

Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes

MINISTERIO DE SALUD

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN
MÉDICA DE PACIENTES**

2007

Argentina  **Salud**

**Plan Federal
de Salud**

 **Ministerio de Salud**
PRESIDENCIA DE LA NACION

Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes / Zulma Ortiz ... [et.al.] - 1ª ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007.
96 p.; 23x15 cm.

ISBN 978-987-23940-5-9

1.Salud Pública
CDD

ISBN 978-987-23940-5-9

© Comisión Nacional Salud Investiga, 2007
Av. Rivadavia 877, 3º - Buenos Aires, Argentina

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopiado, grabación o cualquier otro sistema de archivo y recuperación de información, sin el previo permiso por escrito del Editor.

All rights reserved. No part of this work may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying and recording or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Primera edición: 550 ejemplares

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina

Diseño de tapa: Natacha Carbonelli

Diseño de interior, corrección de estilo y armado:
Caligrafix Servicios Gráficos Integrales S. H.
Av. Pueyrredón 1440, 2º
C1118AAR Buenos Aires
Telefax: 4821-6263
c.e.: info@caligrafix.com.ar.
www.caligrafix.com.ar

Impresión:
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
E. Fernández 271/75
B1868AEE Piñeyro
Tel.: 4222-2121
c.e.: delssl@yahoo.com.ar

Buenos Aires, octubre de 2007.



AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación
Dr. Néstor C. Kirchner

Vicepresidente de la Nación
Lic. Daniel O. Scioli

Jefe de Gabinete de Ministros
Dr. Alberto A. Fernández

Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés González García

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

Secretario de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Dr. Carlos Alberto Soratti

Secretario de Programas Sanitarios
Lic. Wálter Valle

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud
Dr. Carlos A. Vizzotti

Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización
Dra. Claudia Madies

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción
Dr. Andrés Leibovich

Subsecretario de Coordinación
Cdor. José M. Ondarçuhu

Comisión Nacional Salud Investiga

Presidente: Ministro de Salud de la Nación
Dr. Ginés González García

Coordinadora
Dra. Zulma Ortiz

Coordinadora alterna
Lic. Silvina Ramos

Integrantes

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud
Dr. Carlos A. Vizzotti

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción
Dr. Andrés Leibovich

Secretario de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva
Ing. Tulio A. Del Bono

Presidente del CONICET
Dr. Eduardo Charreau

Por la Organización Panamericana de la Salud
Representante: Dr. José Antonio Pagés

Por AFACIMERA
Dr. Abraam Sonis

Por la Administración Nacional de Laboratorios
e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos Malbrán"
Interventor: Dr. Gustavo Ríos

Por la Confederación Médica de la República Argentina - COMRA
Presidente: Dr. Jorge C. Jañez

Por la Confederación Farmacéutica Argentina - COFA
Presidente: Farm. Carlos Fernández

Por la Confederación Unificada de Bioquímicos de la
República Argentina - CUBRA
Presidente: Dr. Carlos Daniel Navarro

Dra. María Luisa Ageitos
Dr. Guillermo Jaim Echeverry
Dr. José María Paganini
Dra. Elsa Segura
Lic. Federico Tobar

Dr. Ezequiel Holmberg
Dr. Juan Carlos O'Donnell
Dr. Víctor Penchaszadeh
Dr. Enrique Tanoni
Dra. Margarita Vitacco

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidente

Académico Vicente Gutiérrez

Vicepresidente

Académico Roberto M. Arana

Secretario General

Académico Juan Manuel Ghirlanda

Tesorero

Académico Rómulo L. Cabrini

Secretario de Actas

Académico Enrique M. Beveraggi

Comité Error en Medicina y Calidad de Atención

Académico Alberto Agrest

Académico Abraam Sonis

Académico Fortunato Benaim

† Académico Armando Macagno

Instituto de Investigaciones Epidemiológicas

Director Científico

Académico Abraam Sonis

Secretario Técnico

Dr. Jorge H. Andrade

Jefa de Docencia e Investigación

Dra. Zulma Ortiz

Secretaria

Sra. Marta Latini

Auxiliares

Sra. María Elena Sahores

Sra. Josefina Espinosa

Sra. Élide Salvatierra

Autores

Zulma Ortiz
Graciela Berenstein
Maria Eugenia Esandi
Mónica Confalone
Mario De Luca
Karina Faccia
Natacha Carbonelli
Silvina Natalia Rodríguez
Héctor de Uriarte

Colaboradores

Carolina Trillo
Luis Damiani
Nora Dackiewicz
Enrique Pogonza
Alfredo Vidal

Acerca de los autores y colaboradores

ZULMA ORTIZ

Médica reumatóloga, con Master en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad de Lanús y Research Fellowship en Epidemiología Clínica e Investigación en Servicios de Salud en la Universidad de Ottawa, Canadá. Realizó la carrera docente de la Universidad de Buenos Aires. Fue coordinadora del Programa VIGI+A del Ministerio de Salud de la Nación y subdirectora de la carrera de especialista en epidemiología de campo de la Universidad de Tucumán y el Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente es jefa del Área Investigación y Docencia del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina. Investigadora visitante del Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES). Coordinadora de la Comisión Nacional del Programa de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Secretaria del Comité de Ética de los Institutos de la Academia Nacional de Medicina. Docente en las maestrías de: salud pública de la UBA; CEDES-FLACSO, Investigación Clínica de la Universidad Austral. Coordinadora del Centro Colaborador Argentino de la Red Cochrane Iberoamericana.

GRACIELA BERENSTEIN

Médica, Universidad de Buenos Aires. Especialista en gastroenterología, con formación en epidemiología en el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina. Realizó una pasantía en el Centro Cochrane Iberoamericano y en el Servicio de Epidemiología del Hospital de la Santa Creu i San Pau, Barcelona, 2002. Actualmente es médica de planta del sector epidemiología del hospital Nacional A. Posadas y miembro de su Comité de Investigación Clínica del Departamento de Docencia e Investigación. Concurrente del IIE-ANM,

con experiencia en dirección y gestión de proyectos. Como concurrente mayor desde el IIE-ANM ha desarrollado otros proyectos colaborativos en el área de la vigilancia epidemiológica y, en años recientes, ha participado como integrante del equipo de investigación en el diseño, implementación y difusión del Programa de Mejoramiento para la seguridad del paciente. Docente en los cursos de Revisiones Sistemáticas y MBE. Revisora del Centro Colaborador Argentino de la Red Cochrane Iberoamericana.

MARÍA EUGENIA ESANDI

Médica, Universidad de Buenos Aires. Se formó en clínica médica en el hospital municipal de agudos "Leónidas Lucero", Bahía Blanca, y en epidemiología en la Academia Nacional de Medicina. Consultora de la Organización Panamericana de la Salud, para la redacción de los Módulos de Epidemiología Básica e Intermedia. Consultora del Programa Vigi+A del Ministerio de Salud de la Nación, participando como docente del programa de formación de recursos humanos en epidemiología y en el desarrollo de sistemas de información. Fellowship en medicina gerenciada, Universidad Maimónides. Magíster de la Universidad de Barcelona, España, en "Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Gestión". Concurrente del IIE-ANM. Fue miembro del Comité Curricular para la planificación de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur. Coordinadora del Programa para el Mejoramiento del Uso de Guías de Práctica Clínica del IIE-ANM. Docente en epidemiología en distintos cursos de posgrado en instituciones públicas y privadas de salud en la Argentina.

MÓNICA CONFALONE GREGORIÁN

Médica, Universidad de Buenos Aires. Especialista en pediatría y reumatología. Ex docente de pregrado de la Facultad de Medicina, UBA. Hizo la carrera docente universitaria, UBA. Residencia de pediatría en Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Fellowship en medicina gerenciada organizado por Docthos y la Universidad Maimónides. Miembro del equipo investigador del Programa para el Mejoramiento de la Seguridad del Paciente organizado por la Academia Nacional de Medicina desde 2004 y ex becaria de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS). Docente de "Técnicas modernas para el auditor del nuevo milenio" en el CIE desde 1999 a 2000 y del curso de "Epidemiología básica e intermedia", de 1999 a 2002. Trabajó en Docthos, 2000-2003 en Calidad Médica y Control de gestión. Y desde 2003 en Swiss Medical Group Prepago, como Jefa de Departamento de Análisis de Consumo Médico. Actualmente colabora en investigaciones en el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina y consultora en CEDES.

MARIO JAVIER FRANCISCO DE LUCA

Médico, Universidad de Buenos Aires. Jefatura e instructoría en clínica médica en el hospital municipal de Vicente López, "Bernardo Housay". Especialista en infectología y epidemiología hospitalaria. Posgrado de especialista en gestión de calidad en servicios de salud en el Instituto

Tecnológico de Bs. As. Egresado del Programa de Efectividad Clínica de la Universidad de Buenos Aires y la Escuela de Salud Pública de Harvard. Consultor del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo asignado a la Superintendencia de Servicios de Salud, en el área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y al Proyecto VIGI+A en el área de infecciones nosocomiales. Consultor para OPS a requerimiento del Ministerio de Salud de la Nación para relevar las organizaciones locales vinculadas con la calidad en salud. En el IIE-ANM coordinador del Programa para el Mejoramiento del Uso de Guías de Práctica Clínica. Desde 2002 se desempeña como coordinador de efectividad clínica e investigación en servicios de salud en la obra social de los empleados de comercio y actividades afines (OSECAC). Integra la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Calidad en Salud (SACAS) y es miembro de la International Society for Quality in Healthcare.

KARINA A. FACCIA

Antropóloga (orientación sociocultural) graduada en la Universidad de Buenos Aires, donde también cursó la carrera docente en ciencias antropológicas. Abordó la problemática aborigen en la Argentina desde organizaciones no gubernamentales y trabajó en comunidades aborígenes de Río Negro y Salta. Docente adscripta en "Didáctica especial y práctica de la enseñanza para Antropología", UBA. Actualmente, docente de enfermería profesional universitaria y terciaria (UBA, Universidad de Quilmes, A.T.S.A.) en las áreas de antropología de la salud, metodología de la investigación y planificación de proyectos, historia y salud pública. Miembro del equipo investigador del Programa para el Mejoramiento de la Seguridad del Paciente, organizado por la Academia Nacional de Medicina, desde 2003 y ex becaria de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS). Participó en la evaluación de proyectos de prevención y promoción de la salud en Santiago del Estero y provincia de Buenos Aires. Colaboradora en proyectos de investigación desarrollados por el C.E.D.E.S.

NATACHA CARBONELLI

Diseñadora multimedial, Escuela Superior de Arte y Diseño Multimedial Leonardo Da Vinci. Flash Expert - Macromedia Certified Training Provider de Images Campus Advanced Training Digital Medios, desde 2006. Desde 1998 diseñadora en áreas relacionadas con la salud. Fue webmaster del Programa Vigi+A del Ministerio de Salud de la Nación durante cuatro años, colaboradora en el desarrollo de su sala de situación y de diversas actividades de difusión relacionadas con campañas de promoción y actividades del programa. Actualmente es webmaster del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina para todos sus sitios web y está a cargo del área de difusión y comunicación. Es directora del curso de Presentaciones Visuales Efectivas en el mismo Instituto. Colabora con el desarrollo de sitios web, presentaciones y edición de documentos para el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Realiza actividades privadas relacionadas con el diseño gráfico y web y desarrollo para aplicaciones multimediales.

SILVINA NATALIA RODRÍGUEZ

Médica con Diploma de Honor, Universidad de Buenos Aires. Capacitación en el programa de residencia de pediatría del hospital J. P. Garrahan. Segunda residencia en medicina interna pediátrica en el mismo hospital. Especialista en pediatría, por la Sociedad Argentina de Pediatría, Ministerio de Salud, Universidad de Buenos Aires y Academia Nacional de Medicina. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría desde 2005. Ex becaria en el estudio colaborativo multicéntrico sobre "Seguridad del paciente en relación con la prevención y mitigación de las consecuencias de los denominados errores médicos en el proceso de atención", bajo la coordinación del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, subsidiado por el Ministerio de Salud (2005-2006). Actualmente pediatra de planta permanente e integrante del Comité de Riesgo del Hospital J. P. Garrahan.

HÉCTOR FRANCISCO DE URIARTE

Médico, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Capacitación en el programa de residencias y jefatura de residentes de pediatría en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Especialista en pediatría, por el Consejo Médico de Córdoba. Integrante de la unidad de terapia intensiva y actualmente jefe de guardia del servicio de emergencias del hospital de niños. Médico forense del Tribunal Superior de Justicia de la provincia de Córdoba. Ex becario en el estudio colaborativo multicéntrico sobre "Seguridad del paciente en relación con la prevención y mitigación de las consecuencias de los denominados errores médicos en el proceso de atención" bajo la coordinación del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina subsidiado por el Ministerio de Salud.

CLAUDIA CAROLINA TRILLO

Médica, Universidad de Buenos Aires. Capacitación en programa de residencias en clínica médica en el Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Especialista universitaria en clínica médica (UBA) y formación en epidemiología clínica en el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas (IIE) de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ha colaborado también como investigadora con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en el proyecto "Muertes no institucionales de mujeres en edad fértil y su relación con las muertes maternas en la Argentina" CONAPRIS Ministerio de Salud de la Nación. (2004-2005). Realiza actividad asistencial como médica clínica en el departamento de emergencias de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

LUIS ALBERTO DAMIANI

Médico, Universidad Nacional de La Plata. Capacitación en programa de residencias en clínica médica, hospital interzonal general de agudos "General San Martín", La Plata. Especialista en clínica médica, Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires, con recertificación en 1999

y 2004. Actualmente se desempeña en los hospitales Privado del Sur y Felipe Glasman y en el centro de salud municipal Leonor Capelli de la localidad de Ing. White. Inició y coordinó el Comité de Historias Clínicas, el proyecto "Hospital Libre de Humo Ambiental de Tabaco" y participa del Comité de Calidad en el Hospital Felipe Glasman.

NORA DACKIEWICZ

Médica con Diploma de Honor, Universidad de Buenos Aires. Capacitación en programa de residencias de pediatría, hospital de niños "Ricardo Gutiérrez". Jefa de residentes e instructora en el hospital Santojanni. Posteriormente desarrolló una beca municipal en nefrología en el hospital "Ricardo Gutiérrez". Especialista en medicina legal en la Universidad del Salvador. Médica de planta del hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan" desde 1987. Actualmente coordinadora de una unidad de internación de Cuidados Intermedios Moderados (CIM) y del Comité de Riesgo desde el Área de Calidad de aquél. Durante 2005 coordinó las tareas desarrolladas en el hospital de pediatría para la realización del tramo correspondiente al estudio colaborativo multicéntrico sobre "Seguridad del paciente en relación con la prevención y mitigación de las consecuencias de los denominados errores médicos en el proceso de atención" bajo la dirección del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina.

ENRIQUE POGONZA

Médico, Universidad Nacional de Córdoba. Capacitación en programa de residencias de pediatría del hospital regional de Río Cuarto. Especialista en pediatría, Consejo Médico de Córdoba y la Universidad Nacional de Córdoba. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Pediatría. Analista programador de informática certificado por el Instituto de Estudios Superiores. Integrante de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, Subprograma de Salud Escolar PAICOR. Curso completo de Magíster en demografía, Centro de Estudios Avanzados. Desde 1995 médico de planta permanente, con desempeño en UTI pediátrica. En 1996, jefe de trabajos prácticos en cátedra de informática médica. Autor de la guía de trabajos prácticos de informática médica. Coordinador del Área de Producción Científica del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

ALFREDO VIDAL

Médico con Diploma de Honor, Universidad de Buenos Aires. Especialista en clínica médica y en medicina crítica, Universidad Católica Argentina. Capacitación en programa de residencias y jefe de residentes del Instituto de Investigaciones Médicas "Dr. Alfredo Lanari". Fellowship en medicina interna general, Hospital de Clínicas José de San Martín. Aspirante a Magíster en efectividad clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y obtuvo el certificado en efectividad clínica en la Escuela de Salud Pública de Harvard. Fue médico interno visitante del Massachusetts General Hospital en Boston, EE. UU. en 1996 y del Ser-

vicio de Medicina Interna General de la Universidad de California en San Francisco, EE. UU., en 1998. Actualmente gerente de atención médica en la obra social del Personal de Dirección de Sanidad, Luis Pasteur.

