

o de manera independiente, pueden ser altamente efectivas cuando proponen iniciativas dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes y a disminuir la probabilidad de errores. Lo mismo ha sucedido con las sociedades médicas profesionales que también en algunas condiciones pueden ser agentes efectivos para disminuir la posibilidad de errores por parte del personal.

Esta preocupación por la seguridad del paciente ha llevado a que muchas organizaciones estén actualizando sus procesos y la forma en que regulan sus propias actividades, por ejemplo la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ha propuesto nuevos estándares para la seguridad de los pacientes; algunos de ellos se enfocan al desarrollo de liderazgos individuales o bien de grupo. El énfasis en estos programas es que tengan cierta proactividad a la prevención más que al tratamiento de los errores y además se preocupan por identificar cuáles son las áreas con un alto riesgo para que los errores ocurran. Además, existe un énfasis en la importancia del desarrollo de sistemas para reportarlos.

Hay un requerimiento por parte de esta organización para que los hospitales o las unidades que se acrediten deban reportar anualmente cómo se han discutido los errores en los hospitales, cómo se ha respondido en el contexto local para disminuirlos y cómo se planea prevenirlos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se cuenta con una iniciativa para mejorar la seguridad de los pacientes. Este esfuerzo está enfocado a los eventos centinela, los cuales se han definido como aquellas situaciones inesperadas que producen alguna situación como la muerte del paciente o una lesión física o psicológica grave.

El programa está constituido por un sistema de vigilancia de eventos centinela dirigido a contar con hospitales seguros. Se pretende además desarrollar un reporte sistematizado de los errores, su análisis de manera sistemática y que de ello se derive un plan de acción. El aspecto científico de la práctica, es una preocupación que se busca incorporar en el mediano y en el largo plazo para que nos lleve a una cultura de seguridad que pueda ayudarnos a disminuir este tipo de errores.

Para abordar este sistema estamos basándonos en el concepto denominado "Cuasi fallas", que son aquellas que pudieron ser errores y fueron abortados en algún momento. Una cuasi falla es un evento que está cerca de ocurrir pero se evita. Las cuasi fallas ocurren entre 7 a 100 veces más frecuentemente que los errores, y cuyas causas suelen ser del mismo origen que los eventos centinela. Las cuasi fallas nos permiten conocer las fortalezas y debilidades del sistema, constituyen modos de rescate o de barreras contra el riesgo y es posible hablar abiertamente de ellas porque no hay un riesgo de consecuencias legales.

La mayoría de los errores resultan de problemas derivados de la complejidad de nuestras organizaciones médicas. Esto es una situación histórica de los últimos sesenta años y

tenemos que aprender a enfrentarla. La motivación para hacerlo descansa en la fortaleza de las tradiciones de las profesiones clínicas, que más allá de la limitación de recursos, siempre presente, busca el cuidado y el bienestar de los pacientes, a los cuales sirve.

Seguridad del paciente hospitalizado y del personal de salud

Ing. Teófila Cadena Alfaro

Buenos días, muchas gracias, realmente para mí es un honor participar en este foro tan importante para la Seguridad del Paciente y el personal en el medio Hospitalario, tengo 30 años de carrera profesional, prácticamente desde los inicios de la Ingeniería Biomédica en México, la cual ha sido un complemento para lograr un equipo de salud que permita ofrecer atención médica de calidad, con seguridad y a costos razonables.

El hablar de seguridad verdaderamente es un tema muy amplio, afortunadamente se están dando cada vez más estos foros en donde se pueden exponer situaciones que nos permitan a todos aprender y lograr que las condiciones de infraestructura y de tecnología se mejoren para el beneficio de los pacientes.

Así que, empezaré por mencionar que en la evolución de los hospitales tenemos dos puntos muy importantes: uno es el desarrollo tecnológico que en las últimas décadas ha tenido un crecimiento muy importante gracias a la investigación científica y su aplicación en el diseño de equipos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; así mismo hay la necesidad de hacer cambios en la infraestructura hospitalaria que incluye la arquitectura y las instalaciones. El hospital, debe ser un lugar donde el paciente se sienta tranquilo, el mayor porcentaje de los pacientes no llegan al hospital para prevención de su salud sino desafortunadamente acuden en el momento en que requieren de atención por enfermedad. Esto también es un concepto que debemos cambiar para lograr que en lugar de tener los hospitales que atienden enfermos, el enfoque de los sistemas de salud sea hacia la procuración de la salud, por otra parte debemos ser capaces de aprovechar los beneficios de avances tecnológicos, pero también conocer los riesgos que eventualmente pueden generar al paciente o al personal usuario.

