médicas.

La Auditoría Médica, estando de acuerdo con esta necesaria y fructífera relación de la Medicina y el Derecho, pretende:

1. Reforzar el concepto de la Responsabilidad inherente al quehacer médico, la cual es ineludible.

2. Asumir esta Responsabilidad con entusiasmo y sin temor, actuando de acuerdo a las normas éticas y desarrollando las acciones médicas en un nivel de excelencia.

3. Actuar con Humanidad, con Mística en el trabajo, respetando y amando al prójimo en cada una de las acciones y a través del ejercicio y ejemplo de las virtudes.

4. Optimizar la Relación Médico-Paciente en el amplio sentido que la expusimos.

5. Prever para prevenir o disminuir los riesgos y tratar de evitar o minimizar los posibles daños por actos o errores médicos.

6. Reparar oportunamente el daño o contribuir a ello en el caso de complicaciones.

Si a todo lo anterior agregamos:

1. Un consejo jurídico ajustado a las normas del Derecho y de la Ética, evitando la proliferación de demandas y querellas sin suficiente fundamento.

2. Un manejo y tratamiento ético por parte de los periodistas y los distintos medios de comunicación evitando enfoques sensacionalistas en relación a casos de posibles negligencias médicas, podremos evitar llegar a una situación de deterioro de la relación médico - paciente, lo cual lleva aparejado un incremento inmanejable de los costos de las prestaciones en salud por el ejercicio de una Medicina defensiva, con solicitud de múltiples exámenes, a lo cual se puede sumar la amortización de costosas primas de seguros.

Como lo expresara brillantemente el profesor Enrique Cury, de la conservación de este delicado equilibrio dependerá lo mucho que la Medicina y los médicos podamos aportar en el presente y futuro para la solución y mejoría de los problemas de salud en nuestro país.

GESTIÓN DE RIESGOS. GESTIÓN DE RECLAMOS Y OTRAS SEÑALES. INTERVENCIÓN EN CONFLICTOS

Las empresas productoras de bienes y que ponen productos a disposición de las personas, tienen como meta la *Producción* de éstos, que sean de calidad y satisfagan al cliente. De la misma forma, las empresas que generan y venden servicios deben también en la Servicción, neologismo introducido para ser el paralelo con el término producción, satisfacer al cliente en el curso de la atención. Por esta razón, se han aplicado en las empresas de servicios, similares estrategias en cuanto al control, manejo y mejoría de la calidad que las utilizadas en las industrias productivas.

Un Hospital o una Clínica, como empresa prestadora de servicios de salud, debe tener como meta la calidad de la atención y lograr la satisfacción de sus clientes. Esto implica tener una Política y una Dirección Estratégica para el cumplimiento de la *calidad total* como sistema de pensamiento, guiado tras la búsqueda de la excelencia.

La *calidad total* es el conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global dirigidos a movilizar a toda la empresa, a fin de obtener la mayor satisfacción por parte del cliente al menor costo posible. Es un proceso de mejoría continua que puede obtenerse gracias al mejor conocimiento, gestión y control de todo el sistema, involucrando a todas las partes de la empresa.

Nos referiremos a la Gestión de Riesgos, a la Gestión de los Reclamos y de otras señales de alarma o alerta y por último a la Intervención en Conflictos, ya que todas estas acciones forman parte de la implementación de un sistema de *Manejo de la Calidad Total* en Instituciones Prestadoras de Servicios en el campo de la Salud, actividad en la cual es de trascendental importancia contar con Auditoría Médica y Auditoría Técnico-Administrativa.

I. GESTIÓN DE RIESGOS

Esta visión de servicio la seguimos manteniendo, pero por las circunstancias de expectativas crecientes, aumento de los reclamos, actitud menos dispuesta a tolerar deficiencias, errores y supuestas o reales negligencias y obtener ventajas económicas por parte de los clientes, no sólo en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios, sino en toda la gama de prestaciones de servicios con un aumento real de las demandas con fines indemnizatorios, es que, como un subproducto buscado de la Auditoría Médica, está también presente hoy disminuir los costos mejorando la eficiencia, eficacia de las prestaciones y haciendo una gestión de riesgos e intervención en conflictos, tomando resguardo para evitar los costos derivados de demandas por eventual mala práctica.