"Sólo si comprendemos el modo en que reaccionamos y actuamos frente al error médico, podremos iniciar este camino hacia un nuevo paradigma".

"Solo si conocemos nuestra realidad, podremos implementar las prácticas más seguras que nos permitan mejorarla".

Académico Dr. Agrest, 2004 - ANM-IIIE

AGRADECIMIENTO

El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas agradece al Académico Alberto Agrest, por darnos la posibilidad de contribuir con el Comité de Error en Medicina y Seguridad del Paciente en el desarrollo de este proyecto.

ÍNDICE

Agradecimiento.....	17
Prólogo	21
Presentación	23
Prefacios	25
I	25
II	27
Introducción.....	29
Antecedentes del programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes de la Academia Nacional de Medicina. 30	
Propósito y componentes.....	31
Acerca de la organización e implementación del programa	31
Acerca del error en medicina.....	34
Acerca de la cultura de la seguridad.....	38
Acerca de la investigación en servicios de salud	41
Acerca de la socialización de la información	43
Referencias del capítulo.....	44
Conceptos claves para entender la cultura organizacional y la seguridad del paciente	47
Las representaciones sociales del error	47
Nuestra experiencia en el abordaje de la cultura de la seguridad ...	48
Encuestas	50
Grupos focales	58
Referencias.....	60
Rol de los sistemas de información en la mitigación de los errores	61
¿Voluntario u obligatorio?	63
Evidencia de efectividad de los sistemas de reporte	65
Conclusiones y comentarios finales	68
Referencias del capítulo.....	70
Herramientas para el análisis y prevención de eventos adversos	73
Revisión sistemática de historias clínicas	74
Resultados de la experiencia en el hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca.....	80
Lecciones aprendidas	81
Análisis de causa raíz.....	82
Análisis de modos de fallos y efectos	84
Criterios para la estimación del Número de Prioridad.....	85
Programas como herramientas de mejora.....	85
Organizaciones que investigan sobre herramientas para la prevención de eventos adversos.....	88

La Colaboración Cochrane.....	88
Programa de investigación en seguridad del paciente de la Universidad de Birmingham, Inglaterra	88
Instituto de Investigaciones Epidemiológicas	90
Referencias del capítulo.....	92
Instituciones participantes	94

PRÓLOGO

Este excelente estudio, realizado por Zulma Ortiz, Graciela Berenstein y otras doce personas, contó con el apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga y la Academia Nacional de Medicina, y la participación del Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari y de los hospitales Garrahan de Buenos Aires, Santísima Trinidad de Córdoba y Felipe Glasman de Bahía Blanca, tiene como antecedente fundamental la creación en 2001 del Comité de Error y Calidad de la Academia Nacional de Medicina, lo que asegura la implementación de los resultados en programas concretos de mejora de la seguridad en la atención médica.

Se trata de una investigación operativa, multifacética, con una modalidad multi, inter y transdisciplinaria, que promueve un mayor involucramiento del equipo de salud al tiempo que identifica los problemas y favorece las prácticas más seguras para mitigarlos.

El proyecto cuyos resultados aquí se reseñan incluyó cuatro componentes: caracterización de la cultura organizacional de las instituciones médicas, sistemas de información para la vigilancia del error, mejoramiento continuo de la seguridad del paciente y gestión de conocimiento. Así, aborda aspectos claves de la tipología del error y la cultura prevalente en nuestro medio, describiendo el rol de los sistemas de información en la mitigación de errores y sus distintos tipos, e identificando herramientas para la detección y análisis de los eventos adversos.

Se trata de un problema verdaderamente espinoso para nuestra profesión médica: el de su falibilidad. No resulta fácil lograr que se informen incidentes, errores en la atención o eventos adversos.

Sin embargo, esta disposición es fundamental para poder mejorar la seguridad de los pacientes. Para ello, debe aceptarse que, en parte, los fallos médicos se originan en un sistema inseguro y no en el individuo en el que se observa el error, y por eso muchos de ellos son prevenibles.

Por eso no es razonable reforzar el criterio de identificar culpables y castigarlos, porque es necesario instalar un sistema de seguridad del paciente, basado sobre una transformación cultural que se centre en aquel y su familia.

Esto supone que el profesional médico o el auxiliar informen los errores para evitar que otros los cometan, acto que obviamente se verá facilitado si se sustituye la "concepción moral punitiva". Por eso, concluye este estudio, cuando los sistemas de registro de errores son anónimos, "es más probable que el número y la detección de eventos reportados sean mayores".

Se trata de una condición fundamental para poder mejorar la efectividad del sistema de salud en la Argentina: generalizar sistemas de seguridad en la atención médica de los pacientes, que permitan a médicos y auxiliares, reconociendo su falibilidad, perfeccionar su propia capacidad profesional.

*Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación*

PRESENTACIÓN

La investigación en salud, en sus diversas formas –biomédica, epidemiológica, social– es un recurso esencial para mejorar las políticas e intervenciones en salud.

Más de una década ha transcurrido desde que la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, de la Organización Mundial de la Salud, identificó la existencia de una gran disparidad entre los recursos asignados a la investigación en salud y las necesidades de la población de los países menos desarrollados. Una estimación realizada en 1990 indicó que menos del 10% de los recursos de investigación de salud globales se aplicaban a los problemas de salud de países en desarrollo –las enfermedades predominantemente infecciosas y tropicales–, las que a su vez representaban el 90% de los problemas de salud del mundo. Este problema, conocido como el “desequilibrio 10/90”, obliga a reorientar la agenda de toda política de investigación en salud hacia los problemas de salud prioritarios de las poblaciones, más cuando se trata de recursos públicos.

Otro tema crítico del escenario actual es la brecha existente entre la producción de evidencia científica, en los más variados campos de la salud pública, y la oportuna y efectiva utilización de este conocimiento tanto para el diseño, el monitoreo y la evaluación de intervenciones sanitarias, como para las decisiones clínicas. Esta brecha entre producción y utilización es sin duda otro desafío fundamental para toda política de investigación. Su reducción, además, supone una mayor responsabilidad por parte de los investigadores para que sus resultados sean útiles en el proceso de toma de decisiones, así como una mayor responsabilidad de los que deben decidir para realizar intervenciones sanitarias y clínicas basadas sobre la mejor evidencia disponible.

Por último, la evidencia científica debe ser accesible. Actualmente se habla de una “explosión de información” y, a la falta de tiempo para ponerse en contacto con la información disponible, se suman las dificultades para acceder a las publicaciones. Estas dificultades incluyen problemas de costo, de evaluación crítica de la literatura científica y, también, barreras idiomáticas. Toda política de investigación debe enfrentar este problema y desarrollar estrategias para facilitar el acceso a la información científica de alta calidad en formatos apropiados para los diversos actores sociales y políticos que intervienen en el campo de la salud pública.

Desde 2002, estos desafíos son los que han guiado la política de investigación del Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. Las actividades desarrolladas han sido múltiples: talleres para la construcción consensuada de agendas de prioridades de investigación en diversos campos de la salud pública, apoyo a investigaciones orientadas a la resolución de los problemas prioritarios de nuestro país a través de becas individuales y de estudios colaborativos multicéntricos, y, también, un programa de publicaciones por el cual se ponen a disposición de la comunidad los resultados de estos estudios.

Este nuevo libro es un eslabón más de la estrategia de promoción y difusión de la investigación sanitaria que la Comisión Nacional Salud Investiga tiene como objetivo central de su trabajo.

Agradecemos a los investigadores que participaron en la investigación cuyo resultado es esta obra, tanto por su compromiso con la calidad de su trabajo como por su responsabilidad para ponerlo a disposición de la comunidad. Esperamos que el presente libro sea de utilidad para quienes están comprometidos con la salud de la población en sus más diversas formas: el debate social informado, las decisiones sobre asignación de recursos, la aplicación del conocimiento para el diseño de políticas e intervenciones y la difusión de evidencia sanitaria a la población general. Esperamos, asimismo, que contribuya también a promover los cambios todavía necesarios en todos los niveles para que la salud sea un derecho ejercido en toda su plenitud y para que la investigación sanitaria sea un recurso útil al servicio de esta meta.

PREFACIOS

I

Se atribuye a Plutarco, cien años antes de Cristo, el aforismo *Errare humanum est*, a partir del cual se aceptó que el ser humano es falible y por lo tanto siempre habrá errores en todos los órdenes de la vida.

También desde las inscripciones en piedra durante el reinado de Hamurabi en Babilonia, se conoce la secuencia error-culpa-castigo, tan común en los reclamos judiciales y en las sanciones disciplinarias. La mencionada secuencia no es el motivo de este libro, dedicado solo a la educación y a la prevención del error, con miras a aumentar la seguridad en la atención de los pacientes.

Muchos siglos más tarde, cuando la medicina adquirió carácter de ciencia, en los Ateneos Anátomo-Clínicos, se correlacionaban los diagnósticos con los hallazgos de autopsias, pocas veces analizando la implicancia de un error.

En otra valiosa herramienta docente, las fundamentales reuniones hospitalarias sobre morbilidad y mortalidad, tampoco se enfocaba el tema de los errores, discutiendo habitualmente sobre complicaciones referidas a la enfermedad o a los tratamientos. Pero estas reuniones, indispensables en los hospitales acreditados, introdujeron una progresiva transparencia en la presentación de casos, combatiendo la tendencia natural a ocultar errores, ya sea por temor a reclamos judiciales o a recibir críticas. Se sabe que para que un hecho sea catalogado como error, debe ser detectado y puesto de manifiesto. Para muchos no presentar un error es una falla ética, porque en la prevención de errores es primordial conocerlos e investigar sus causas.

El ámbito quirúrgico siempre ha sido un área crítica, por la rapidez e implicancia en la detección de un evento adverso o de un error. Max Thorek en Chicago, publica en 1932 *Surgical Errors and Safeguards*, analizando sus errores y los de otros, con la finalidad de prevenirlos o evitarlos, ayudando a mantener vivos los signos de peligro. Si bien el libro tuvo cuatro ediciones, quedó en el núcleo de los cirujanos que recibían publicaciones en inglés.

En la era contemporánea comienza una nueva manera de enfocar viejos problemas, con miras a investigar el factor humano, la tecnología y la organización, apuntando tanto al sistema como al profesional actuante. En 1983 el *British Medical Journal* publica el trabajo de Karl Popper (filósofo) y Neil Mac Intyre (médico) en el que señalan: "Aprender de los errores es un proceso lento, penoso y de alto costo".

Human Errors de James Reason, referido también a la psicología industrial, y publicado en Inglaterra en 1990, llegó a la profesión médica cuando en 2000 escribió en el *British Medical Journal*: "Descuidos, equivocaciones y errores son constantes de la humanidad, exacerbados por el miedo, la ansiedad y la fatiga".

Al poco tiempo, en los EE. UU., Lucien Leape dejó la cirugía, para, con dedicación exclusiva en la Universidad de Harvard, constituirse en uno de

los líderes a partir de su publicación, en 1991, *Errors in Medicine* y recién cuando el *Institute of Medicine* de los EE. UU. presentó en 1999 el tan importante informe *To Err is Human. Building a Safer Health System*, el tema adquirió difusión internacional.

Apenas dos años más tarde, en 2001, en una de las reuniones informales de Académicos, designadas así porque se abordan temas libres sin protocolo ni necesidad de votación, Alberto Agrest presentó una de sus frecuentes iniciativas. A los pocos días elevó una nota acompañada con bibliografía sobre el error en medicina, a raíz de la cual se crea un Comité de Académicos que luego encomienda al Centro de Investigaciones Epidemiológicas (hoy Instituto de Investigaciones Epidemiológicas - IEE) la puesta en marcha de un programa, para el que organizaron talleres, cursos, simposios y jornadas con el fin del intercambio de ideas. En la Tercera Jornada Nacional sobre Seguridad del Paciente, participaron representantes de los EE. UU. y de América Latina. Y en la reunión anual conjunta de las Academias Nacionales de Medicina del Plata un tópico central fue el error en medicina.

Al mismo tiempo, en 2002, la OMS exhorta a prestar atención al tema y en 2004 crea la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", el mismo año que el *American College of Surgeons* publica el libro *Surgical Patient Safety in Today's Environment*, texto indispensable para la formación de cirujanos.

La segunda parte del programa del IIE era obtener recursos económicos. Es de destacar el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación, por medio de subsidios en forma de becas, para que los investigadores pudieran trabajar en los hospitales.

Se completaba así una primera parte del trabajo, siguiendo la secuencia de una iniciativa, un programa y el apoyo económico.

La tercera etapa es *Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica*, el primer libro publicado en nuestro país sobre uno de los nuevos y trascendentales aspectos del ejercicio de la medicina.

En cuatro capítulos se detallan una variedad de conceptos, para profundas reflexiones: "los eventos adversos y los errores", "los casi errores o los que 'se detectan antes de ocurrir'", "los errores prevenibles, los difíciles de prevenir y cómo hacerlo", "la distinción entre el error 'del médico' y 'el error en medicina'", "la diferencia entre seguridad y garantía en una ciencia que no es exacta", "el factor humano en las fallas del sistema y en la organización", "la cultura de la prevención sobre la base de la educación y la disciplina", "las guías de prácticas clínicas como estrategia de prevención", "el reporte de los errores", "los sistemas de vigilancia, educación y difusión", "la transformación del error en una enseñanza", ...

La bibliografía que acompaña a cada capítulo, además de las referencias clásicas incluye trabajos en castellano, fáciles de conseguir en América Latina.

En nombre de la Academia Nacional de Medicina deseo agradecer a todos los integrantes del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas y

en particular a la doctora Zulma Ortiz con sus coautores y colaboradores, por la culminación de un profundo estudio y prolijas investigaciones.

“Salvando vidas con la prevención del error” es una disciplina silenciosa sin *feed back* inmediato, tan importante como es el cuidado de los pacientes en áreas de medicina crítica, en terapia intensiva, en el quirófano o en las unidades de trauma.

Quiero finalizar con la máxima de San Agustín: “Errar es humano, perseverar en el error es diabólico”, estímulo para un continuo perfeccionamiento

Vicente Gutiérrez

II

Una demostración clara de los altos valores éticos de la profesión médica ha sido su constante aplicación a mejorar la vida de sus congéneres, curarlos, evitar sus sufrimientos y aumentar las probabilidades de sobrevivir con recursos preventivos. Los métodos para estos logros han sido el aumento de conocimientos y la adquisición de destrezas, la disposición a aplicarlos y el respeto a los derechos de los pacientes: a su autonomía y a su necesidad de contención.

Debe reconocerse que la magnitud de los conocimientos en la medicina, el período de aprendizaje de las destrezas hasta alcanzar la máxima habilidad, los cambios permanentes en los conocimientos y nuevas técnicas, la enorme variabilidad de las condiciones individuales que limitan la aplicabilidad de conocimientos que son siempre de validez estadística, la tensión emocional del acto médico y las exigencias opresivas tanto internas como externas permiten comprender la falibilidad de los médicos y auxiliares y los sistemas de atención médica.

Esta falibilidad hace que el médico y sus auxiliares tengan por un lado el derecho a equivocarse y por el otro el deber de no dañar justificando así su lógica que no se castigue el error y su reconocimiento que sí debe compensarse el daño. Todo esto no es óbice para que se acepten las penalidades por negligencia o por ignorancia no justificable para el nivel de atención.

Es también evidente que los médicos han reconocido el valor operativo y el valor ético de la verdad.

Valor operativo es la veracidad de sus conocimientos, valor ético es que comunicar la verdad evidencia el respeto por el otro, condición indispensable de una sociedad organizada.

La veracidad tiene grados y muchas veces límites, grados como niveles de probabilidad y límites, los que el progreso de los conocimientos impone.

