

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

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

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

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

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

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

Dr. Fernando Otaíza O’Ryan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

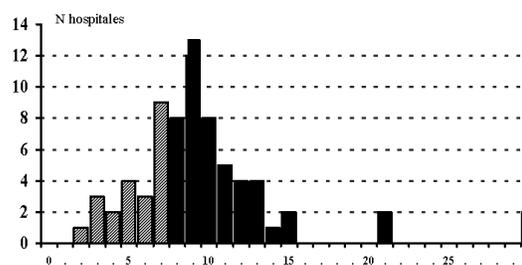


Figura 1. Uso de Nutrición Parenteral

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

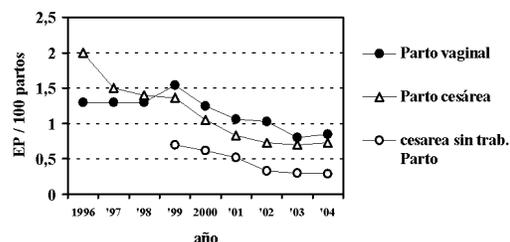


Figura 2. Endometritis postparto y postcesárea

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

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

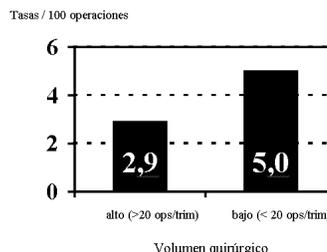


Figura 3. Ventilación mecánica y neumonía

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

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

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

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

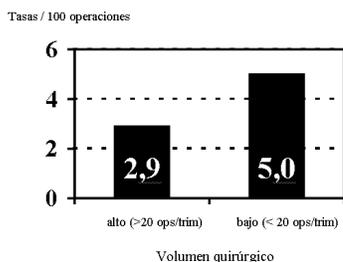


Figura 4. Infecciones en operaciones de prótesis de cadera. Chile 1999

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

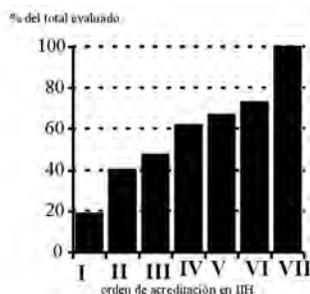


Figura 5. Hospitales acreditados según evolución.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

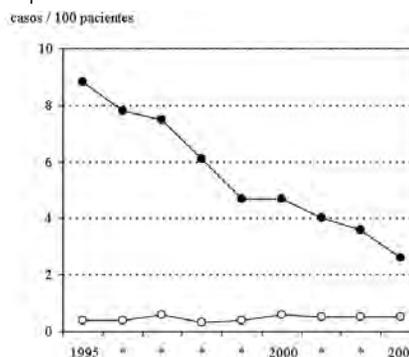


Figura 6. Prevalencia de hepatitis B y hepatitis C en pacientes en diálisis. Chile 1996-2001.

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

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

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

### Agradecimiento y preguntas

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

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

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

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

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

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

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

Doctor Pedro Saturno

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

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

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

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

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

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