A partir de los años 70's hubo un crecimiento explosivo la tecnología médica, al principio este desarrollo ofreció la posibilidad de tener muchas más señales fisiológicas que permitieran al médico tener parámetros para diagnóstico y para el tratamiento del paciente, sin embargo también en esa época con ese nivel de desarrollo tecnológico la tendencia fue hacia las técnicas invasivas, estas técnicas, al no tener una infraestructura adecuada en los hospitales,

problemas de alteraciones cardíacas como arritmias que llegaron inclusive a ocasionar la muerte, por el efecto que puede ocasionar una corriente eléctrica de fuga de un equipo a un paciente. Estas alteraciones no siempre se pueden diferenciar de lo que es una alteración fisiológica por un desorden eléctrico en el mismo paciente.

Así que se presentaron situaciones críticas al tratar de utilizar la tecnología sin estos riesgos. Esto llevó a que los hospitales tuvieran también que empezar a analizar su infraestructura, el manejo del equipo, el operario y la situación del paciente. En la década de los 80's las empresas hicieron grandes esfuerzos para disminuir estas técnicas invasivas y el desarrollo se enfocó hacia técnicas no-invasivas, diseños que fueran más seguros, que se tuviera menores riesgos eléctricos, las corrientes de fuga que generalmente se tienen en aparatos alimentados eléctricamente y que esta nueva tecnología disminuyera los riesgos y minimizar el posible error humano.

En los años 90's la tecnología médica dio un giro muy importante hacia los tratamientos de invasión mínima. Esto ha sido gracias a que el avance tecnológico ha permitido también que en lugar de tener cirugías abiertas, se tengan elementos que permitan hacer una cirugía a distancia, la laparoscopia, artroscopia ahora la navegación, la neuro-navegación que le da mayor seguridad al paciente, sin embargo también tiene mucho que ver la información con la que alimentamos estos sistemas computarizados.

Así vemos que se ha logrado dar solución a las necesidades que el médico tiene de contar con información anatómica y para el diagnóstico y nuevas técnicas para el tratamiento. Sin embargo, también es importante darse cuenta que esta tecnología requiere de adecuaciones de infraestructura física, recursos humanos y materiales para el mejor aprovechamiento de la inversión tecnológica.

La seguridad debe incluir al paciente, al personal médico, paramédico y técnico así como a los bienes de la Institución.

¿Cuáles son los riesgos? Hay una gran variedad de riesgos, quizá de lo que más se conoce, son los riesgos eléctricos, sin embargo también hay riesgos mecánicos, químicos, biológicos, radiaciones, el mal uso del equipo y por supuesto un mantenimiento inadecuado por otra parte la infraestructura hospitalaria debe de evolucionar, hacia el concepto de hospital seguro eléctricamente porque todavía no se han generado grupos multidisciplinarios de análisis en las construcciones hospitalarias que permitan desarrollar proyectos que cumplan con la normatividad nacional e internacional.

También es importante mencionar que las normas no son una receta que hay que seguir para diseñar un hospital, la norma da lineamientos que cumplir pero hay una serie de normas asociadas que deben ser tomadas en cuenta para cubrir cada uno de los factores de riesgo que se pueden presentar en función del tipo de área, del equipamiento y de la situación del paciente dentro de la Unidad médica.

Al respecto podemos ver avances, ya que en algunas Instituciones las áreas de Proyectos Hospitalarios ahora se conforman con grupos multidisciplinarios, ya no es nada más el médico o el administrador o el financiero, sino que es la colaboración entre los grupos involucrados, el médico sigue siendo el que define las necesidades, los grupos técnicos, arquitectos, ingenieros civiles, mecánicos, eléctricos, biomédicos, son los responsables de proponer y dar una solución a las necesidades del médico, definir conjuntamente el equipamiento y con esta definición estar en condiciones de desarrollar los proyectos de infraestructura que permitan diseñar un hospital moderno preparado para el futuro, seguro tanto para el paciente como para el personal médico, paramédico y técnico, porque en la medida que se tengan espacios agradables, seguros, el rendimiento también del personal va a ser mejor.