Los grados de veracidad han debido ir creciendo desde la experiencia individual con un número limitado de casos a una experiencia supraindividual, multicéntrica de mayor certeza probabilística, lamentablemente de menor creatividad personal y mayor ingerencia del complejo médico industrial

Esta exigencia de certeza puede deberse psicológicamente a una intolerancia a la inseguridad que puede llegar a la negación del no saber o a la parálisis operativa de la duda o a refugiarse en la aceptación escolástica de jerarquías o a refugiar la responsabilidad individual en una responsabilidad corporativa bajo el principio de lealtad corporativa (demasiado similar a la complicidad)..

La intolerancia a la inseguridad busca un orden, burocracia, que la reduzca con la sola advertencia que esa burocracia no debe ser opresiva al punto de provocar reacciones irracionales que hagan peligrar los resultados que se persiguen. La opresión burocrática como consecuencia de una rutina retardataria, fútil, basada en el orden como valor y no como instrumento de eficiencia.

Orden sin opresión podría ser que las historias clínica contaran con una sección u hoja de errores y que en ellas cada observación o dato fuera calificado subjetivamente, por ejemplo con una a seis cruces que significaran desde la duda razonable (+) a una certeza grosera (+ + + + +). La historia clínica adquiriría así valores de sinceridad y didácticos que demostrarían una real vocación de mejorar la seguridad de los pacientes. Esta historia clínica es sólo posible si se cuenta en los servicios médicos con un comité de seguridad del paciente, o de error médico, y este comité cuenta con un liderazgo motivador. Este libro busca dar pautas para ese liderazgo, ojalá lo consiga.

Alberto Agrest

INTRODUCCIÓN

La seguridad es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de la atención de las personas. La seguridad del paciente está directamente relacionada tanto con la prevención de los errores que pudieran ocurrir y se originan en el propio proceso de atención como con la mitigación y corrección de sus consecuencias. El concepto de error médico es conocido desde hace siglos; sin embargo sólo a partir de 1999 ha cobrado importancia a través de la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos, "Error es humano", en el que, además del diagnóstico de una situación catastrófica en términos de la frecuencia de errores en medicina, se enfatizó sobre la necesidad de mejorar los niveles de calidad en la atención médica.¹ Otro antecedente relevante es el estudio de Harvard que investigó la incidencia de eventos adversos, definidos como injurias causadas por la práctica médica secundarias a una atención inadecuada o negligente.²⁻³ De un total de 30.122 historias clínicas seleccionadas al azar, se encontraron 3,7% (1.133) eventos adversos, de los cuales 58% fueron considerados errores prevenibles.

El estudio de Harvard tuvo un importante impacto político y científico. Sobre la base de sus resultados y del estudio realizado en UTAH-Colorado en 1992, investigadores del Instituto de Medicina de USA estimaron la cantidad de ciudadanos norteamericanos que morirían en los hospitales por causa de errores en la atención.⁴ Estas proyecciones fueron difundidas en el libro "Error es humano", que tuvo un impacto muy grande en políticos, funcionarios, profesionales del sector salud, e incluso, público en general, y puso a la seguridad del paciente como una de las prioridades de las políticas de salud.¹ Desde el punto de vista metodológico, el estudio de Harvard propuso un enfoque sistemático basado en la detección de los errores en la atención en dos etapas: una primera fase de tamizado, en la que se identifican las historias clínicas correspondientes a internaciones con mayor probabilidad de presentar eventos adversos; y una segunda fase, en la que un grupo de revisores confirman la presencia del error. Esta metodología fue adoptada en los años sucesivos por múltiples países.

En 1995, en un estudio realizado en Australia,⁵ se encontró que, en un total de catorce mil ciento setenta y nueve admisiones hospitalarias, se observó la ocurrencia de un evento adverso en 16,6%, 13,7 % resultaron en discapacidad permanente y 4,9% en muerte. Más de la mitad de estos hechos fueron considerados prevenibles. En 2001, en un estudio realizado en hospitales británicos,⁶ se analizaron mil catorce historias clínicas y se encontró una tasa de error del 11,7%. En 2004, en Canadá, se realizó una revisión de tres mil setecientos cuarenta y cinco historias clínicas y se reportó una tasa del 7,5% de eventos adversos.⁷

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización⁸ (ENEAS 2005), realizado en España, incluyó una muestra de veinticuatro hospitales públicos, seis de tamaño pequeño (de menos de doscientas camas), trece de tamaño mediano (de doscientas a cua-

trocientos noventa y nueve) y cinco de tamaño grande (mayor o igual quinientas camas). De cuatrocientas cincuenta y un altas en hospitales de tamaño pequeño, dos mil ochocientos ochenta y cinco en los de tamaño mediano y dos mil doscientas ochenta y ocho altas en los de tamaño grande; se obtuvo un total de cinco mil seiscientos veinticuatro historias. Los criterios de inclusión fueron: pacientes ingresados, cuya hospitalización fuera superior a veinticuatro horas, en los hospitales seleccionados, que tuvieran historia clínica en ellos y que hubieran sido dados de alta del cuatro al diez de junio de 2005 (ambos días inclusive). La revisión sistemática de las historias la hicieron ciento veintiocho profesionales de diversos centros sanitarios y universidades. Por su tamaño es el segundo estudio más grande realizado hasta la fecha en Europa y el quinto en el mundo. Se detectaron mil sesenta y tres pacientes con eventos adversos durante la hospitalización, siendo la incidencia de aquéllos, relacionados con la asistencia sanitaria, del 9,3% [525/5.624; (IC95%: 8,6 - 10,1%)]. La incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria –excluidos los de atención primaria, consultas externas u ocasionados en otro hospital– fue del 8,4% [473/5.624; (IC95%: 7,7% - 9,1%)]. Sus resultados son comparables a los encontrados en estudios realizados con metodologías similares en el Reino Unido, Francia, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá.⁸

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

En julio de 2001, fue aprobada por Resolución N° 517/01 del Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina, la creación de un Comité de Error y Calidad en Medicina. Este Comité, integrado por cuatro miembros de la Academia, encomendó al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas investigar sobre la “epidemia del error en medicina”. Este Instituto diseñó, desarrolló e implementó un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes, en cuatro instituciones. La implementación fue progresiva y en cada una el programa sufrió variaciones respecto del diseño que si bien no afectaban su esencia, daban cuenta de la adaptación local que siempre se hizo.

En noviembre de 2003, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) otorgó un subsidio, a través del Programa Vigi+A, para ser ejecutado hasta noviembre de 2004, el que permitió implementar parte del programa en dos instituciones: el Instituto Dr. Alfredo Lanari, de Buenos Aires y el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca “Dr. Felipe Glasman”. En abril de 2005 y hasta abril de 2006, la Comisión Nacional Salud Investiga (ex CONAPRIS), del MSN otorgó nueve becas para continuar con la implementación del programa en estas instituciones y complementarlo con dos hospitales de pediatría: Dr. J. P. Garrahan, de Buenos Aires y Santísima Trinidad, de Córdoba.

Propósito y componentes

El primer aspecto que debe señalarse es que el programa fue diseñado con la perspectiva de contribuir desde la Academia Nacional de Medicina a mejorar la seguridad en la atención médica de los pacientes y poder contar con un conjunto de instrumentos que ayude a las instituciones de nuestro país a mitigar los efectos de las fallas que pueden ocurrir durante los procesos de atención médica.

La conformación del conjunto de instrumentos exigió su diseño, validación o evaluación, según los antecedentes disponibles. Para un mejor aprovechamiento del instrumental se lo clasificó y organizó en cuatro componentes: a) cultura organizacional para la seguridad del paciente, b) sistemas de información para la vigilancia del error durante el proceso de atención e identificación de eventos adversos, c) mejoramiento continuo de la seguridad del paciente y d) gestión de conocimiento.

El componente de cultura organizacional, fue orientado al análisis y caracterización de la cultura de la seguridad organizacional de instituciones de salud con internación. El segundo componente, sistemas de información para la vigilancia del error e identificación de eventos adversos estaba destinado a analizar la frecuencia y tipos de errores y eventos adversos que pueden ser identificados por diferentes estrategias de recolección de datos e información; por ejemplo, las historias clínicas, las notificaciones voluntarias, anónimas y confidenciales o los registros de eventos adversos.

El componente mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes, estuvo destinado al desarrollo, validación y adaptación de instrumentos tales como: guías de práctica clínica, indicadores de seguridad y herramientas para el análisis de los errores o eventos adversos.

Finalmente, el componente de gestión de conocimiento se diseñó con el objetivo de crear conciencia sobre el error en medicina, abogar por medidas correctivas que favorezcan la mitigación de los errores y generar una red de individuos e instituciones para facilitar la transferencia de tecnologías dirigidas a formar y capacitar personal sanitario en aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes.

A cuatro años de la implementación del programa de mejoramiento en la seguridad de la atención médica de los pacientes, aprendimos conceptos claves, experimentamos frustraciones y aciertos; y sobre todo adquirimos conocimientos, habilidades y destrezas que queremos compartir. Los contenidos de este capítulo intentan resumir los aprendizajes en cinco aspectos: a) los relacionados con la organización e implementación del programa, b) aquellos relacionados con el error en medicina, c) con la cultura de la seguridad, d) con la investigación en los servicios de salud y e) con la socialización de la información.

ACERCA DE LA ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La implementación de un programa siempre requiere de planificación y liderazgo para aproximar al máximo los resultados observados a los resultados esperados. Si se definiera con una ecuación la relación entre ambos, el resultado de esa ecuación debería ser uno. Esto implicaría,

en términos matemáticos, que los resultados observados son iguales a los esperados. Pero un programa no es una ecuación matemática; es un plan, proyecto o declaración de lo que se piensa realizar. También puede ser definido como un conjunto de actividades que serán ejecutadas para lograr ciertos resultados en un tiempo preestablecido. La ejecución de esas actividades siempre implica desafíos y barreras que vencer.

Según el Dr. Agrest, "ocuparse del error en medicina puede parecer un proyecto ingenuo de una personalidad obsesiva perfeccionista o una reacción de responsabilidad social a las pérdidas económicas que el error médico ocasiona...". Frente al flagelo del error en medicina, la Academia Nacional de Medicina reaccionó con responsabilidad social y comenzó el estudio del problema. Desde el inicio sabíamos que los desafíos que deberíamos enfrentar eran muchos; sin embargo, la convicción de estar haciendo "algo" que podía mejorar la crítica situación de la seguridad en la atención de los pacientes, nos ayudó a continuar con el plan y llegar a esta instancia.

Según Bateman y Snell,⁹ somos un grupo de individuos y recursos que se ha establecido consciente y formalmente para alcanzar ciertas metas que sus miembros serían incapaces de lograr por sí mismos. Como grupo definimos nuestra misión y objetivos enmarcados en el ámbito de la Academia Nacional de Medicina, liderados por el Comité de Error y Calidad en la Atención Médica que se creó para tal fin y guiados por un esquema de trabajo.

Esquema de trabajo interno

Primer paso: explicitar la finalidad del grupo: misión y objetivos

Segundo paso: definir roles y distribución de tareas en el grupo

Tercer paso: diseñar e implementar el programa

Cuarto paso: implementar sistemas de comunicación y coordinación con diversos actores y organizaciones participantes en el programa

Quinto paso: establecer criterios de evaluación y control de los resultados del programa

Nuestra misión fue definida como: "contribuir a la reducción de los errores y al mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes, mediante la creación de un cuerpo de conocimientos, la difusión y promoción de la aplicación de ese conocimiento en instituciones sanitarias interesadas".

Los objetivos planteados desde el inicio fueron:

- Favorecer una cultura no punitiva que aliente al personal de los equipos de salud a incrementar su preocupación por los errores y riesgos en los procesos de atención.
- Promover el reporte de incidentes, errores en la atención y eventos adversos con fines de aprendizaje para facilitar la mejora en la seguridad del paciente.
- Abogar por el uso de prácticas seguras que mejoren la calidad de la atención médica y sanitaria.
- Crear una red de personas e instituciones interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes.

Para poder lograr los objetivos se estructuró un programa con cuatro componentes (figuras 1 y 2). Los fondos aportados por el Ministerio de Salud de la Nación facilitaron la implementación del programa en cuatro instituciones. Si bien el rol de las autoridades fue crucial para ingresar, instalar la temática y generar un espacio de debate y reflexión sobre los riesgos a que los pacientes y el equipo de salud están sometidos; la implementación se sostuvo gracias a los profesionales que aceptaron, comprendieron y estuvieron dispuestos a participar. Una vez más confirmamos que el apoyo de los niveles gerenciales no es suficiente para garantizar la sustentabilidad de las actividades. Se requiere construir capacidades en la institución, involucrando al mayor número posible de profesionales que posean la voluntad y las competencias necesarias para lograr el cambio.

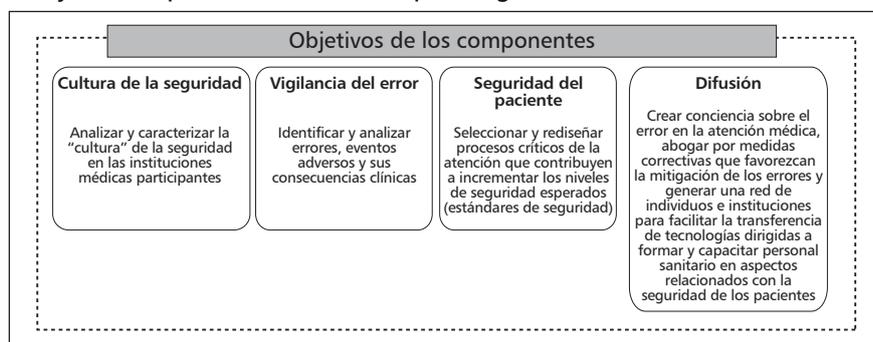


Figura 1 - Objetivos de los componentes

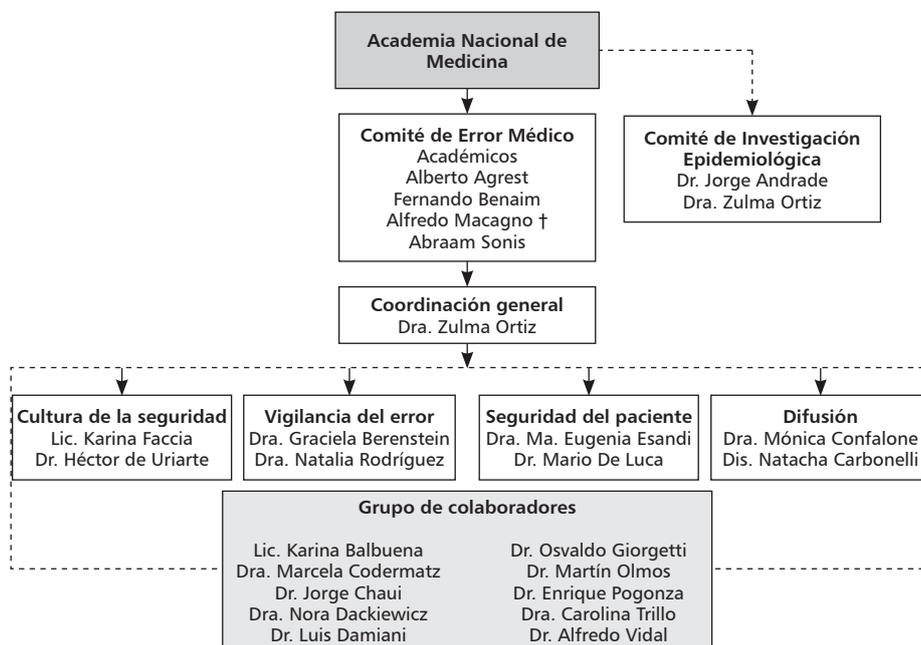


Figura 2 - Organigrama del programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes

Desarrollo del programa desde su creación a la actualidad

Año 2001: el Académico Dr. Alberto Agrest propuso trabajar o investigar sobre el error y la calidad en medicina en la ANM, creándose una comisión responsable.

Año 2002: se solicita al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas (IIE) la investigación del problema. El IIE diseña el programa y busca financiamiento para su implementación.

Año 2003-2004: el Ministerio de Salud de la Nación otorga becas a través del Programa Vigi+A para analizar aspectos culturales relacionados con el error en medicina y la seguridad del paciente en dos instituciones médicas: Instituto Alfredo Lanari y el hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca "Dr. Felipe Glasman".