El quehacer médico propiamente tal y el sanitario en general, al considerar en forma más amplia las acciones que desarrollan cada una de las personas del equipo de salud, tiene como objetivo obtener resultados favorables, pero en un porcentaje variable de casos estos son adversos por diferentes motivos, algunos no previsibles ni prevenibles, pero otros sí podrían haberse evitado, como son algunos errores humanos o fallas de equipos. El futuro no se puede prever pero *sí* se puede programar.

En la A.M. es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, estimular la elaboración de protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos y desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria.

Aun de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso *juicioso* de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que se desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y Servicios de un hospital o clínica.

Si contar con los distintos instrumentos, analizados, medidos y evaluar sus resultados es importante, es de mayor trascendencia poder tomar conciencia de las deficiencias y errores para poder introducir las modificaciones que permitan corregir y mejorar la calidad y seguridad de los servicios; «el cambio no solo se produce al planificarlo sino también tomando conciencia de lo que no funciona».

Una vez expuestos los conceptos anteriores, quisiera explicar qué es lo que entendemos por *Gestión de Riesgos Sanitarios* dentro de las acciones de nuestra Auditoria Médica, entendiendo por tal, la utilización de todos los medios disponibles y de la información generada como un antecedente histórico, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer mejor los riesgos que existen y que se han presentado, con qué frecuencia, y su gravedad relativa en los diferentes procesos y procedimientos en los distintos Servicios y Unidades, tanto clínicas como administrativas. De esta manera se podrá disminuir los riesgos y sus consecuencias físicas, psíquicas y económicas en los pacientes, familiares y personal sanitario, cumpliendo así con la finalidad de mejorar la calidad, seguridad, humanidad, eficacia, eficiencia y disminuir los costos por reclamaciones.

Para ilustrar un ejemplo de gestión de riesgos sanitarios, utilizaremos el proceso seguido para la prevención del riesgo de caídas de pacientes mediante la elaboración, evaluación y periódica readecuación del protocolo de medidas de seguridad destinadas al efecto, el cual ha permitido:

- Establecer los factores de riesgo para identificar a los pacientes más expuestos

- Diseñar medidas de seguridad básicas y complementarias

- Confeccionar un formulario para la programación de medidas preventivas

- Elaborar un procedimiento para registro, análisis e informe de los casos

- Establecer conductas para el manejo de cada caso

- Medir y evaluar la información generada

- Readecuar el protocolo en caso necesario

El trabajo y monitoreo permanente del grupo de calidad que participa en este protocolo, ha permitido disminuir los eventos adversos, tanto en frecuencia como en gravedad, y conocer en qué Unidades ocurren, pudiendo exhibir una tasa de caídas de 0.42 por mil días/cama durante el año 2001 y de 0.38 en lo que va corrido del año 2002, que puede compararse muy favorablemente con otras tasas de ocurrencia reportadas. Similar proceso y resultados se han realizado y obtenido con el protocolo de prevención de error en la administración de medicamentos.

Disponer de cifras con tasas de indicadores de calidad, se transforma en un desafío comparable a lo que son los registros de rendimiento para los atletas; permanentemente hay que tratar de superarlos, esa es la meta.

GESTIÓN DE RECLAMOS Y OTRAS SEÑALES

Toda empresa, ya sea productora de bienes o de servicios, debe estar en constante cambio, adecuándose y adelantándose a las condiciones del mercado. El cambio no sólo se produce por planificación de éste, sino tomando conciencia de lo que no funciona. Por esta razón es necesario gestionar en buena forma los reclamos y observaciones de los clientes que son una de las dos señales externas, siendo la segunda señal, las encuestas de satisfacción a los clientes que deben ser elaboradas, analizadas y procesadas minuciosamente.

Los reclamos como signo o acto para atraer la atención de las personas sobre una cosa o hecho, serán la «señal de alarma» de que estamos frente a un conflicto real o potencial y deben ser considerados como tales, un llamado de atención que puede poner en evidencia y ayudar a detectar una falla o deficiencia en el servicio para poder introducir las modificaciones que permitan mejorar la calidad y prevenir así, potenciales problemas que pudieran haberse presentado de no haber tomado conciencia de la falencia y haberla corregido oportunamente.