El mantenimiento es un punto fundamental para la seguridad, el mantenimiento no significa reparación de un aparato, en realidad los conceptos han cambiado la selección de la tecnología que cubra las necesidades y que cumpla con la normatividad de seguridad tanto nacional como internacional es indispensable, pero también que se tenga en el país las empresas que den el soporte técnico que garantice la operación del equipo durante su vida útil. El objetivo es tener el equipo médico disponible en el momento en que un paciente lo necesite.

La capacitación del personal es uno de los factores fundamentales en la seguridad porque anteriormente se decía: el médico tenía todos los elementos y todos los conocimientos médicos y no médicos, sin embargo, la tecnología es una herramienta para el médico que está usando día con día y esta tecnología cada vez es más poderosa, pero requiere de capacitación para aprender a usarla y sacarle todo el beneficio pero además conocer los riesgos que implica su utilización.

El equipo médico se puede clasificar en: Equipo para Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación, la calidad de los estudios tiene una relación directa con la calidad del equipo pero también con la infraestructura del hospital, la obtención de un buen registro de señales fisiológicas ayudará al médico a dar un mejor diagnóstico. El diagnóstico por imágenes que en los últimos años ha tenido un avance muy importante en todas las especialidades desde las no-invasivas como el ultrasonido, rayos X, resonancia magnética hasta las de intervencionismo como la angiografía. La aparición de equipos como la tomografía por emisión de positrones que tienen una relación muy directa para la planeación del tratamiento del paciente y que evidentemente la calidad y la exactitud de la información tendrá una repercusión directa en el tratamiento del paciente.

El laboratorio clínico es una de las áreas de diagnóstico clínico más importantes de las instituciones de salud donde la veracidad de los resultados tiene un impacto directo en la atención médica del paciente.

Otras áreas a considerar son las áreas quirúrgicas, que son sitios en donde se concentra la tecnología por la importancia de vigilar y soportar la vida del paciente durante el procedimiento quirúrgico, por lo que en un quirófano convencional se debe tener mesa quirúrgica, lámparas, equipos de monitoreo, máquina de anestesia, electrocoaguladores, microscopios, sistemas de infusión, etc. Y que cada uno deberá interconectarse de tal forma que se garantice la seguridad del paciente.

El médico anestesiólogo tiene la responsabilidad de mantener al paciente vigilado durante el procedimiento, debe estar seguro que su equipamiento y la infraestructura que tiene garantice el éxito del procedimiento.

Hay situaciones que con frecuencia vemos en nuestros hospitales y que debemos evitarlas, por ejemplo equipos con cables de alimentación en malas condiciones, daños en el aislamiento, sistemas mecánicos en malas condiciones, cables, mangueras y accesorios en las circulaciones que pueden ocasionar desde riesgos mecánicos, caídas, desconexiones, daño al equipo o equivocaciones por parte del personal.

Cuando hablamos de calidad, podemos decir hay o no hay calidad, no hay términos intermedios, puesto que la calidad es el cuidado diario de los pequeños detalles y justamente cuando acudimos al hospital no vamos pensando que no hay médicos calificados, no hay tecnología, no hay infraestructura segura, sino que con frecuencia sucede el descuido de esos pequeños detalles que nos llevan a una cadena de errores y finalmente la posibilidad de un accidente.

En el laboratorio clínico sabemos que es vital para el médico los resultados y que un problema de calibración, alimentación eléctrica del equipo, la alteración en el funcionamiento del aparato nos puede llevar a resultados que no son confiables, así que, debemos ver esta reingeniería para los procesos en los laboratorios clínicos, los controles de calidad y obviamente el mantenimiento de los equipos, que debe estar dentro de los procesos del laboratorio.

En el diagnóstico por imagen podemos decir que los equipos en general cumplen con la normatividad internacional, son equipos de calidad, sin embargo, para que el médico tenga una imagen, esta imagen tiene todo un proceso desde la técnica para la adquisición de la información, en equipos analógicos y cada vez más con tecnología digital que no necesariamente garantiza que no haya fallas, por lo que es necesario cuidar cada parte del proceso, lo primero es la técnica, la preparación del operario, la adquisición de la información, el procesamiento de estas imágenes por médicos calificados y al final la impresión de una placa radiográfica. Muchas veces se tiene un control de calidad de la mayor parte del proceso, sin embargo si el proceso de la impresión de la placa radiográfica no estuviera bajo un estricto control de calidad, las imágenes pueden no ser de la calidad diagnóstica requerida, generando un riesgo

para el paciente, cuando el médico haga el diagnóstico o la planeación del tratamiento, cuando la imagen es transmitida a sistemas de planeación de tratamientos como la radioterapia y donde la inexactitud para ocasionar daños a tejidos sanos.