Año 2005-2006: un nuevo aspecto del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) permite continuar con el programa en estas instituciones y comenzar en los hospitales: "Santísima Trinidad", de Córdoba, y "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", de Buenos Aires.

Año 2006: se implementaron los sistemas de comunicación y coordinación que favorecen el interés por la implantación del programa en nuevas instituciones. Comienza a diseñarse la red.

ACERCA DEL ERROR EN MEDICINA

El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no había que hacer y lo que no era verdad. Se trataba de un problema intelectual y científico que simplemente desafiaba misterios en la adquisición y aplicación de conocimientos, y su análisis constituía una excelente herramienta docente. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que el error era producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, y era necesaria la culpa. Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo que, cuando era considerado como producto de mala práctica, determinó que se ocultara, disimulara con falsedades, o transfiriera la propia responsabilidad a otro.

Todo esto determinó que se dejara de aprender del error, olvidamos que los seres humanos son seres falibles, más aún cuando actúan en un sistema complejo y dimos lugar a que en nuestro país, prevalezca un enfoque centrado en la culpa de las personas como causa del error. La ocurrencia de un error es seguida por la búsqueda, explícita o no, del "culpable". Esta situación promueve mayor temor en los profesionales de salud y genera una creciente tendencia a ocultar los errores.

Los errores siempre ocurrirán, pero es posible minimizar su ocurrencia o sus consecuencias, sólo si se los enfrenta y se los entiende como oportunidades para la mejora del sistema. Es necesario avanzar más allá de "que le pasó a ese médico, o a esa enfermera", al por qué sucedió, tratando de encontrar las causas primarias o factores determinantes, que generalmente radican en la estructura y procesos de un sistema que deben ser corregidos o mejorados.¹⁰

Existen dos aproximaciones para el análisis del error humano que se contraponen (tabla 1) y que sirven para el diagnóstico del cual se parte si se quiere implementar un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes.¹¹ El reconocimiento que “las verdaderas causas” se ocultan en el sistema y no en el individuo en el que se observa el error, puede ayudar a generar un cambio en pro de la seguridad. Verdaderos abismos se han abierto entre lo que se sabe y lo que se hace, entre lo que académicamente podría hacerse y lo que prácticamente puede hacerse, y entre lo que se hace y lo que debe hacerse. Constituyen errores lo que se hace y no debe hacerse y lo que no se hace y debe hacerse.¹⁰ El error ha sido definido como “la falla de completar una acción planeada tal como se pretendía (error de ejecución) o la utilización de un plan incorrecto para alcanzar un determinado objetivo (error de planeamiento).¹²⁻¹³

Los errores pueden ser de práctica, de recursos propiamente dichos, o de sistemas, producidos sea por incapacidad personal, por defectos en los recursos o por desorganización. Son errores de práctica las omisiones de datos relevantes en la historia clínica, en el interrogatorio o en la semiología, la limitación de cualidades sensoriales o perceptivas, la incapacidad interpretativa y de valoración de los hallazgos, la incapacidad docente con los pacientes y el desconocimiento de la sensibilidad y especificidad de los métodos semiológicos y de los exámenes auxiliares. En ocasiones, el error es consecuencia de la utilización de aparatos mal calibrados y de reactivos y medicamentos perimidos: estos constituyen los errores de recursos. Finalmente, se considera como error de sistema a aquel que no resulta de una acción individual por ignorancia o impericia, sino por una serie de acciones y factores que dependen de la organización de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

La accesibilidad tardía o dificultosa a la atención médica, el tiempo abreviado de consulta con el paciente y con los recursos informáticos, la falta de controles o su inoperancia, la desincentivación de médicos y auxiliares, la elección de personal no calificado para las tareas asignadas constituyen sólo algunos ejemplos de errores del sistema. La magnitud del daño generado por estos errores en términos de morbilidad, mortalidad y recursos perdidos parece ser extremadamente alta. La problemática del error es más frecuente en los extremos de la vida, en procesos asistenciales más complejos o urgentes y al prolongarse la estadía hospitalaria.

En nuestro medio si bien se desconoce en general la magnitud, gravedad y vulnerabilidad de los eventos adversos, errores o posibles errores, hay evidencias que señalan que la situación no es diferente a la del resto del mundo. Al igual que en la literatura internacional, en la Argentina, las especialidades de pediatría, cirugía y anestesiología, junto con sus tópicos legales asociados, son las que más han publicado sobre el tema.¹⁴⁻²¹

Tabla 1 - Supuestos que se basan en dos aproximaciones para el manejo del error en medicina.

Supuesto	Centrada en la persona	Centrada en el sistema
Sobre el error	Todas las personas cometen errores, pero uno es el culpable	Todas las personas cometen errores
Sobre la responsabilidad	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en factores individuales que impidieron una conducta acertada	Los errores son consecuencias, y sus causas deben ser buscadas en el sistema y corregirlas
Sobre los factores que operan o determinan el error	Los errores están relacionados con aspectos del trabajo de las personas tales como: - incumplimiento intencionado - distracciones o lapsus - ejecución incorrecta de procedimientos - problemas de comunicación - decisión de correr un determinado riesgo - falta de formación o entrenamiento - el cansancio (especialmente en las guardias)	- Los errores están relacionados con las condiciones de trabajo: - falta de tiempo - escasa remuneración - falta de tiempo protegido para la actualización de conocimientos - escaso-nulo incentivo para mejora del desempeño - pérdida de autonomía para las decisiones - ambientes no seguros (edilicios, insumos, cantidad de recursos humanos) - La sobrecarga de trabajo, la cantidad de pacientes a cargo y el tiempo que se le puede dedicar a cada paciente - la falta de personal
Sobre la notificación	El temor al castigo personal físico (la cárcel), psicológico (el desprestigio) y económico más que un estímulo para la prevención es un estímulo para el ocultamiento. ²	Los sistemas que operan en situaciones de alto riesgo y tienen baja tasa de eventos adversos (como la aviación o las plantas nucleares) ofrecen modelos útiles para la notificación del error
Sobre el tratamiento del error	Es muy importante entender cuáles fueron las causas de las fallas e identificar los responsables de las fallas	No es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas, sino que es mucho más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron

En nuestro país, garantizar la seguridad parecería limitarse a "*identificar y actuar sobre el culpable del error*". Esta situación pone en evidencia la necesidad urgente de instalar a la "seguridad del paciente" como un aspecto prioritario del sistema de salud. Para ello, se requerirá de un prolongado proceso de educación y concientización que permita sentar las bases para la construcción de una cultura de la seguridad diferente, centrada en el paciente y la familia. En países desarrollados la difusión del tema ha crecido exponencialmente en la última década. Estos países dan creciente importancia a la seguridad de los pacientes en sus políticas de salud y algunos tienen agencias que se dedican específicamente al tema.

La Argentina tiene condiciones estructurales y culturales muy distintas, que hacen presuponer que incorporar el tema en la agenda política demandará más tiempo, que la inversión de recursos será menor y que las barreras culturales impedirán algunos logros en el corto y mediano plazo. Por ejemplo, uno debería comenzar por aceptar que la medicina es proclive al error y es comprensible la inevitabilidad del error por la incertidumbre inherente a toda actividad humana, la predictibilidad incompleta y sólo probabilística que ofrecen los conocimientos médicos y los inevitables límites impuestos por el tiempo.¹⁰ Es muy difícil para la sociedad aceptar esto y mucho más para un individuo enfermo cuando el error afecta a su persona; sin embargo no es imposible que lo entienda y ya existen voces de pacientes que aceptan esta condición sí y sólo sí, se les dice la verdad.

La racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias, así como las situaciones o circunstancias que se cree determinaron su aparición. Esta transparencia sólo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el error no sea equivoque sino que uno mismo no aprendiera a no cometer idéntico error y enseñara para que no lo cometa toda la corporación médica.¹⁰

La gente no actúa sola, su conducta está modelada por las circunstancias y la cultura organizacional. El médico que se ha sentido seducido por el reconocimiento, el afecto, el respeto y la retribución, sufre hoy el acoso de las exigencias de sus pacientes, las organizaciones donde trabaja y las instancias legales que se movilizan por los reclamos por sus actos. Esto último ha generado una "litigiosidad indebida" y una medicina defensiva que trata de no exponerse retaceando asistencia en situaciones en las que se prevén conflictos, prefiriendo la inacción a actitudes eventualmente salvadoras.²²

Toda esta situación es indeseable y, si bien no es fácil revertirla, combatir la desinformación a través de la gestión de riesgos podría ser un camino. Las actividades de los gestores de riesgos en los centros sanitarios están evolucionando, adoptando una actitud más preventiva y de anticipación, que supone la colaboración con el equipo de salud en el desarrollo de programas de prevención de riesgos, entre ellos los de prevención de errores de medicación. Los gestores de riesgos son parte de un equipo que debe analizar las causas de los incidentes que se producen, utilizar la información para diseñar y promover acciones de mejora, e introducir los principios de gestión de riesgos de una forma integral en las actividades y en la cultura de las organizaciones. De esta manera es posible crear y mantener cambios significativos en los sistemas, que mejoren la calidad de la prestación de servicios sanitarios y la seguridad de los pacientes.²³

Para finalizar es importante señalar que los reclamos legales representan una pequeña porción del costo total de los errores y muy pocos errores terminan en reclamos legales. Los errores deben ser entendidos como una oportunidad para el aprendizaje individual y para la mejora del sistema.

ACERCA DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD

En el comienzo nos atraía la idea de implementar un registro que sirviera para conocer la “epidemiología del error” y favorecer el aprendizaje a partir de los errores. Sin querer, cometimos el primer error y fue nuestra primera frustración. No tuvimos en cuenta que la implementación de un registro exige conocer, entre otras cosas, la cultura que opera en el lugar o ámbito en donde se pretende instalarlo. Decidimos analizar la cultura y así, transformamos esa frustración en acierto. El primer paso fue definir cultura como el patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que, por lo tanto, es enseñado a los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas.

La indagación de un supuesto básico consiste en identificar las creencias, valores, códigos ético-morales e ideologías que se encuentran tan arraigadas que tienden a salir de la conciencia. Los supuestos básicos son percepciones acerca de la verdad, la realidad, las maneras de pensar y de sentir, que se han desarrollado a través de éxitos repetidos, resolviendo problemas a lo largo de períodos de tiempo extendidos. Esos supuestos básicos se dan en dos órdenes: a) del grupo con el entorno (adaptación externa) y b) de los miembros del grupo entre sí (integración interna). La identificación de estos supuestos básicos fue crucial para poder planificar las actividades del programa y focalizar sobre aquellos elementos que podían poner en peligro su éxito (figuras 3 y 4).

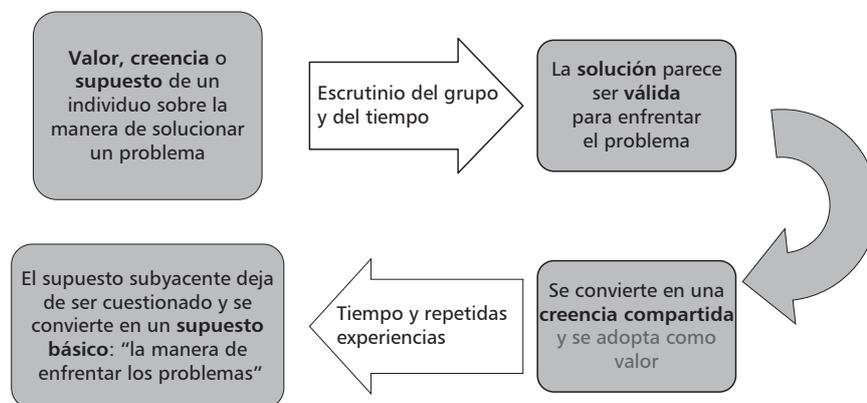


Figura 3 - ¿Cómo se forma un supuesto básico?

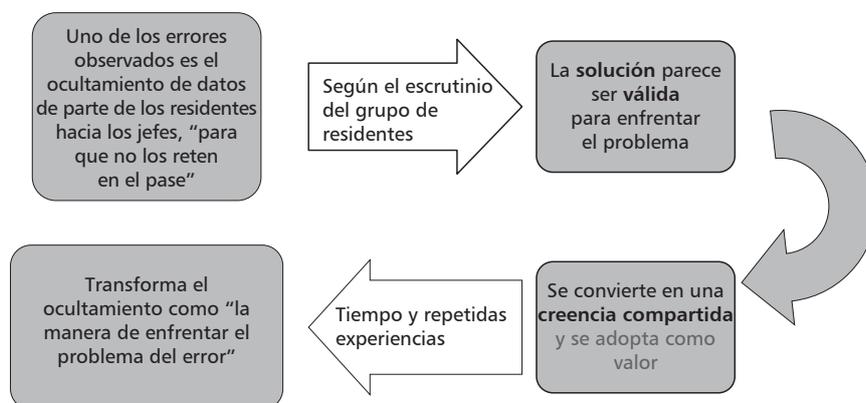


Figura 4 - Supuesto básico: el error debe ocultarse

Hallazgos tales que el error debe ocultarse, permiten diseñar estrategias que favorecen el cambio; por ejemplo en este caso la concientización de otro supuesto básico: los errores no deben ocultarse. A continuación se describen otros provenientes de testimonios y sobre los cuales es necesario continuar trabajando.

"Bueno, mirá, eso ya no es un error, eso ya es una cultura, pero el problema no es de los residentes, el problema es del tutor que yo no sé si es el becario, si es el residente de segundo año o si es el asistente, yo creo que el problema es del tutor, no del residente, por ahí el residente de soberbia no pregunta y no le importa y saca, pero me parece que el problema viene del tutor, no del residente" (médico participante de un grupo focal).

"...Con esa gente ya no se puede hablar, o sea es como que uno, bueno, ya no se discute más en la terapia y se termina mandando lo que ellos quieren y yo insisto que no puede ser así, porque 'yo soy más viejo y porque soy médico, mando y no te escucho', o sea, a veces falta... hay gente que tiene la capacidad de seguir aprendiendo de la gente joven y me incluyo, es hasta el día de hoy que tengo pasantes a cargo y sigo aprendiendo de la gente joven y la escucho, como así también aprendo de la gente que tiene experiencia..." (nutricionista del servicio alimentación participante de un grupo focal).

"...La falta de trabajo en equipo interdisciplinario, [el maltrato al paciente], la falta de compromiso, los servicios que funcionan mal, las dificultades en las relaciones personales entre los especialistas, la "autosuficiencia" de los médicos clínicos..." (enfermera de sala de internación).

Otros elementos de la cultura organizacional que exigen otro nivel de abstracción son los artefactos y los valores adoptados (figura 5). Estos elementos también pueden ser identificados y analizados a través de las técnicas cualitativas. Por ejemplo, la investigación acerca de los patrones de comportamiento cuando alguien comete un error (artefactos) arroja estos testimonios:

“Lo que pasa que nosotros tenemos una cultura medio rara, el hecho del error es para culpar...” (médico).

“...En realidad la cultura, no sé si la Argentina, pero a nivel nacional si yo cometí un error y me incluyo en la situación, primero ocultamos, si me equivoco lo oculto, porque tengo miedo, porque el error implica una culpa de por sí. A vos, como persona o el que lo siente por la profesión, pero además está que vos sos culpable de esto y va un castigo, no es bueno, me puedo equivocar una vez, porque te puede pasar tranquilamente. Yo creo que no hay una cultura para decir, somos personas benévolas todos, de decir bueno te perdono, no me tenés por qué perdonar, pero bueno. Hablando se podría revertir parte de esta situación...” (enfermera de sala de internación).

“Acá en el hospital, el error depende quién lo cometa, si lo comete enfermería sale en crónica. El error cuando es cometido por los médicos se arregla todo, se limpia la historia y no pasa nada, esto es una realidad que pasa. Pero es como que en otros niveles el error está más castigado” (médica de sala de Internación).