Las «señales de alarma» las hemos dividido en:

Externas

1. - *El Reclamo* como «señal de alarma» puede ser la primera evidencia de un conflicto real o potencial y puede reportarse en diferentes formas:

a) *Verbal*

- Directo

- A nivel local: al proveedor a la jefatura

- A nivel central: Dirección Médica Gerencia

- Telefónico

- A nivel local: Jefatura local

- A nivel central: Dirección Médica Gerencia

Deben ser comunicados a Jefatura local y en caso necesario a Dirección o Gerencia.

b) *Reclamo Escrito (Registro)*

- A nivel local: Formulario foliado de Observaciones en Departamentos, Servicios y Unidades => Jefaturas

- A nivel central: Formularios foliados de Observaciones Centrales (por ej. Admisión y Centro de Diagnóstico)

FAX - reclamo

Carta - reclamo

Demandas o querellas

El reclamo como «señal de alarma» puede ser insuficiente, porque a pesar de que la impresión es que «la gente reclama por todo», no siempre se formaliza y pasa a ser una señal que no funciona.

2. - *El Sistema de Encuestas* de satisfacción a los usuarios después de prestados los servicios a nivel de Hospitalización, Servicio de Urgencia, consultas u otros lugares, es también un sistema de «señal de alarma» externa que debe y puede ser utilizada.

Internas

Por la razón anterior es conveniente y necesario desarrollar otras «señales de alarma» internas:

1. El sistema de libros de Turno y novedades en cada una de las Residencias.

2. El sistema de hojas de Accidente-Incidente del Dpto. de Enfermería que también cumple dicha función, siendo un procedimiento normado de detección y reporte precoz de cualquier hecho que se considere potencialmente conflictivo o potencialmente compensable (E.P.I) y que a través del manejo simultáneo, permite

bajarle el perfil o solucionarlo y sacar la experiencia útil luego de un análisis retrospectivo e implementar las medidas correctoras con una visión prospectiva para evitar la ocurrencia de hechos no deseables.

3. El sistema de Protocolos de prevención de caídas, de prevención en error de administración de medicamentos.

4. El sistema de control en infecciones intrahospitalarias a través del funcionamiento del Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

5. El sistema de Housekeeping que gestiona los reclamos originados en eventuales deficiencias de la hotelería y que pueden, como hemos visto, contaminar negativamente al total de la atención, comunicándolo a la instancia correspondiente.

6. El sistema de Seguridad y Vigilancia a través de monitorización y control interno con reporte a las instancias que corresponden.

7. Oficina de Relaciones Públicas que acoge y reporta a la instancia que corresponde los problemas que le han sido comunicados.

8. Todos y cada uno de los sistemas de señales de alarma deben estar planificados, normados, con elaboración de procedimientos e instrumentos y contar con personal capacitado para su adecuado reporte, manejo, tratamiento y resolución en la instancia correspondiente.

Una vez producida la condición o deficiencia que dio origen al reclamo, y registrado éste en los instrumentos destinados para tal efecto, deben seguirse las etapas de:

-Recepción y acogida empática al reclamante

-Auditoría (escuchar, anamnesis y registro)

-Análisis de lo sucedido (humano técnico, médico, jurídico). Distribución. Solicitud de informes a los involucrados

-Solicitud de auditoría técnica a expertos

-Revisión de bibliografía

-Manejo y tratamiento, trabajo en equipo

-Solución, medidas tomadas (explicación, completar tratamiento, reembolso, indemnización)

-Información al cliente

-Informe para archivo, enseñanza y aprendizaje

-Revisión y evaluación de la efectividad de las medidas implementadas

En todas y cada una de estas instancias es necesario contar con personal capacitado, ya que para una relación de ayuda y de servicio no bastan sólo los conocimientos técnicos y teóricos, sino que se necesita también tener una actitud empática y ser capaces de ponerse en el lugar de la otra persona.

Se necesita:

a) *Saber:* tener los conocimientos teóricos.

b) *Saber ser:* tener actitudes de aceptación, empatía y autenticidad.

c) *Saber hacer:* poseer habilidades, destrezas y técnicas relacionales para tener buenas relaciones interpersonales.

III. *Intervención en conflictos*

En la atención de cada paciente-cliente, se generan múltiples eventos que determinan contactos entre el usuario y las distintas personas prestadoras del servicio, en que, mirando éste como un todo, la falla de cada una de esas instancias como parte de la prestación global, puede generar un conflicto, un evento potencialmente indemnizable (E.P.I.) y contaminar negativamente al total de la prestación, haciendo que su calificación global sea negativa. Por esta razón es de gran trascendencia el comportamiento de todas y cada una de las personas que están involucradas en la atención del paciente y/o de sus familiares.

