

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

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

Mejora continua de la calidad de la atención médica.

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

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

Identificación y análisis de las causas de los eventos adversos

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

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

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

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

Las cuasi fallas.

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

Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico

Dr. Gabriel Manuell Lee

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

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

Un artículo de la OMS¹, publicado el año pasado, señala los grandes retos y necesidades que existen para investigar diversos aspectos operativos de los servicios de salud y obtener aplicaciones innovadoras del conocimiento que se genere, y de esta manera, establecer alianzas orientadas por problemas (Figura 1).

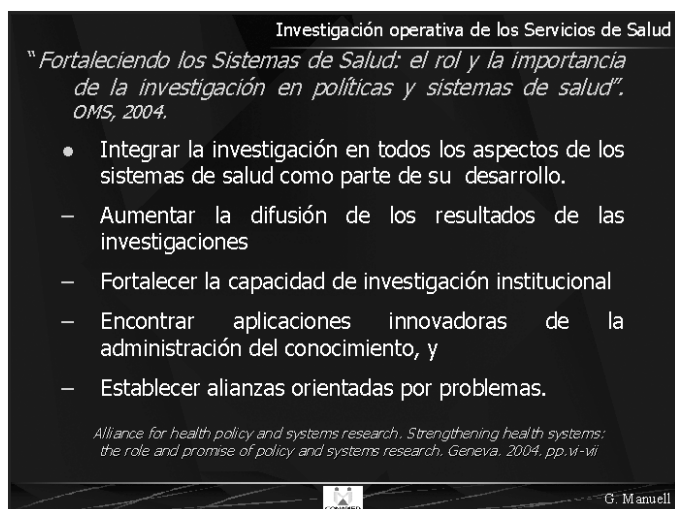


Figura 1. Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.

Es muy importante reconocer que México retomó esta iniciativa y recientemente en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud bajo el auspicio de OMS-OPS en noviembre de 2004², se analizó el problema de la investigación sanitaria, y no sólo se reconoce que hay un obstáculo para la aplicación, sino que es necesario impulsarla para que hayan modificaciones en las prácticas; de ahí que se requieren recursos, para fomentarla e implementar programas de investigación, además de conformar redes de información. Esto lo dejo de tarea porque no sólo bastan las cuentas nacionales sino crear sistemas de información que nos permitan conocer el comportamiento de los fenómenos relacionados de la materia.

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

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

Ahora bien, analicemos la investigación del error médico. Un artículo publicado por Brennan y Colls³, de la Universidad de Harvard, analiza la incidencia, el evento médico en si y la naturaleza del evento adverso, así como la relación con las demandas y encuentra de una manera práctica que solamente 4 por ciento del total de actos se asocian al evento adverso, y de éstos, únicamente en 1 por ciento se demuestra negligencia médica. Esto representa que 24 por ciento de los casos en que se encontró negligencia hubo mala práctica demostrable.

Otro estudio australiano⁴, publicado por la Fundación Australiana de la Seguridad del Paciente, reporta que un problema grave es la presencia del fenómeno, así como la falta de aceptación del mismo, ya sea por el propio personal o por el sistema de salud en sí. Otro fenómeno importante, es que hay un rechazo abierto a registrar tanto los errores humanos como de los sistemas, “no damos el expediente o justificamos el hecho, simplemente por la evolución de los padecimientos y esto no puede ni debe verse así”.

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

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

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

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

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

⁵ Institute of Medicine. To err is human. National Academies Press 1999.

De esta manera la declaración del Presidente de la Alianza Mundial⁶ por la Seguridad de los Pacientes menciona la importancia de establecer mejoras, más que culpar a individuos o sistemas, y en particular, señalar los problemas, es decir hacerlos explícitos. Estos se deben resolver, de acuerdo, pero hay que analizar el fenómeno y poner un acento en el hecho; ejemplo relevante es el caso de las infecciones nosocomiales, como un indicador indirecto de seguridad.

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

También, un artículo publicado recientemente por Leape y cols⁷, menciona que hay evidencias claras de una reducción en 60-90 por ciento en la frecuencia de efectos adversos. Sí, de acuerdo, pero lo más importante es que se ha logrado con acciones aplicadas tanto en la práctica médica como en el propio sistema y esto configura la necesidad de analizar el rol que juega cada una de las partes; qué rol juega la autoridad sanitaria para asegurar que con la observancia de la normatividad se dé garantía y seguridad a los pacientes, es decir puedan recibir atención médica con los menores riesgos posibles.

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

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

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



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



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

⁶ Institute of Medicine. To err is human, building a safer health system. National Academies Press 2004.
⁷ Leape L, et.al. JAMA. 2005;293:2384-2390.