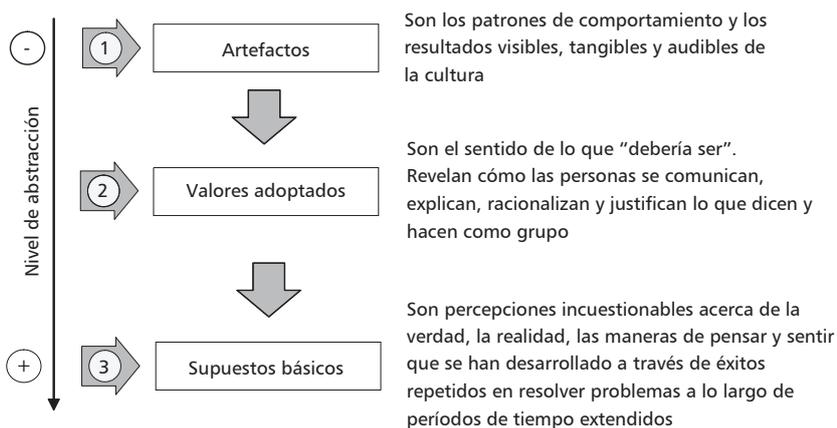


Figura 5 - Elementos de la cultura organizacional según nivel de abstracción.

De la misma manera al indagar sobre los valores adoptados, el “deber ser” en la organización respecto del error, encontrábamos estos testimonios:

“...Deberían publicarse los errores en forma anónima para reconocer y conocer tipos de errores...” (médica del servicio infectología).

“...Se debería discutir con los colegas y con los jefes sin represalias para poder aprender. Se necesita lograr un buen grupo de trabajo. La confianza mejora el funcionamiento...” (médica del servicio infectología).

“...La implementación de un buzón podría ser una buena idea para denunciar los errores y analizarlos. Es necesario un comité de seguridad para minimizar los errores, denunciarlos y no ser prejuizados y evitar consecuencias graves en los pacientes...” (médica de sala de internación).

La cultura de la seguridad se refiere al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que, en los procesos de atención en salud, asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje”.²⁴ La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica que no depende de una única persona, tecnología o departamento. Mejorar la seguridad implica comprender como interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igualmente relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no sólo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.

ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Para el pensamiento científico no sólo es importante estar en lo cierto sino también estarlo por las razones correctas. En ciencia, el error no sólo es aquél que no acierta, provoque o no daño, sino aun el que acierta con fundamentos equivocados. Para el hombre común, error es lo que provoca daño o demuestra nuestra incapacidad, nuestra falta de conocimiento o nuestra falta de destreza.¹⁰ La problemática del error en medicina y seguridad del paciente se alberga en el ámbito sanitario, espacio en el que múltiples actores con diversas perspectivas, prioridades e intereses podrían dificultar o facilitar la implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes. Una estrategia para revertir situaciones como estas y lograr que individuos,

intereses y prioridades confluyan en un mismo objetivo, podría ser la investigación.

Se esperaría que una investigación en servicio, de carácter operativo contribuya al desarrollo de capacidades que vayan en la dirección de incrementar: a) la sensibilidad respecto a la ocurrencia de errores, b) el control en relación con su ocurrencia y c) la eficiencia en la gestión de los recursos necesarios para evitar que los errores ocurran. Nuestra investigación ha buscado establecer un conjunto de prácticas tendientes a la mejora continua de la seguridad y calidad en los procesos de atención a pacientes internados y ambulatorios. El objetivo final de la mejora continua supone lograr efectividad y eficiencia de las intervenciones médicas, así como también la satisfacción de todos los protagonistas en la atención de pacientes; un progreso consciente y cuantificable hacia la disminución de los errores y un incremento en excelencia médica.²⁵ La instrumentación del programa de mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes a través de la investigación polifacética (epidemiológica social operativa) fue una construcción dinámica y flexible del conocimiento, con una modalidad multi, inter y transdisciplinaria, que transformó lo conceptual en empírico y viceversa. Se trató de una experiencia vivencial, que otorgó un carácter conmovedor a los sucesos que se descubrían y que permitían por un lado el involucramiento emocional de los equipos de salud y por otro la generación de evidencia científica acerca de la ocurrencia de errores y las prácticas para evitarlos.

El carácter multicéntrico de esta investigación favoreció el intercambio y transferencia de tecnologías entre los equipos de salud de cada institución. El proyecto incluyó múltiples actividades de capacitación y desarrollo de tecnologías como las guías de práctica clínica que permitirían además de disminuir la variabilidad en las prácticas mejorar la seguridad de los pacientes que es el objetivo principal de esta investigación.

Se espera que a través de la investigación, las instituciones se vean fortalecidas no sólo por contar con recurso humano calificado y entrenado para llevar adelante un programa para la seguridad de los pacientes en su institución, sino también por generar un "clima de seguridad" diferente, en el que prevalecen la confianza, el espíritu de colaboración y un equipo de salud dispuesto a alcanzar altos estándares de calidad. Los profesionales de salud conocen la falibilidad de la profesión, la incertidumbre ante cada decisión, la angustia y depresión por el error cometido y el temor a la querrela por mala práctica. La intención de este programa es, por un lado, proveer la narración del error, destacando todo el valor educativo que tiene la transmisión de una experiencia con la estructura de un cuento. Por otro lado, compartir con colegas la crisis emocional que el error provoca. Finalmente, "aprender de la experiencia de otros", sistematizando y estructurando de un modo científico los distintos factores que conducen al error. Dar a cada uno de esos factores su real frecuencia e importancia y, con esta información, diseñar una estrategia que promueva la seguridad del paciente a través de la identificación y prevención de los errores en el proceso de atención.

El liderazgo de la Academia Nacional de Medicina, sumado al prestigio cultivado en más de cien años de existencia, contribuye para que las instituciones médicas presten atención a una problemática que en general se oculta o no se visibiliza. Este esfuerzo inicial de la Academia puede servir como patrón o modelo para su replicación por parte de otras organizaciones interesadas en promover una cultura de seguridad.

La implementación del programa de mejoramiento de la seguridad se basó en principios y valores que pretenden revitalizar la idea de que *"errar es humano"*. La metodología de estudio permite su replicación en contextos diversos que necesariamente deben contar con el aval y compromiso institucional. De la misma manera el programa de la Academia podrá perfeccionarse en la medida en que las autoridades sanitarias definan la seguridad de los pacientes como una prioridad dentro de la agenda política. El trabajo en red implica reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación²⁶ e implica un proceso que requiere tiempo y perseverancia en el accionar.

ACERCA DE LA SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La comunicación es la piedra fundamental de cualquier civilización o cultura. Toda comunicación verbal, escrita o simbólica involucra un transmisor y un receptor. En este sentido, la presencia en Internet ha significado mucho más que una manera de transmitir información. La conformación de la red y la inclusión de espacios de permanente interacción entre los actores, nos ha permitido establecer lazos, dentro y fuera de nuestro país, que han hecho posible el contacto entre personas, entre personas e información y han establecido un espacio de participación integrada, por fuera de los estratos institución- médico- paciente, donde el acceso a la información y la oportunidad de expresión, han significado posibilidades concretas y democratizadas.

En una mirada sociológica, la socialización es el proceso mediante el cual se inculca y se transmite, generación tras generación, la cultura a los miembros de la sociedad. Las personas aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potencialidades y habilidades necesarias para la participación adecuada en la vida social y se adaptan a las formas de comportamiento organizado característico de su sociedad.

Socializar la información, el conocimiento y las expresiones, implica que todos los actores de este "proceso social" dispongan de una diversidad necesaria, para que el cambio de paradigma propuesto resulte exitoso. Sólo con información oportuna y disponible se construye un cambio a partir del cual la figura de emisor y receptor no tenga un lugar definido, de modo que la palabra esté donde es necesario expresar y donde es necesario receptor opiniones y verdades que construyan un nuevo "comportamiento organizado" característico de una sociedad nueva.

Esta es, sin duda, una de las más significativas lecciones aprendidas y el mayor incentivo para seguir construyendo el cambio entre todos... *Todos debemos aportar nuestros conocimientos y amor en lo que hacemos, si*

hay errores estos deben servir para mejorar. Es necesario tener la humildad de reconocerlos”, (anónimo, del libro de visitas de la página web).

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO

- 1) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, Committee of Quality in Health Care in America. *To Err is Human. Building a Safer Health System.* Institute of Medicine”, National Academic Press, Washington D. C., 1999.
- 2) Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al., The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II, *New Eng J Med*, 1991, 324: 377-84.
- 3) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al., Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I, *N Engl J Med*, 1991, 324: 370-6.
- 4) Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al., Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado, *Med Care* 2000, 38: 261-71.
- 5) Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al., The Quality in Australia Health Care Study, *Med J Aust* 1995, 163: 458-71.
- 6) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M, Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review, *BMJ* 2001, 322: 517-9, Erratum in: *BMJ* 2001, 322:1395.
- 7) Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al., The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada, *CMAJ* 2004, 170:1678-86.
- 8) Aranaz JM, Aibar RC, Vitaller Burillo J, Ruiz López P, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005, informe febrero 2006, disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf>.
- 9) Bateman, T, Snell, S, Administración. Una ventaja competitiva, 4ª ed. Mc Graw Hill, 2001, 685 págs.
- 10) Agrest A, Introducción al Error en Medicina, disponible en <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>, abril 2004, CIE, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
- 11) Reason J, Human Error: models and management, *BMJ*, 2000, 320: 768-70.
- 12) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, “Why do Errors Happen?”, en “To Err is Human”. *Building a Safer Health System.* Committee of Quality in Health Care in America, Institute of Medicine, National Academic Press, Washington D. C., 1999.
- 13) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, “Errors in Health Care: A leading Cause of Death and Injury”, en “To Err is Human”. *Building a Safer Health System.* Committee of Quality in Health Care in America, Institute of Medicine, National Academic Press, Washington D. C., 1999.
- 14) Ferreres A, Schiavo H, Baldomar J, Gutiérrez V, El protocolo quirúrgico: su análisis médico-legal, *Rev. Arg. Cir.* 2003, 84:55-61.
- 15) Iribarren C, Arribalzaga EB, Curutchet HP, Error Médico en Cirugía, *Rev. Arg. Cir.*, 2003, 85:124-34.

- 16) Manrique JL, Pelisch AM, Marino M et al., Oblito: Incidencia, consecuencias médicas, legales y éticas, *Rev. Arg. Cir*, 2003, 85:31-5.
- 17) Fiscella L, Martínez D, Graziola E et al., Complicaciones graves y fatales de anestesia: análisis prospectivo en 20.840 intervenciones quirúrgicas, *Rev. Argent. Anesthesiol*, 1991, 49:197-263.
- 18) Mercuriali A, Ramírez AF, Usarralde E., La detección del error y su control, un desafío para el anesthesiólogo, *Rev. Argent. Anesthesiol*, 1994, 57:99-106.
- 19) Enríquez, D, Inclusión de la computadora en la práctica diaria de la neonatología: programas de aplicación realizados en una planilla de cálculos, *Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sardá*, 1999, 18:99-103.
- 20) Ceriani Cernadas, J, El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión, *Arch. Argent. Pediatr.*, 2001, 99:522-29.
- 21) Caino S, Adamo P, Kelmansky D, Lejarraga H, Impacto del entrenamiento sobre el error de mediciones antropométricas, *Arch. Argent. Pediatr*, 2002, 100:110-3.
- 22) Agrest A, Acoso a los médicos, *Medicina (B Aires)*, 1998, 58:763-64.
- 23) Otero López MJ, Errores de medicación y gestión de riesgos, *Rev Esp Salud Pública*, 2003, 77: 527-40.
- 24) Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB, Promoting a Culture of Safety, in Agency for Healthcare Research and Quality, U. S. Department of Health and Human Services. *Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices*, Editorial Board, 2001, Chapter 40, págs. 447-57
- 25) Saturno P, ¿Qué es y para qué sirve un programa de Gestión de la Calidad?, en: Saturno PJ, Parra PI, Gascón J, *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*, tomo I, cap. 3, DuPont Pharma, Madrid, 1997.
- 26) Rovere MR, *Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999:37.

CONCEPTOS CLAVES PARA ENTENDER LA CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La noción de cultura en las ciencias sociales posee una larga trayectoria desde su génesis social en la edad media, el iluminismo del siglo XVIII, la invención del concepto científico en el siglo XIX hasta las diferentes corrientes que le dan significado en el siglo XX. La antropología y la sociología son las principales ciencias en la construcción de las diferentes teorías que le fueron dando forma al concepto de cultura.¹

Los conceptos cultura del error y cultura de la seguridad en el área de la salud, abordan y definen a la "cultura" dentro de las teorías contemporáneas que hablan de las "subculturas" o "microculturas" (resulta habitual leer en la bibliografía consultada expresiones del tipo "cultura de la medicina" o "cultura hospitalaria" como subculturas dentro del ámbito sanitario); y la "cultura organizacional", vinculada al campo de las teorías de las organizaciones empresariales y el *management*. Estas teorías sobre la cultura se describieron en el mundo de la administración y gestión empresarial en los Estados Unidos en las décadas de los 70 y los 80, para posteriormente aplicarse en la década de los 90 al área de gestión en instituciones de salud.

La cultura del error y de la seguridad dentro del campo médico se nutre tanto del marco teórico de la cultura de las organizaciones, como de las teorías que explican la prevención de errores y accidentes dentro del ámbito de la aviación o la industria. La cultura del error ha sido definida como el "conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje".² Si bien no existe una definición exacta de cultura de la seguridad, conceptualmente la literatura es consistente en que las organizaciones con una cultura de la seguridad eficaz comparten una dedicación continua y prioritaria por su mejoramiento.

Más concretamente, estas organizaciones:²

- 1) reconocen la naturaleza misma de la actividad que desarrollan como propensa a la ocurrencia de errores o accidentes;
- 2) estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo, en el que su reporte no se acompañe automáticamente de una penalidad o castigo;
- 3) promueven la colaboración a distintos niveles jerárquicos para corregir los aspectos vulnerables y
- 4) destinan recursos para mejorar la seguridad en forma sostenida.

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ERROR

Para poder abordar el estudio de las culturas es necesario recurrir a la identificación de las representaciones. Se trata de conocer los procesos sociales de construcción de la realidad y del conocimiento. En una representación, lo social hace referencia a las creencias construidas y compar-

tidas por un grupo social. Las representaciones sociales clasifican a los objetos, los explican y los evalúan a partir de los discursos y las creencias del sentido común y es este conocimiento el elemento básico de la interacción. Según Jodelet, las representaciones sociales son fenómenos que actúan en la vida social y están compuestas por elementos informativos, cognoscitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc.³ De Souza Minayo propone recuperar el conocimiento exterior al sujeto y las representaciones sociales como parte de la vivencia y de los significados de los actores sociales.⁴

Los significados son parte de una totalidad que incluye a las representaciones y a las determinaciones. Algunas definiciones de representaciones sociales son:

“...un término filosófico que significa la reproducción de una percepción anterior o del contenido del pensamiento. En ciencias sociales son definidas como categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad, la explican justificándola o cuestionándola. En cuanto material de estudio, estas percepciones son consideradas importantes, atravesando la historia y las más diferentes corrientes de pensamiento sobre lo social.”⁴

“...las representaciones sociales se manifiestan en conductas y llegan a ser institucionalizadas, por lo tanto, pueden y deben ser analizadas a partir de la comprensión de las estructuras y de los comportamientos sociales. Su medición privilegiada, por lo tanto, es el lenguaje del sentido común, tomada como forma de conocimiento y de interacción social [...] Con el sentido común los actores sociales se mueven, construyen su vida y la explican mediante su almacenamiento de conocimientos.”⁴

Según De Souza Minayo, las representaciones articulan al individuo con la sociedad, expresan opiniones sobre las instituciones y sobre la organización social en los sustratos económico, político y cultural y explican anomalías, desequilibrios y prejuicios sociales sirviendo como mecanismos coercitivos o liberadores. Asimismo, tienen su esquema de explicaciones desde un esquema técnico y desde el sentido común.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD

Evaluar el cambio en las representaciones de la “cultura organizacional” no es sencillo. Los trabajos realizados en países desarrollados coinciden en señalar que el éxito en los programas de seguridad del paciente está relacionado con la valoración de la cultura en las instituciones de salud y el grado de conocimiento sobre los determinantes culturales que contribuyen o no en el proceso de reporte y prevención del error y en el mejoramiento continuo de la seguridad de los pacientes. Esta corriente de pensamiento, desarrollada principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido, se inscribe dentro de la teoría funcionalista, entendiendo a las instituciones de salud como sistemas cerrados, en donde la cultura organizacional es un aspecto más a ser intervenido. En este sentido los problemas relacionados con la atención de los pacientes, tanto a nivel individual, organizacional o del sistema, pueden ser objeto de in-

tervenciones externas que den como resultado reacomodamientos internos para contribuir al mejoramiento de la seguridad de los pacientes.