Las áreas de tratamiento se clasifican en: tratamiento médico, quirúrgico y radiaciones.

El tratamiento médico fundamentalmente se realiza en las áreas de hospitalización donde puede haber camas mecánicas ó camas electrónicas y ser camas muy especializadas para pacientes en estado crítico. Sin embargo vemos que hay un común denominador en algunos problemas como las caídas de pacientes de la cama, en el sanitario y que puede ocasionar daños importantes al paciente, también considerar el daño al personal por esfuerzos incorrectos para movilizar al paciente, así que en algo tan básico como la cama es necesario saber las características técnicas de camas, como altura, barandales, sistemas de seguridad, facilidades para cubrir las necesidades del paciente y por supuesto la capacitación del personal y los programas de mantenimiento.

En las áreas de tratamiento quirúrgico, tanto el paciente tiene riesgos como el personal, por ejemplo podemos ejemplificar que son sitios donde hay gases anestésicos, que pueden ser cancerígenos si hay una continua exposición, por lo que debemos contar con sistemas de acondicionamiento ambiental adecuado para lograr la seguridad tanto del paciente evitando infecciones como del personal evitando daños por químicos; también son sitios con múltiples equipos médicos para el monitoreo y tratamiento del paciente que deberán estar en instalaciones seguras para garantizar que haya riesgos eléctricos y eventualmente daños al paciente.

El tratamiento con radiaciones ha tenido un avance muy importante en los últimos años con desarrollos tecnológicos que permiten tratar lesiones o tumores incipientes con gran exactitud y realizando una planeación tridimensional para no lesionar tejidos delicados o sanos. Todo esto gracias a controles de calidad, en las diferentes etapas del proceso.

Cuando hablamos de los riesgos en el equipo electro-médico, tenemos los riesgos eléctricos, sistemas de alta presión, sistemas ópticos y aquí vamos a ver un poco después los problemas de la esterilización y obviamente las instalaciones de gases medicinales y las instalaciones eléctricas.

En México contamos con las normas emitidas por la Secretaría de Salud o las normas internacionales, sin embargo con frecuencia las omisiones son debidas a problemas de interpretación.

Los equipos electromédicos no necesariamente son electrónicos, generalmente son electromecánicos en donde podemos ver que los problemas que pueden presentarse son problemas eléctricos y problemas mecánicos, radiaciones o biológicos.

En los últimos 30 años de lo que más se ha discutido es el riesgo eléctrico donde a pesar de contar con tecnología

moderna, tiene puntos de control para disminuir riesgos y sobre todo el factor humano, todavía vemos, desafortunadamente reportes de quemaduras, traumatismos, contaminación e infecciones adquiridas por los pacientes.

También se presenta situaciones donde inclusive las normas internacionales tienen discrepancias en cuanto a los límites de seguridad en corrientes eléctricas porque las consideraciones para fijar los límites dependen de la normatividad asociada a infraestructura hospitalaria, por ejemplo en Europa los niveles de las corrientes eléctricas para los pacientes eléctricamente susceptibles, pacientes de áreas críticas o de áreas quirúrgicas, se dice 100 microamperes, cuando la norma norteamericana dice 20 microamperes ¿Por qué? Porque en Europa es 5 veces más alto el límite de seguridad, la razón es que su infraestructura hospitalaria tiene estrictos controles, situación que desafortunadamente en nuestros países todavía no está estandarizado y por lo tanto no podemos garantizar.

Los sistemas de infusión son equipos que están prácticamente en todas las áreas hospitalarias y en áreas críticas, en muchas ocasiones nos encontramos que tenemos 5, 10 y hasta 20 sistemas de infusión con un paciente, estos sistemas electromecánicos deben estar sujetos a una verificación periódica, el personal debe estar perfectamente calificado para el manejo y cálculo de las dosis y que el resultado sea el correcto.