Siempre que se aborda el tema del conflicto en la prestación de servicios de salud, se hace referencia a la crucial importancia de la buena relación médico-paciente y es aquí donde debemos recalcar que ésta debe ser tomada en el más amplio sentido, involucrando a todo el personal que de una u otra manera se relaciona directa o indirectamente con el paciente, con sus familiares y con sus médicos tratantes. Este personal debe estar valorado con un justo reconocimiento, estimulado y motivado por la Jefatura correspondiente, ya que como hemos visto, el resultado final satisfactorio y la calidad, son un problema de todos, siendo la mejor prevención del conflicto, hacer las cosas bien.

Por sí sola la instalación de un sistema de calidad no asegura que necesariamente deba generarse una mejoría y que no se presenten conflictos. La calidad, si bien es cierto debe ser planificada, no se impone «desde arriba» y es el resultado del esfuerzo de todo el grupo debiendo originarse desde la base, pudiendo asistirse a un fracaso, si no se cuenta con el compromiso del grupo y con la motivación de cada uno de sus integrantes.

Del mismo modo que se ha mencionado el paralelo entre Producción y «Servicción», realizaremos un ejercicio, utilizando un diseño que hemos «medicalizado» para facilitar la gestión de conflictos, tratando de hacer un paralelo entre ésta y el manejo de enfermedades, que los médicos sí saben realizar.

Para poder intervenir en el curso de una enfermedad, hay que tener en cuenta:

1. *Conceptualización de la enfermedad*

- Que la enfermedad existe como tal
- Que hay diferentes tipos de enfermedades con diferentes cuadros clínicos
- Que hay distintas causas y que dan lugar a enfermedades de intensidad variable
- Que «existen enfermos, no enfermedades».
- Que siempre hay enfermedades emergentes.

Las mismas características son aplicables a los conflictos: existen, son personalizados y se presentan cada día situaciones nuevas.

2. *Sobre la prevención de enfermedades*

- Que es la medida de mayor rendimiento
- Que son de gran importancia especialmente, en algunas situaciones:
  - El control de la embarazada
  - El control de la embarazada de alto riesgo
  - El control de niño sano
  - La medicina preventiva
  - Los chequeos médicos
  - Los programas de crónicos
- Que hay que cuidar y orientar las conductas de las personas y de la comunidad
- Que las vacunas producen inmunidad para algunas enfermedades, no para todas, pero cada día existen más.

También en el conflicto se dan situaciones parecidas: la prevención es de gran rendimiento, deben hacerse recomendaciones respecto a conductas individuales y de grupo que implican riesgos. Es muy importante contar con normas y protocolos en distintos campos y la prevención debe orientarse a los lugares de mayor riesgo y

elaborando protocolos especiales. Los pequeños conflictos deben servir como «inmunizaciones» para generar los «anticuerpos y defensas» necesarios.

3. *La detección de enfermedades*

- Que la detección precoz es de gran rendimiento. Mejora el pronóstico en general.
- Que se deben considerar también los síntomas banales.
- Que hay que estar atento y ante la menor sospecha, investigar y pesquisarla, buscando con imaginación.
- Que frente a la sospecha, se deben solicitar exámenes.
- Que se deben emplear todos los conocimientos, habilidades y destrezas.

En la detección del conflicto, lo óptimo es la detección precoz, tomando en cuenta todos los reclamos, aun los banales.

4. *La comunicación y reporte con el médico*

- Que reportarse precozmente con un buen médico que tenga una visión general permitirá orientar al paciente para recibir la atención con la persona adecuada.

Similares beneficios se obtienen con la comunicación y reporte precoz del conflicto.

5. *El tratamiento y el manejo de la enfermedad y del enfermo*

- Que hay que tener conocimientos teóricos, habilidades y destrezas. Que es importante una buena acogida al paciente por parte del médico, relación empática.
- Que es de vital importancia la buena relación médico-paciente.
- Que se debe hacer una buena historia clínica y buen examen físico para evidenciar el problema.
- Que se debe hacer un buen registro de las acciones (Historia Clínica). Que hay que saber solicitar los exámenes complementarios, interconsultas a los especialistas, realizando un trabajo en equipo con manejo y atención global.