Con el propósito de identificar las representaciones sociales que el equipo de salud tiene acerca del error y las prácticas de seguridad institucional, en la implementación de nuestro programa, se utilizaron encuestas, grupos focales y entrevistas al equipo de salud de las instituciones participantes. El objetivo fue analizar la “cultura del error y de la seguridad” en los procesos de atención médica, tratando de definir un perfil de aquella.

Por tratarse de una investigación operativa, durante la investigación se buscó favorecer una cultura no punitiva que promoviera la toma de conciencia acerca de los problemas de seguridad y alentara al personal de salud a incrementar su preocupación por los errores y riesgos en los procesos de atención. Se indagó sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales del equipo de salud respecto del error, así como también se identificaron las necesidades de información y capacitación. En otras palabras, investigamos acerca de la manera que tienen los equipos de salud de percibir, pensar y sentir el error en medicina y la seguridad en la atención de los pacientes. Para ello recurrimos a entrevistas, grupos focales y encuestas que permitieron identificar los supuestos básicos, artefactos y patrones de conducta acerca del error en medicina y la seguridad de los pacientes. Estas técnicas se aplicaron a una muestra de directivos, médicos, residentes, enfermeras, bioquímicos, farmacéuticos y técnicos de las cuatro instituciones participantes. Un total de mil cuatrocientos veintiséis profesionales participaron en veinticinco grupos focales, sesenta y siete entrevistas en profundidad y mil ciento nueve encuestas.

Encuestas

En la actualidad, existen distintos instrumentos para el diagnóstico y análisis de la cultura organizacional. En una revisión realizada por Colla y col. se identificaron y evaluaron nueve instrumentos, que contienen una serie de preguntas relacionadas con aspectos de la cultura. Prácticamente todos coinciden en abordar cinco dominios: liderazgo, políticas y procedimientos, composición de la fuerza de trabajo, comunicación y reporte del error.⁵

Cada uno de estos instrumentos posee ventajas y limitaciones, que han sido utilizados en distintos estudios para la comparación de la cultura entre sectores de una misma institución; entre instituciones diferentes y entre distintas industrias, así como en estudios pre y post intervención para el mejoramiento de la seguridad. Sólo el cuestionario referido a las actitudes respecto a la seguridad (SAQ = *Safety Attitudes Questionnaire*) fue utilizado para evaluar la asociación entre la cultura y los resultados en los pacientes: puntajes más altos se asociaron con estadías hospitalarias más cortas; tasas más bajas de errores de medicación y neumonías asociadas a respiradores.⁶

En nuestro programa, se utilizaron dos instrumentos con el propósito de relevar de forma periódica las percepciones sobre la cultura de la seguridad, en los equipos de salud: el instrumento preparado por la Agencia de Investigación y Calidad en Salud (AHRQ) del Depart-

mento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y la encuesta desarrollada por la Universidad de Texas.⁸ Se tuvo preferencia por el instrumento preparado por la Agencia de Investigación y Calidad en Salud (AHRQ) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.⁷

La encuesta es de dominio público, puede ser usada sin permiso de los autores. La versión original se encuentra disponible en <http://www.ahrq.gov> y es de utilidad para evaluar la cultura de la seguridad en la institución de manera global o en áreas específicas dentro de los hospitales. Más aún, permite evaluar los cambios en el tiempo y el impacto de las intervenciones que se realicen. Está diseñada para medir cuatro resultados globales de seguridad del paciente:

1. Percepciones globales de seguridad.
2. Frecuencia de eventos reportados.
3. Número de eventos reportados.
4. Grado global de seguridad del paciente

Las percepciones globales de seguridad se exploran a través de cuatro ítems:

- la seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo,
- nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir,
- es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios,
- tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.

Cada respuesta se mide con una escala tipo Likert que mide el grado de acuerdo en cinco categorías (muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo) y no sabe/no contesta.

La frecuencia de eventos reportados, se explora con la pregunta ¿qué tan a menudo son reportados los hechos adversos? La cantidad de los informados, en caso de tener la institución algún sistema de registro, con ¿cuántos informes de incidentes ha llenado y enviado en los últimos doce meses?. El grado global de seguridad del paciente, se mide por una sola pregunta, en la cual quien la contesta debe valorar el grado general de seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo.

La organización de la encuesta permite explorar diez dimensiones de cultura pertenecientes a la seguridad del paciente:

1. Expectativas y acciones del supervisor / gestor para promover la seguridad del paciente.
2. Mejora continua de aprendizaje organizacional.
3. Trabajo en equipo entre las unidades de la institución.
4. Apertura a la comunicación.
5. Devolución y comunicación acerca del error.
6. Respuesta no punitiva acerca del error.
7. Personal de la institución que tenga o no contacto con los pacientes.
8. Apoyo de la administración hospitalaria a la seguridad del paciente.
9. Trabajo en equipo entre las áreas hospitalarias.
10. Cambios de guardia hospitalaria y rotaciones.

Forma de administración

La ventaja de este instrumento es que existe una versión en español. Requiere de una adaptación local para su implementación; es anónimo y debe ser auto-administrado. La encuesta preferentemente debería ser administrada a todos los profesionales médicos, profesionales no médicos, enfermeros y técnicos con antigüedad mayor a seis meses trabajando dentro del hospital.

Para maximizar la tasa de respuesta, se recomiendan procedimientos tales como una carta de prenotificación para estimular la participación, colocación de afiches en los sitios de reunión explicitando los objetivos de la encuesta, presentación en ateneos, reuniones o conferencias realizadas en la institución, entre otras. Los autores del instrumento recomiendan incluir solamente aquellas encuestas en las cuales los respondedores completen al menos una sección en su totalidad. Si un encuestado no ha contestado la mayoría de los ítems en al menos una sección de la encuesta, se estarán perdiendo datos relevantes en demasiados ítems. Esto será problemático cuando se calculen los puntajes compuestos de cultura de la seguridad. Por lo tanto, los autores recomiendan los siguientes criterios para identificar encuestas incompletas y excluirlas del análisis:

- Menos de una sección entera de la encuesta.
- Menos de la mitad de los ítems de la encuesta completa (en diferentes secciones).
- Si todas las respuestas eran iguales, el respondedor no le dio a la encuesta una atención plena.

La encuesta incluye ítems contrapuestos que ejercitan ambos extremos de la escala para proveer respuestas consistentes.

Sistema de carga de la encuesta

Las encuestas fueron cargadas en una base de datos y procesadas con un software estadístico. Sólo se cargaron las encuestas completas y se supervisó un 20% de la base, de manera aleatoria, para verificar que estuviera cargada adecuadamente.

Estrategia de análisis

Para simplificar los resultados, las dos categorías más bajas de respuestas se combinaron (muy en desacuerdo / en desacuerdo y nunca / rara vez) y las dos categorías más altas también (muy de acuerdo / de acuerdo y la mayoría del tiempo / siempre). Los valores intermedios fueron reportados como una categoría separada (ni de acuerdo / ni en desacuerdo y algunas veces). Cada ítem o pregunta de la encuesta puede ser agrupada en dimensiones y calcular una frecuencia global para cada dimensión. Estas dimensiones pueden ser analizadas a nivel de toda la institución, por área de trabajo. Por ejemplo, una frecuencia compuesta global del 50% de la percepción global de la seguridad indica que el 50% de los respondedores tienen opiniones positivas en relación a la seguridad en su institución o área de trabajo. Se utilizó el apéndice del instrumento para identificar todos los ítems de cada dimensión, y las respuestas inversas

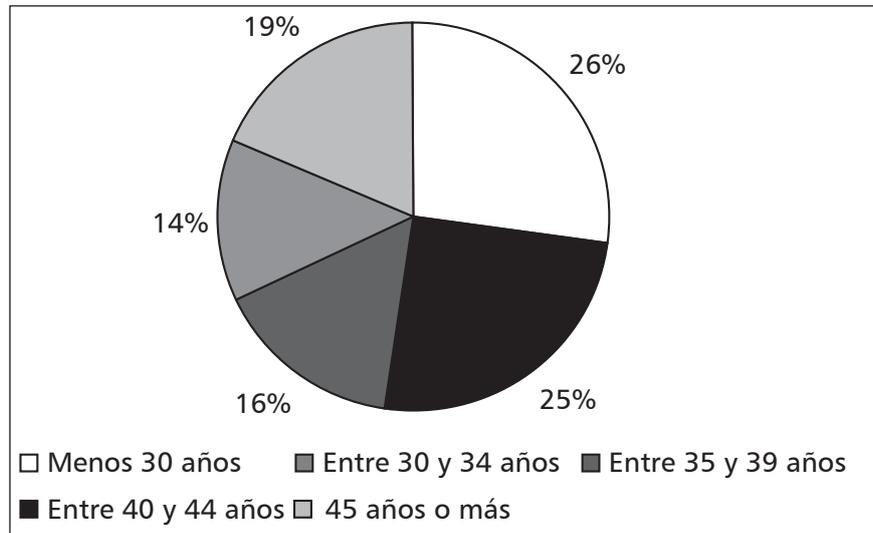
fueron recodificadas a los fines del análisis y para obtener los porcentajes de respuestas positivas. Cada una de las dimensiones está formada por tres o cuatro ítems. Para obtener el resultado de cada dimensión se determinó en el numerador el número de respuestas positivas de cada ítem y en el denominador el total de respuestas (positivas, negativas, neutras y faltantes). El número resultante es el porcentaje de respuestas positivas por cada dimensión en particular.

Otra encuesta utilizada fue la desarrollada por la Universidad de Texas.⁸ que es auto administrada y anónima con diecinueve ítems vinculados a actitudes, valores y percepciones del personal de salud, acerca de la seguridad durante la atención de pacientes. Los resultados estiman el clima de la seguridad en la institución, una variable proxy de siete preguntas: libertad de comunicación a diferentes niveles, conocimiento de los mecanismos de notificación, respeto de las reglas y guías de práctica, supervisión, análisis y corrección de las prácticas y grado de percepción personal e institucional sobre la seguridad. El estimador del clima de seguridad va de uno a cien puntos, donde setenta y cinco es el punto de corte para considerar la percepción de la organización como segura.

Resultados con el instrumento de la Universidad de Texas

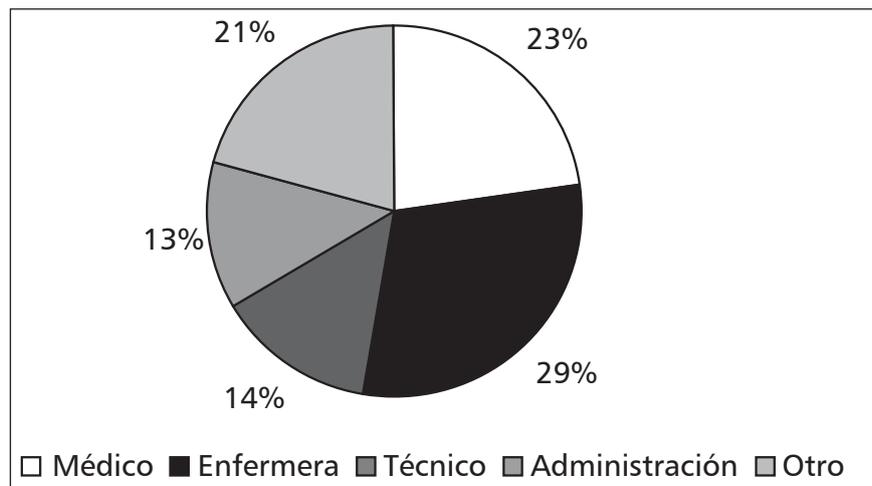
Los resultados obtenidos con la utilización de este instrumento, en la medición del clima de seguridad percibido por el equipo de salud en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca (HAM),⁹ dio cuenta del clima de seguridad que para esta investigación fue entendido como un fenómeno psicológico, que es usualmente definido por la percepción del estado de seguridad en un determinado momento del tiempo, como una fotografía de la cultura de la seguridad, relativamente inestable y sujeta al cambio, asociada a factores intangibles como factores situacionales y ambientales.¹⁰

La tasa de respuesta fue 82% (107/131). Aproximadamente el 50% de los respondedores pertenecía a los grupos de menor edad (menor de treinta y entre treinta y treinta y cuatro años) (figuras 6 y 7). La mayor proporción de los encuestados manifestó tener entre tres y siete años de experiencia en la especialidad, en su puesto de trabajo y en la institución (figura 8).



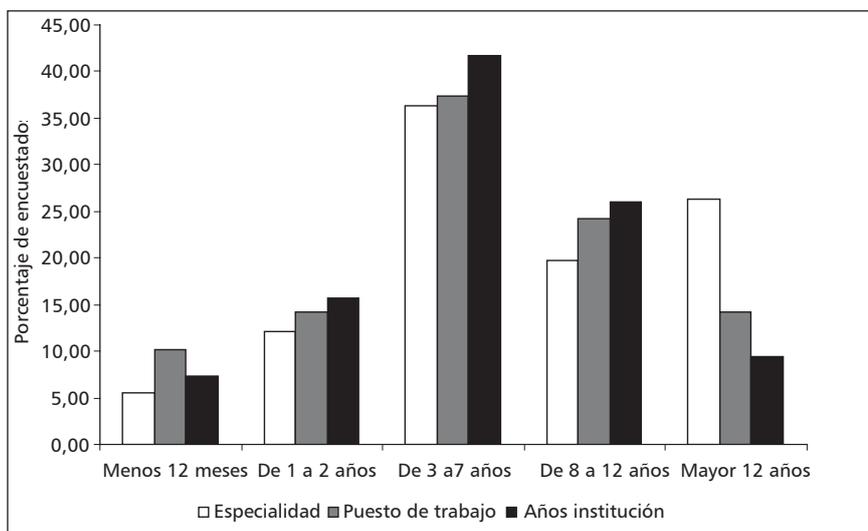
Fuente: elaboración propia, "Estudio de la Cultura de Seguridad en un hospital privado de la ciudad de Bahía Blanca: resultados de una encuesta sobre clima de seguridad", 2006.

Figura 6 - Distribución de los encuestados según grupos de edad, n = 107



Fuente: elaboración propia, "Estudio de la Cultura de Seguridad en un hospital privado de la ciudad de Bahía Blanca: resultados de una encuesta sobre clima de seguridad", 2006.

Figura 7 - Distribución de los encuestados según profesión, n = 107

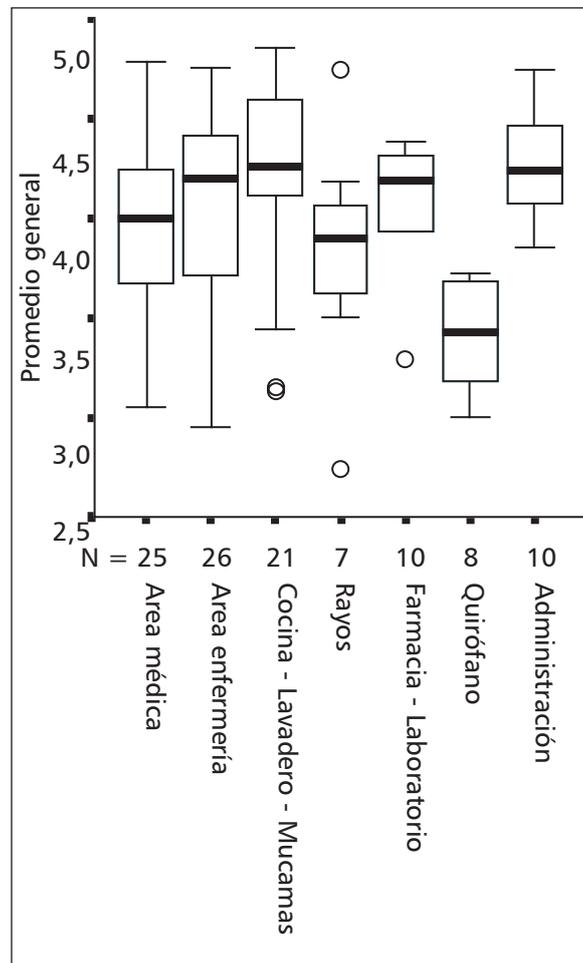


Fuente: elaboración propia, "Estudio de la Cultura de Seguridad en un hospital privado de la ciudad de Bahía Blanca: resultados de una encuesta sobre clima de seguridad", 2006.