La esterilización de materiales hospitalarios es un factor generalizado para todo paciente hospitalizado, y la pregunta es ¿La esterilización de materiales es la seguridad del paciente o es el medio de transmisión de enfermedades?. Éste es un reto para los hospitales, disminuir las infecciones intra hospitalarias, la estancia prolongada, los altos costos, la saturación de los servicios de salud justamente porque las infecciones intrahospitalarias todavía no están controladas, tenemos diferentes sistemas de esterilización, pero no es suficiente tener el equipo, darle un mantenimiento programado con personal calificado, contar con protocolos de control de calidad para garantizar la esterilidad de los materiales e insumos, hay otros factores como el diseño de las Centrales de Esterilización, la preparación del personal para realizar cada sub-proceso correctamente y al final el uso correcto de las diversas técnicas de esterilización.

Cuando hablamos de la arquitectura hospitalaria, debemos tener en cuenta que debe ser un ambiente adecuado, cálido, seguro, los materiales tipo hospitalario, sistemas de apoyo como pasamanos, soportes en sanitarios y sistemas de intercomunicación en virtud de que son sitios de alto riesgo para caídas de paciente.

En los suministros eléctricos, los alimentadores de los hospitales, deberían reglamentarse para que cada hospital tenga una doble alimentación de la Compañía de Luz ¿Para qué? Para garantizar que jamás tengamos interrupciones en el fluido eléctrico, contar con plantas de emergencia para evitar que los hospitales se queden sin suministros y

simplemente no pueden atender al paciente, o que el paciente tenga conectado algún equipo de soporte vital que ponga en riesgo su vida. Otros aspectos que se siguen presentando es el desorden y la falta de cumplimiento de normatividad en tableros eléctricos y que eventualmente puede generar un riesgo de incendio, las instalaciones de gases medicinales que contribuyen a tener ambientes ricos en oxígeno, chispas abiertas y en conjunto el riesgo de explosión.

En lo que se refiere al acondicionamiento ambiental se debe hacer hincapié en que la normatividad se debe cumplir; sin embargo, poco se habla de este punto que es vital en los hospitales. el acondicionamiento ambiental tiene un incidencia directa en las infecciones de tipo hospitalario y requiere de un análisis con mayor profundidad.

Otro tema es la calidad de los suministros centrales como el vapor grado médico que se necesita para los procesos de esterilización, la garantía de que el vapor que va a entrar en contacto con los objetos a esterilizar sea de la calidad requerida porque si no de ahí se deriva justamente los riesgos de contaminación. Tomando en cuenta que ¿a qué paciente hospitalizado no se le hace por lo menos una curación o la colocación de un catéter?, prácticamente a todos y si esto se hace con material que no garantiza su esterilidad, evidentemente el paciente está en riesgo.

Las comunicaciones han avanzado tecnológicamente y se han incrementado considerablemente, pero también generan contaminación en el ambiente por señales eléctricas y magnéticas, contamos ahora con la telefonía convencional, la telefonía celular, los sistemas de voice, los sistemas de intercomunicación paciente-enfermera, etc. Los beneficios son múltiples pero también hay que saber sobre los riesgos. ¿Cuáles son los riesgos? Uno de ellos es la contaminación por incremento en el nivel de ruido en las unidades sobre todo en las áreas críticas, eso tiene una afectación tanto para el paciente como para el personal que labora en esas unidades, otro que no se considera frecuentemente es que los sistemas de telemetría, el monitoreo inalámbrico de los pacientes se ve afectado por señales de telefonía celular, utilizados por personal médico, paramédico, familiares y visitantes, por lo que es conveniente el uso racional de esta tecnología en unidades donde el paciente tiene un sistema de monitoreo que puede verse alterado en su funcionamiento y en la información del paciente.

El uso de materiales radiactivos que también se han incrementado en métodos diagnósticos que utilizan estos materiales y que deben manejarse por personal calificado que siga los procedimientos emitidos por organismos reguladores para evitar riesgos al paciente y al personal que está en contacto con ellos.

¿Cuáles son las recomendaciones? La selección del equipo es un punto importante, debe ser acorde a las necesidades del hospital, cumplir con la normatividad, ser respaldado

técnicamente por ingenieros con conocimientos para esa selección, la infraestructura hospitalaria debe ser analizada por grupos multidisciplinarios tanto para el diseño como para la infraestructura. ¿Quién es este grupo? Médicos, enfermeras, ingenieros biomédicos, arquitectos, ingenieros civiles, mecánicos, administradores, financieros, porque el hospital no se diseña nada más para una persona, se diseña para el paciente y para todo el equipo de salud.

Sobre los programas de mantenimiento deberá quedar perfectamente establecido que no es un gasto sino una inversión, para poder sacar el provecho a la tecnología pero también para darle seguridad al paciente.