- Que hay que formular una Hipótesis Diagnóstica
- Que es importante la evolución en el tiempo con plazos acotados y lo más breves posibles.
- Que en la mayoría de los casos se puede confirmar la hipótesis diagnóstica y llegar a un diagnóstico definitivo.
- Que hay que estructurar un plan y manejo del tratamiento consensuado con los especialistas en caso necesario.
- Que en el tratamiento se puede requerir de diferentes medidas terapéuticas de distinta envergadura, llegando a las medidas heroicas de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.
- Que el mejor tratamiento es el que apunta a la causa, etiológico.
- Que además de las medidas terapéuticas específicas hay tratamientos sintomáticos que pueden calmar el dolor o bajar la fiebre.
- Que amén del tratamiento etiológico y sintomático, está el manejo general del enfermo.
- Que enfermedad que mejora, no mata.
- Que si el tratamiento es efectivo, el enfermo mejorará.
- Similares consideraciones son aplicables al tratamiento y manejo de los conflictos, con las adaptaciones necesarias.

6. *La solución de la enfermedad*

- Que una vez terminado el tratamiento y si éste fue efectivo, la enfermedad pasa.
- Que siempre se aprende y se sacan experiencias útiles.
- Que debe hacerse un resumen (Epicrisis) de lo sucedido.
- Que debe entregarse un carnet de alta al paciente con las explicaciones y tratamiento seguido.
- Que la solución de la enfermedad revaloriza al prestador.

Así también en la solución de los conflictos debe haber reparación, elaborándose a su vez un informe que permita recordar el evento, sacar las experiencias útiles y que sirva para el aprendizaje y docencia.

7. *Control ambulatorio (Revisión)*

- Que posteriormente debe ser necesario controlar al paciente con exámenes para ver la efectividad y perduración de los efectos del tratamiento.
- Que podrá ser necesario readecuar o complementar el tratamiento.

En los casos solucionados de conflictos, se deben auditar las nuevas medidas incorporadas, controlar su efectividad y complementar o readecuar en caso necesario.

Como vemos, cada una de las etapas que se siguen al enfrentar y tratar una enfermedad puede tener un equivalente en el manejo de conflictos.□

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DR. RODOLFO ARMAS MERINO
PRESIDENTE
ASOCIACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS DE CHILE

De acuerdo a informaciones emanadas del extranjero, especialmente de Estados Unidos de Norteamérica, y a la experiencia de quienes trabajan en el ámbito clínico, con frecuencia ocurren errores en el proceso de la atención de pacientes. Ellos pueden ser intrascendentes y ni siquiera detectados por el paciente o quienes han estado a cargo de su cuidado, pero también pueden ser muy graves y aun fatales. Estos episodios pueden ser de muy diversa naturaleza y muchos de ellos, pueden aparecer como eventos naturales o de normal ocurrencia, como infecciones intrahospitalarias, reacciones adversas a drogas que pudieron haberse evitado, caídas o retiro de sondas por conciencia obnubilada, etc.

En Chile no tenemos estadísticas nacionales sobre esta materia y las instituciones difícilmente harán públicas sus experiencias. No obstante, podemos presumir que en ningún caso la ocurrencia de ellos entre nosotros, es menor que la observada en otros países desarrollados que cuentan con mejor organización y mayores recursos para el trabajo médico.

La responsabilidad en estos eventos, cuya frecuencia se comprende por la complejidad de este tipo de trabajo y por la cantidad y diversidad de personas que participan en él, puede ser de una o más personas o de la institución donde ocurrió. Paradójicamente, aunque lo común es que ella sea institucional, habitualmente los afectados la atribuyen a la acción de personas.

Los impactos que estos hechos tienen o pueden tener son múltiples. El principal es sobre el paciente que puede demorar su curación o, lo que es peor, sufrir agravación de su afección. Pero también pueden afectar a quienes están a cargo del cuidado del paciente, desde el más modesto auxiliar hasta el más calificado profesional y a la institución donde ocurrió el hecho. Obviamente, estos episodios pueden ocasionar gastos que alguien ha de solventar, sean personas, el centro asistencial, compañía de seguros u otro.

Dentro del necesario afán de mejoramiento de la calidad de la atención médica, de la seguridad de los pacientes y especialmente, ante la frecuencia, gravedad e implicancias de este tipo de episodios, es preciso tomar y hacer tomar conciencia

acerca de su existencia y esforzarse por evitarlos y corregirlos oportunamente. Para ello se debe:

- Educar a informar de la ocurrencia de cada caso para analizarlo y corregir las causas que lo originaron,

- Proporcionar y enseñar a emplear guías o normas para la realización de procedimientos que encierran algún riesgo,

- Crear un sistema de auditorías que permitan pesquisar casos no denunciados o no reconocidos como tales,

- Asegurar la mantención de equipos y la revisión periódica de sistemas y procedimientos.

Cada error detectado debe ser una oportunidad para mejorar la calidad del trabajo de atención de pacientes.□