Figura 8 - Distribución de los encuestados según años de experiencia en la especialidad, puestos de trabajo y en la institución, n = 107

La media general y el Score del Clima de Seguridad fueron 4,02 y 68, respectivamente. Un 37% de los encuestados presentó una percepción positiva del clima de seguridad. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la media general según profesión y edad del encuestado así como sector del hospital. El quirófano fue el sector que presentó resultados menos favorables (figura 9).

Los ítems que presentaron una percepción menos favorable fueron el seis ("Mis sugerencias sobre cómo disminuir los riesgos en la atención de los pacientes serían tomadas en cuenta si las comunico a las autoridades de la institución"), el siete ("Las decisiones de la dirección hospitalaria no ponen en riesgo la seguridad de los pacientes en función de la productividad"), el nueve ("Conozco los mecanismos para notificar aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes en mi institución") y el quince ("Esta institución está haciendo ahora más por la seguridad de los pacientes que hace un año"). Por el contrario, los que presentaron un porcentaje de acuerdo mayor fueron el diecisiete ("El personal de mi área trabaja con absoluta responsabilidad y compromiso para resguardar la seguridad de los pacientes") y el once ("Elegiría este lugar para atenderme o para atender a algún familiar").



Fuente: elaboración propia, "Estudio de la Cultura de Seguridad en un hospital privado de la ciudad de Bahía Blanca: resultados de una encuesta sobre clima de seguridad", 2006.

Figura 9 - Media general del Clima de Seguridad según sectores del hospital

Comentarios

Este estudio permitió caracterizar el clima de seguridad percibido por los agentes de salud de un hospital privado en la Argentina, e identificar, no sólo aquellos aspectos de la cultura organizacional más problemáticos, sino también los sectores del hospital con una percepción del clima de seguridad menos favorable. La media general en el HAM fue discretamente mayor a la reportada por Kho y col. en un estudio, realizado en unidades de cuidados intensivos de los Estados Unidos.¹¹ No obstante, la comparación de los resultados de ambos estudios está limitada sobre todo por diferencias en la población de estudio: en el primer caso la

encuesta abarcó únicamente al personal del área de terapia intensiva, mientras que en el presente estudio la población fue más heterogénea, involucrando personal de todas las áreas del hospital.

Si bien la media general para la medición del clima de seguridad fue relativamente aceptable (la media general fue de cuatro, en una escala del uno al cinco), existen aspectos relevantes que requieren ser mejorados, como por ejemplo, la percepción de los profesionales respecto a su potencial participación en las decisiones del hospital o la manera en la que la productividad se prioriza aun en desmedro de la seguridad del paciente. Resultados similares fueron reportados por Pronovost y col. en un estudio realizado en el hospital John Hopkins, en Estados Unidos, en el que el porcentaje de acuerdo para estos dos ítems se encontraron también dentro de los más bajos (62% y 64%, respectivamente).¹² Pese a estas similitudes, otros aspectos como por ejemplo el conocimiento de los mecanismos de notificación fue mayor en este último estudio, en el que aproximadamente ocho de cada diez profesionales manifestaron conocer los mecanismos para notificar, mientras que sólo lo hicieron cinco de cada diez en el caso del HAM. En efecto, la dimensión de la cultura organizacional que impresionaría ser una de las más problemáticas es la vinculada a la comunicación, tanto la específicamente relacionada al reporte de los errores como la comunicación entre los profesionales que ocupan cargos gerenciales y el resto del personal. La comunicación abierta de los errores y las fallas en la atención así como una actitud proactiva y de aprendizaje frente al error por parte de los trabajadores en distintos niveles de la organización, constituyen componentes esenciales de una cultura de la seguridad.

El fortalecimiento de los canales de comunicación dentro de la institución permitiría mejorar las barreras que contienen los errores y minimizar sus consecuencias cuando estos no pudieran ser evitados, por lo que constituye un aspecto clave a incluir en la planificación de futuras actividades de mejoramiento de la seguridad. La implementación de un sistema formal para el reporte de errores, no con fines punitivos, sino con el propósito de mejorar los procesos y la seguridad de la atención, sería un aporte muy valioso en este sentido. En coincidencia a lo señalado por otros autores, existe una gran variabilidad del clima de seguridad percibido dentro de la misma institución. Tal como señalara Pronovost y col.,¹² cada unidad o sector posee un contexto único y particular, lo cual pondría en evidencia la importancia de trabajar no sólo aspectos compartidos por el común de la organización, sino aquellos que son propios a cada sector.

Este estudio permitió identificar al quirófano como una de las áreas con una percepción menos favorable. Teniendo en cuenta estos resultados y el hecho ya demostrado de la elevada frecuencia e impacto en la salud de los eventos adversos secundarios a la realización de procedimientos en quirófano, la focalización de futuras actividades en este sector del hospital es crítica para el mejoramiento de la seguridad. Tanto el sector del hospital, como la profesión y la edad mostraron diferencias estadísticamente significativas del clima de seguridad percibido entre las distintas categorías. Los técnicos presentaron una percepción menos favorable

que el resto del personal, lo cual podría ser atribuido a una relación más distante y una escasa comunicación de este grupo con sus superiores y los directivos de la institución. Con relación a la edad, el grupo representado por profesionales entre treinta y cinco y treinta y nueve años presentó una visión menos favorable del clima de seguridad en comparación con otros grupos etarios. Este grupo estaría representado por los profesionales con mayor dedicación a la asistencia y por tanto, más expuestos a los problemas que a diario surgen en la atención de los pacientes.

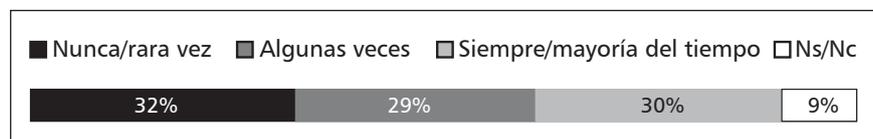
Según una revisión sistemática realizada por el programa de mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes de la Academia Nacional de Medicina,¹⁴ éste es el primer estudio que utiliza esta encuesta para medir el clima de la seguridad en una institución de nuestro país. La experiencia y los resultados observados no sólo permitirán orientar las futuras actividades de mejoramiento de la seguridad en la institución sino también, podrán ser útiles para profesionales de otros centros interesados en estudiar, analizar o mejorar la cultura de seguridad de sus organizaciones.

Resultados con el instrumento de la Agencia de Calidad

Los resultados en el resto de las instituciones que utilizaron el instrumento de la Agencia de Calidad, mostró que ninguna de las instituciones estudiadas alcanzó los valores mínimos para considerar segura la institución. El 50% de todo el personal encuestado tiene una percepción positiva de la seguridad; más específicamente desacuerdan en que no ocurren más errores por casualidad, en que comprometen la seguridad del paciente por hacer más trabajo y también en que existan problemas con la seguridad; sin embargo, acuerdan en que sus procedimientos y sistemas para prevenir los errores no son seguros. Si se analiza según los cargos o funciones, esta proporción se mantiene entre los médicos de planta, enfermeros, técnicos y médicos residentes.

En una de las instituciones, globalmente el 30% de los encuestados respondió que “la mayoría del tiempo o siempre” se reportan los errores cuando suceden las siguientes tres circunstancias:

- a) es descubierto y corregido antes de afectar al paciente,
- b) cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente y
- c) cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace (figura 10).



Fuente: análisis de la base con datos de la encuesta en la institución B.IIE-AMN, 2006.

Figura 10 - Frecuencia del reporte de errores en el personal encuestado en general (n=579)

Grupos focales

Los grupos focales consisten en la organización de grupos de aproximadamente seis a doce integrantes con características que los asemejan, donde se aborda la problemática a investigar a partir de la aplicación de entrevistas grupales. Los grupos focales están dirigidos generalmente por un coordinador, un asistente y dos observadores. Lo específico del grupo de discusión son las opiniones, creencias y valores de los entrevistados. Tiene una función complementaria a las entrevistas individuales. Es una técnica de innegable importancia para tratar cuestiones de salud desde lo social, porque se presta al estudio de representaciones y relaciones de los diferentes grupos de profesionales del área.

En todas las instituciones se implementaron grupos focales con la participación del personal estable o de planta, representantes de diferentes áreas de la institución. La duración de las entrevistas individuales y grupos focales fue de aproximadamente una hora y media. Las entrevistas se realizaron a médicos, enfermeros, técnicos y estaban destinadas a obtener información sobre actitudes, valores y opiniones del entrevistado. Tanto en las entrevistas como en los grupos focales se definieron como categorías analíticas la "cultura y las representaciones sociales" relacionadas al "error en la atención médica".

Una serie de categorías empíricas u operativas sirvieron para este análisis:

- Percepciones: sensaciones e impresiones construidas históricamente a partir de la experiencia, los sentidos y los sentimientos.
- Conocimientos: saberes que los sujetos poseen acerca de la problemática del error y de la seguridad.
- Actitudes: posturas y predisposiciones que pueden asumirse como positivas o negativas frente a los errores.
- Prácticas: procesos a través de los cuales los conocimientos y las actitudes son traducidos en acciones dirigidas directamente a la prevención del error.
- Error: conceptualizaciones acerca del error, causas, determinantes o facilitadores, consecuencias y formas de prevención.
- Seguridad: conceptualizaciones acerca de la seguridad institucional y de los pacientes, acciones para promover la seguridad institucional.
- Cultura institucional u organizacional: características de la cultura de la institución (actitudes, valores, normativas, percepciones, conocimiento) con respecto a la problemática, barreras culturales, cambio cultural.
- Necesidades de información y capacitación: necesidades de los profesionales de la salud de recibir información y capacitarse con respecto a los diferentes aspectos del problema.

En líneas generales, se podrían sintetizar los hallazgos en una frase: la actitud más frecuente frente al error es el ocultamiento por falta de confianza, protección y políticas institucionales que favorezcan la notificación del error. Los elementos que emergieron durante las entrevistas y grupos focales fueron: ocultamiento o "subcultura de esconder", la justificación por causas externas, temor a las consecuencias, miedo por

la inestabilidad laboral, punición, vergüenza, transferencia o culpa a los otros, "soberbia", la "omnipotencia médica", falta de autocrítica, encubrimiento del error de los otros, "resguardo hegemónico". El principal mito y tabú se refiere a qué puede llegar a pasar legalmente si se denuncia o notifica un error.

Según Reason,¹⁵ los accidentes ocurren por múltiples factores. Si bien existen defensas para evitar los accidentes, múltiples errores «alineados» permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran. Esta consideración es conocida como el modelo de queso suizo. La revisión del sistema permite identificar cómo los fallos «atravesan» las defensas. Una organización altamente confiable es aquella que sistematiza estas revisiones y aplica el modelo centrado en el sistema y no en la persona. Los supuestos que subyacen en el primero son que todas las personas cometen errores, que los errores son consecuencias y sus causas deben ser buscadas en el sistema y deben ser corregidas, aún más importante se debe intentar modificar las condiciones para evitar los errores o mitigar sus consecuencias (defensas del sistema).¹⁵

Firth-Cozens, autor de "organizaciones confiables: la clave de la seguridad del paciente" concluye que "la confianza interna" no sólo entre médicos y pacientes, sino fundamentalmente entre el equipo de salud y el nivel gerenciador es un factor esencial en el desarrollo del cuidado de la salud. En este sentido, diversas investigaciones muestran que altos niveles de confianza tienen un impacto positivo en el desarrollo del trabajo diario, en los niveles de satisfacción laboral y en la efectividad organizacional, afectando directamente la calidad de atención de los pacientes. Que la cúpula gerencial de las organizaciones de salud promueva altos niveles de confianza contribuye al desarrollo de cualquier sistema de reportes de incidentes y su fin último, el aprendizaje de todos los integrantes del equipo de salud.¹⁶

No es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas, sino que es mucho más importante reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron. La aproximación al problema centrada en la persona, o con medidas moralistas tiene "efectividad limitada". La gente no actúa sola, su conducta está modelada por las circunstancias y la cultura organizacional. Se requiere una mirada sistémica para la interpretación de los errores. Las fallas activas son las más fáciles de observar y tal vez de corregir. Las fallas latentes son inherentes al sistema, nacieron con él, son más difíciles de corregir, requieren de trabajo en equipo y están presentes mucho antes de que un accidente ocurra.

REFERENCIAS

1. Cuche D, La noción de cultura en las ciencias sociales, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.
- 2) Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB, Promoting a Culture of Safety, in Agency for Healthcare Research and Quality. U. S. Department of Health and Human Services. Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices, Borrada, 2001: 447-57.

- 3) Jodelet D, Las representaciones sociales: un campo en expansión, en Jodelet D, (comp.). Les représentations sociales, Presses Universitaires de France, 1989.
- 4) De Souza Minayo MC, El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud, Buenos Aires, Lugar, 1997.
- 5) Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB, Measuring patient safety climate: a review of surveys, Qual Saf Health Care, 2005, 14:364-66.
- 6) Sexton JB, Thomas EJ; Helmreich RL, et al., Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometrics properties. Austin TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004, Technical Report N° 04-01, Grant N° 1PO1HS1154401, Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.
- 7) Patient Safety Culture Surveys, April 2007, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, disponible en:<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/>, último acceso: 10/10/07.
- 8) Sexton JB, & Thomas EJ, The Safety Climate Survey: Psychometric and Benchmarking Properties, Technical Report 03-03, The University of Texas, Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, (AHRQ grant # 1PO1HS1154401 and U18HS1116401).
- 9) Esandi ME, Giorgetti O, García Diéguez M, Jorge C, Trillo C, Ortiz Z, La cultura de la seguridad, Revista ITAES 2007, vol 9 (1): 18-25.
- 10) Wiegmann D, Zhang H, von Thaden F, Sharma G, Mitchell A, A synthesis of Safety Culture and Safety Climate Research, disponible en <http://www.humanfactors.uiuc.edu/Reports&PapersPDFs/TechReport/02-03.pdf>, último acceso: 10/10/07.
- 11) Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ, Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey, Quality and Safety in Health Care 2005, 14:273-8.
- 12) Pronovost P, Weast B, Holzmueller C, Rosenstein B, Kidwell R, Haller K, et al., Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center, Qual Saf Health Care 2003, 12:405-10.
- 13) Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC, The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals, Qual Saf Health Care 2003, 12:112-8.
- 14) Codermatz M, Trillo C, Berenstein G, Ortiz Z, Evidencia para mitigar errores en la práctica clínica y sanitaria una revisión de la literatura científica argentina, Medicina (Buenos Aires) 2006, 66: 427-32.
- 15) Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000, 320:768-70.
- 16) Firth-Cozens J, Organisational trust: the keystone to patient safety, Qual Saf Health Care 2004, 13: 56-61.

ROL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA MITIGACIÓN DE LOS ERRORES

Los sistemas de información y la tecnología relacionada son necesarios para crear, democratizar y aplicar el conocimiento. Los sistemas de información funcionan a muchos niveles de sofisticación y complejidad: desde un grado alto de especificidad a un grado alto de generalidad. Antes de emprender el proceso de establecer un sistema de información, es necesario definir clara y explícitamente sus objetivos: para qué se implementará y concretamente, qué resultados se esperan lograr. Esta planificación previa es crítica, a fin de garantizar que dicho sistema contribuya en la gestión de la calidad y la seguridad de la institución y no se convierta en un problema. En este sentido, se deben tener en cuenta los recursos técnicos, humanos y financieros necesarios para llevar a cabo cada etapa del proceso de registro. Por otra parte, debe prestarse especial atención a los aspectos éticos, legales y culturales, de singular importancia en la temática relacionada con el error en medicina y en la seguridad en la atención médica de los pacientes.