La capacitación del personal tanto médico como paramédico deben implementarse programas de educación continua, una supervisión permanente y retroalimentación para la mejora continua.

Finalmente el reporte de los INCIDENTES, cuando se detecta un error lo que se debe hacer no es cubrirlo, lo que se debe hacer es analizarlo, identificar los puntos de falla y darlo a conocer, para que sirva como enseñanza y aprendizaje de lo que no debe suceder.

Es un gran acierto la apertura de la página de Internet de CONAMED para este fin, con formatos adecuados para el reporte de incidentes, que contenga la información esencial para el análisis y la difusión del evento y prevenir potenciales riesgos.

¿Cuál es el objetivo final? EL PACIENTE. Ofrecer servicios de calidad a través de profesionales de la medicina, dar un trato cálido, una atención médica segura, que los costos sean razonables y que verdaderamente las inversiones que se hacen en tecnología redunden en beneficio del paciente y también para que las instituciones de salud, estén en capacidad de ofrecer mejores servicios. Muchas gracias.

Mensaje de clausura

Dr. Carlos Tena Tamayo

Gracias por concederme el uso de la palabra, lo que me permite efectuar una conclusión muy general. Ayer empezamos diciendo que errar es humano, y pareciera que tenemos que reconocer que no reconocerlo es doblemente humano. Considero que ahí está un mensaje, creo que todos o la mayoría de los ponentes hablaron de que no hay forma de estar reconociendo fácilmente los errores, seguramente que tiene que ver con nuestra condición de humanos. El otro concepto central que se estuvo manejando durante estos dos días es el error médico y creemos que después de haber escuchado en varias ponencias, que el error médico es un error multifactorial, entonces ya no podemos seguir hablando de error médico como un término generalizado,

porque finalmente, como nos lo platicó y planteó el doctor Lifshitz, en el error intervienen un sinnúmero de actores para que el daño al paciente ocurra. Entonces no podemos seguir hablando de error médico, el proponía que en lugar de hablar de iatrogenia, se hable de comiogenia o comio-génico, que se refiere al error producido por médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, personal de apoyo, farmacéuticos, productores de medicamentos, material de curación, administradores o políticos de la salud.

Entonces yo creo que este es otro mensaje que tenemos que entender y no sólo los profesionales de la salud, sino también cuando transmitimos este tipo de conceptos, pues seguramente si empezamos nosotros a dejar de hablar de error médico y le damos otra connotación, se entenderá que es todo un sistema el que está involucrado en los errores que ocurren durante los actos médicos. De tal manera que la conclusión considero, amén de las valiosas conclusiones que en lo individual cada uno de ustedes adicionan, es la importancia que tiene reconocer los errores, que estamos proponiendo que una vez reconocidos, los registremos para poder identificar de qué magnitud es el problema, para ello encontrarán apoyo en la página de la Secretaría de Salud y de la de CONAMED para registro de eventos adversos y errores del acto médico respectivamente, así como las de otras instituciones que cuentan con un sistema para registrar errores en el lugar de los hechos, como en cardiología; sin embargo, hay otras opciones para hacerlo confidencialmente.

Hay que aprender de los errores que se cometen y como dije si errar es humano, no reconocerlos y no prevenirlos es imperdonable. Tenemos ahí una gran área de oportunidad para hacerlo. Nuestra obligación como profesionales de la salud es eliminar errores, daños a pacientes que provienen de la negligencia e impericia médicas. Vimos también que hay otros factores que originan errores pero que vienen de la negligencia no sólo del médico sino de todos los involucrados en la atención del paciente, es algo que no debemos permitir ni tolerar, igual que la impericia. Se ha hablado aquí de la importancia de mejorar la calidad de las escuelas y facultades de medicina, estamos de acuerdo y trabajamos para dar nuestras opiniones a la Secretaria de Salud y a la AMFEM.

Una mejor organización, tener procedimientos, procesos, guías, estar pensando cómo tener una metodología que nos permita un orden en la atención de los pacientes y así evitar en lo posible el error es algo que me pareció muy importante se resaltara en el Simposio, estamos conscientes de ello y tal vez sea lo más difícil de conseguir, pero estoy convencido que con voluntad se puede lograr. Se puede lograr con cambios de actitud, tan simples como llamando al paciente por su nombre, ésta acción que nos consume dos segundos mejora la relación médico-paciente, y que no se justifica diciendo: "es que tenemos que ver muchos