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

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

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

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

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

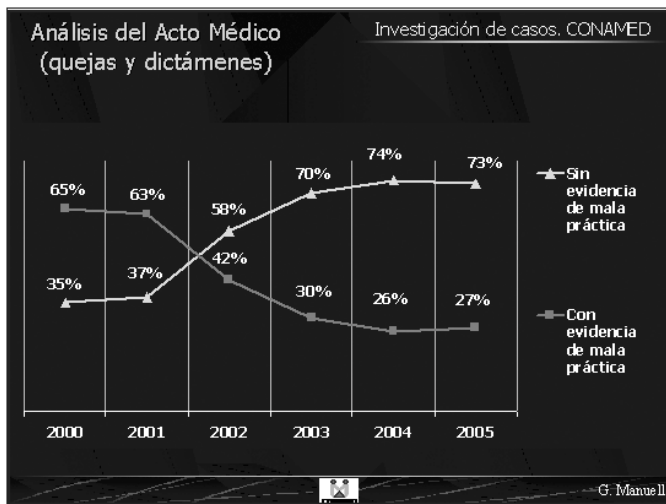
gaciones de las partes, es decir, lo que le toca a la autoridad, al establecimiento y al profesional de la medicina. Esto significa, que en cada caso se pondere de qué manera se aplicó la ciencia médica *ad hoc*, conforme al modo, tiempo y lugar, un enfoque deontológico y normativo y qué tanto esta mala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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta actitud o tipo de respuestas están reportadas en la literatura internacional⁸ y es posible encontrarlas en el gremio médico, porque estamos en una crisis de credibilidad. Sin embargo es muy importante reflexionar y promover actitudes proactivas y sobre todo analíticas del fenómeno. Lo más importante es no defendernos ante la evidencia; considérela como oportunidad de mejora. Nosotros como institución esperamos que los asuntos que enviemos al personal operativo o directivo involucrado sean revisados con sentido objetivo y claro, al amparo de su realidad, modo, tiempo y lugar del hecho; en suma que sean analizados en todas sus dimensiones y como producto del ejercicio se acuerden o se desprendan acciones preventivas o correctivas según sea cada caso, y con ello se instrumenten cambios operativos o normativos, que conduzcan a evitar estos errores.

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

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

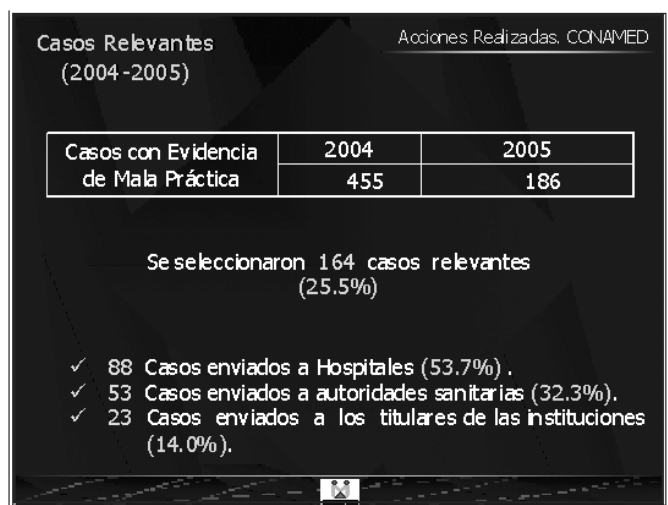


Figura 4. Inconformidades con evidencia de mala práctica.

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

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

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

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

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

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

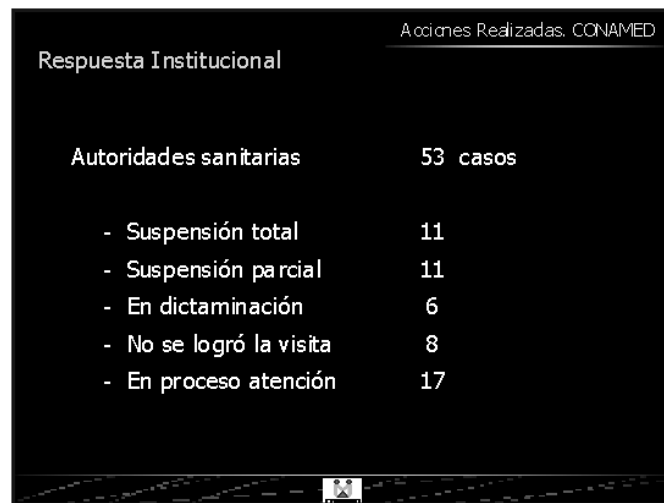


Figura 5. Respuesta Institucional

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

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

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

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

El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes

Dr. Alberto Lifshitz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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