El establecimiento y la operación de un registro de errores en el contexto de las organizaciones sanitarias incluye el desarrollo y la administración de al menos tres áreas interrelacionadas: sistemas de información (SI), tecnología de la información (TI) y gestión de la información o conocimiento (GI). Un sistema de información es el conjunto de tareas administrativas y técnicas realizadas con el objetivo de evaluar la demanda de la organización. Por ejemplo, una organización puede requerir de un SI que permita detectar errores, casi errores o eventos adversos. Otra puede requerir que se detecten procedimientos administrativos o resultados clínicos. La tecnología de la información está representada por el conjunto de conocimientos y tareas técnicas con el objetivo de satisfacer la demanda para las aplicaciones del SI. Incluye la creación, la administración y el suministro de los recursos necesarios para que el sistema de información opere. Por ejemplo, la informatización de la historia clínica puede ser una tecnología que facilite la identificación de errores. Finalmente, la gestión de la información incluye las acciones que puedan surgir a partir de la detección del error. Por ejemplo: generar alertas sobre la aparición de nuevos daños significativos (como podrían ser complicaciones por una nueva droga); difundir la aparición de un evento serio o revelar tendencias no conocidas y daños que requieran atención.

Existen diferentes mecanismos para recolectar datos sistemáticamente, de manera tal que el uso de la información generada a partir de estos datos culmine en acciones. Uno de ellos es el reporte, notificación o denuncia. Un ejemplo de notificación o denuncia obligatoria es el sistema nacional de vigilancia epidemiológica que se ocupa de registrar un listado de más de treinta eventos no deseados, en particular enfermedades infecciosas. Esta notificación es obligatoria por ley y todos los profesionales médicos de nuestro país están exigidos a cumplirla. La ley 15.465 fue sancionada en 1960 y sufrió mínimas modificaciones desde entonces.

A pesar de la obligatoriedad que describe, no se ha alcanzado nunca el 100% de notificación. Este, como otros ejemplos, indicaría las dificultades que implica mantener un sistema de reportes.

En relación con los errores y eventos adversos, varios y diferentes sistemas de reporte se han desarrollado en muchos países. La mayoría de los sistemas ha tomado como modelos otros sectores de actividades de alto riesgo, como la aviación, la petroquímica, la producción de acero o nuclear, donde se han desarrollado sistemas de reporte de incidentes para accidentes serios o no. El primero en describir la práctica del reporte de incidentes en la aviación militar fue Flanagan en 1954, a través de la identificación de los incidentes prevenibles reportados por el personal que estaba directamente involucrado en el proceso.¹

En Estados Unidos, desde 1975 la Food and Drug Administration (FDA) ha incorporado un sistema de reporte obligatorio para las reacciones transfusionales mayores, especialmente las que producían daño grave o muerte prevenible. Cooper en 1978 introdujo el reporte de incidentes en anestesia.²⁻³ El término "incidente" lo adoptó del sistema de reportes de la aviación de la NASA, en el que se define como una ocurrencia asociada con la operación de la nave que afecta o podría afectar la seguridad de las operaciones. A través de un estudio retrospectivo y entrevistas a anestesiólogos, Cooper describió los incidentes o errores prevenibles que más frecuentemente ocurrían durante el procedimiento. De la misma manera, en nuestro país, Fiscella y col., en un análisis prospectivo de veinte mil ochocientas cuarenta intervenciones quirúrgicas realizadas entre 1980 y 1990, detectaron sesenta y cinco complicaciones a través del registro sistemático.⁴ También Mercuriali y col. relataron el desafío que representa para los anestesiistas la detección del error y su control.⁵

Una revisión de la literatura localizó un total de cuarenta y seis estudios acerca del desarrollo e implementación de sistemas de reporte.⁶ Los estudios incluidos fueron realizados entre 1990 y 2001. Según esta revisión el mayor número de estudios de sistemas de reporte fueron realizados en EE. UU., cinco fueron realizados en Australia y en Hong Kong, tres en el Reino Unido, dos en Malasia, uno en Pakistán, Suecia, Noruega, Francia y Nueva Zelanda.

La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), propuso la vigilancia obligatoria de incidentes a nivel hospitalario dada la percepción que tenía respecto a la ocurrencia inesperadamente elevada de incidentes que ocasionaban daño.⁷ Decide así crear el Registro de Eventos Centinelas, los que se definen como una injuria física o psíquica seria, muerte, o el riesgo de ella. Dicho registro funciona a través del reporte voluntario de las instituciones miembro, de pacientes y familiares y de la prensa.

El otro estudio relevante a nivel nacional, publicado en 1993, es el Australian Incident Monitoring Study⁸ (AIMS), que tiene el auspicio de la Fundación Australiana de la Seguridad del Paciente (Australian Patient Safety Foundation), organismo independiente y sin fines de lucro. Los autores describen el sistema de reporte que han diseñado para la notifi-

cación voluntaria y anónima de errores latentes y eventos adversos para los anestesiólogos en Australia. Noventa hospitales participaron del proyecto. El grupo desarrolló un formulario que fue distribuido a todos los participantes, con el instructivo, definiciones, espacio para la narración del evento, los datos demográficos del paciente y el anestesiólogo y cómo, cuando y dónde había ocurrido el hecho.

Barach y Small hicieron una revisión de la literatura y describieron las características del sistema de reporte de errores latentes o casi errores en las industrias no médicas.⁹ Las cuales debían: focalizar en errores latentes, proveer incentivos para el reporte voluntario, asegurar la confidencialidad y enfatizar un enfoque sistémico al análisis del error. Los sistemas de reporte en estas industrias de alto riesgo eran regulados por la legislación federal y proveían el reporte voluntario. Todos estos sistemas estimulaban la descripción narrativa del evento. Se promocionaba el reporte mediante incentivos que incluían: inmunidad, confidencialidad, una rápida devolución de la información a todas las partes involucradas e interesadas y un apoyo importante por la conducción.

Recientemente, los sistemas de reporte de eventos adversos y errores latentes han proliferado en los diferentes ámbitos. Por ejemplo, a nivel institucional dentro de las unidades de cuidados intensivos,¹⁰⁻¹¹ regionales como el sistema de reporte transfusional en el estado de Nueva York¹² o, a nivel nacional, de los sistemas de vigilancia (sistema de vigilancia nacional de infecciones nosocomiales.)¹³

¿VOLUNTARIO U OBLIGATORIO?

Los sistemas de reporte para errores o eventos adversos varían en cuanto al formato, obligatoriedad del reporte, complejidad y cobertura. Algunos sistemas son generales o globales permitiendo la captura de eventos adversos y errores latentes de todo el proceso de atención mientras que otros, más específicos, se focalizan en tipos de eventos adversos o bien en tecnologías o en los procesos donde pueden ocurrir los errores (por ejemplo dispositivos médicos, transfusiones, uso de medicación). A partir de los resultados de una revisión sobre distintos tipos de sistemas de reporte, el Instituto de Medicina de Estados Unidos¹⁴ recomendó la complementación de los sistemas de reporte obligatorios con los de tipo voluntario. Los sistemas obligatorios generalmente están relacionados con la información y rendición de cuentas por parte de los proveedores de los servicios de salud.

La mayoría dependen de programas de control estatales que tienen la obligación de investigar casos específicos y realizar acciones en función de ellos. Reciben reportes de errores de daño severo o muerte del paciente por parte de las distintas organizaciones de salud, las que son fuertemente incentivadas a mejorar la seguridad de los pacientes y así evitar potenciales penalidades. La información generada a partir de estos reportes suele ser difundida públicamente.

Por ejemplo el sistema obligatorio de Nueva York iniciado en 1985, recibe de quince a veinte mil reportes por año de los hospitales.¹⁴ Estos y las

investigaciones que se realizan a partir de ellos, están protegidos legalmente. Las acciones que el Estado aplica a las instituciones se difunden en internet: si el hospital realizó los cambios aceptados, el caso se cierra. En caso contrario, el Estado puede aplicar multas o apercibimientos. Los sistemas de reporte obligatorios con carácter punitivo no han tenido mucha aceptación por parte de los individuos que reportan. El análisis de muchos de estos errores serios revela fallas múltiples en el sistema y la participación de muchos actores en su producción.

En contraste, los sistemas voluntarios se encuentran más directamente relacionados con el mejoramiento de la seguridad. En general, reciben reportes de errores que ocasionaron daño leve o no llegaron a ocasionar daño, permitiendo de esta manera identificar fallas en el proceso de atención. Los sistemas voluntarios pueden recibir reportes de profesionales de la salud u organizaciones y son más frecuentemente confidenciales que anónimos. La confidencialidad es un factor clave para el éxito de cualquier sistema de reporte. Sin embargo, el anonimato es cada vez menos frecuentemente utilizado. Los reportes voluntarios varían en su espectro de acuerdo con el tipo de información que recolectan, la confidencialidad, la manera y métodos utilizados para la devolución de la información que se genera a partir del reporte así como de las acciones que se implementan a partir de dicha información. Algunos sistemas voluntarios de reporte de errores de medicación existen desde hace veinticinco años y otros se han desarrollado en los últimos diez. Aún no se ha definido qué características de estos sistemas obtienen un mayor beneficio en el mejoramiento de la seguridad de las instituciones de salud, por lo que se requiere realizar un análisis riguroso para evaluar qué aspectos del reporte son más útiles y cómo los sistemas pueden ser más efectivos y complementarios.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos recomienda un sistema de reporte obligatorio nacional, que provea información estándar de los eventos adversos que resulten en muerte o daño serio. Hay dos razones importantes para ello: son fáciles de identificar y difíciles de ocultar. El requerimiento debe ser hecho a los hospitales y, eventualmente, a otras instituciones o ámbitos de atención ambulatoria. La utilización de un formato estándar permite definir qué se debe reportar y cómo se debe reportar, facilitando de esta manera, el análisis de la información. La segunda recomendación que hace el Instituto de Medicina de Estados Unidos se refiere al desarrollo de sistemas de reporte voluntario. Al respecto recomienda que estos sistemas deberían:

- 1) Describir y difundir la información de los programas de reporte existentes a nivel nacional en los EE. UU. para estimular una mayor participación.
- 2) Evaluar qué funciona y qué no en los sistemas de reporte para hacerlos más efectivos en las instituciones donde se implementan.
- 3) Realizar evaluaciones periódicas para ver las brechas que hay en la información para mejorar la seguridad del paciente y estimular a las organizaciones de salud a participar de estos programas de reporte de errores.
- 4) Financiar y evaluar proyectos pilotos de sistemas de reporte dentro de las instituciones y esfuerzos colaborativos entre las organizaciones.

Barreras para la implementación de los sistemas de reporte

La suma de barreras e incentivos para la notificación de los errores se deben considerar con respecto al impacto que produce en los distintos niveles: en los individuos, en las instituciones y en la sociedad.

La limitación mayor en el reporte depende de la cultura de la organización. A nivel individual, esto se ve reflejado en el trabajo extra que significa el escepticismo respecto a la mejora en el proceso de atención, la falta de confianza y lo más importante el miedo a represalias. En las instituciones de salud, las actitudes de los directivos y administradores pueden influenciar de forma significativa en el éxito o el fracaso de la implementación de un sistema de reporte.

Si bien el objetivo principal de cualquier sistema de reporte es obtener información sobre la frecuencia y naturaleza de los eventos adversos, la razón más importante para no reportar es el miedo. Este miedo reconoce muchos aspectos, algunos relacionados al individuo que se equivoca y tiene temor al desprestigio y vergüenza y otros relacionados al contexto por miedo a ser penalizado o que se lo demande. Los usuarios pueden sentirse inseguros respecto a la confidencialidad de los sistemas de reporte así como de la forma en que éste los protege en relación a la exposición legal.¹⁵ En muchos estados americanos, el reporte de incidentes críticos y el análisis constituyen actividades de revisión por los pares y están protegidas legalmente.¹⁶ Los sistemas voluntarios brindan la oportunidad de relatar la historia completa del evento, pero esto sólo ocurre si se le asegura al que reporta la confidencialidad del reporte (es decir, que no trascenderá fuera del sistema), así como su falta de vínculo con acciones punitivas. Ambos aspectos constituyen incentivos sumamente importantes para promover la adherencia de los profesionales al sistema.

La otra característica de los sistemas de reporte en cuanto al anonimato es más difícil de sostener, debido a que los analistas de los reportes no pueden tomar contacto con los que reportan para obtener más información sobre los casos. Reportes anónimos pueden ser no creíbles y en muchos casos el anonimato es difícil de garantizar. Sin embargo, puede ser beneficioso en una etapa temprana del reporte hasta que crezca la confianza en el sistema y se comiencen a ver los resultados. Otro de los incentivos a los que reportan, además de asegurarle la confidencialidad de la información, es que el reporte le debe de proveer algún grado de inmunidad o protección, solidaridad con los pacientes dañados que se beneficiarán con los datos obtenidos y, lo más importante, el aprendizaje a partir del error. Para la sociedad la existencia de un sistema de reporte abierto a la comunidad, tiene como beneficio la información a los pacientes, la transparencia en la gestión, la mejora en la confianza y credibilidad en las instituciones de salud. Para mejorar el sistema de reporte, el Instituto de Medicina de Estados Unidos recomienda que el gobierno asigne a una organización nacional para que estandarice las definiciones (nomenclatura y taxonomía), los métodos y los formatos de los sistemas.

EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD DE LOS SISTEMAS DE REPORTE

La verdadera prevalencia de eventos informados es imposible de estimar con certeza, dado el diferente enfoque de los sistemas de reporte.

El sistema de reportes de seguridad de la aviación, que es un sistema nacional y voluntario de reportes de errores latentes en la industria aeronáutica, procesa actualmente más de treinta mil reportes por año, excediendo la magnitud del total de accidentes de la aviación.¹⁷ En seis años de existencia de la base de datos de eventos centinela de la JCAHO, Sentinel Event Statistics sólo han captado mil ciento cincuenta y dos eventos, ninguno de los cuales incluye errores latentes.¹⁸ Dos tercios de ellos fueron auto reportados por las instituciones y el resto por quejas de los pacientes, por los medios y otras fuentes. A pesar que lo recolectado es sólo una fracción de los eventos, la JCAHO ha recopilado los eventos, realizado los correspondientes análisis de causa raíz y provisto recomendaciones para los procedimientos a fin de mejorar la seguridad de pacientes para eventos que abarcan un amplio rango (desde cirugías del lado equivocado hasta eventos adversos relacionados con bomba de infusión) (tabla 2).

Estas cifras están claramente afectadas por el subregistro y consisten primariamente en eventos adversos serios (76% de acontecimientos reportados resultaron en muerte de pacientes), no en errores latentes. Comparando estos reportes con el sistema de reportes obligatorio del Departamento de Estado de Salud de Nueva York, la verdadera incidencia de estos eventos se subestima al menos en veinte veces.¹⁹

Tabla 2 - Ejemplos de eventos informados en sistemas de reporte hospitalario

Resultados adversos	Fracasos de procedimientos	Eventos catastróficos
Muerte inesperada o discapacidad	Errores o complicaciones no esperadas relacionadas con la administración de drogas o transfusión	Realización de un procedimiento en la parte del cuerpo equivocada (cirugía del lado erróneo)
Caídas de pacientes internados	Altas voluntarias contrarias a la indicación médica	Realización de un procedimiento en el paciente equivocado
Quemaduras adquiridas en la institución	Demora significativa en el diagnóstico o en el test diagnóstico	Secuestro de niño o entrega a la familia equivocada
Escaras adquiridas en la institución	Ruptura de la confidencialidad	Violación de paciente hospitalizado
		Suicidio de un paciente hospitalizado

Alertas de eventos centinela publicados por JCAHO después del análisis de:

- Prevención de error de medicación (cloruro).
- Lecciones aprendidas: cirugía del lado equivocado.
- Suicidio de pacientes internados: recomendaciones para la prevención.
- Prevención de muertes por daño auto infligido.
- Secuestro de niños: prevención de futuras ocurrencias.
- Medicaciones de alto riesgo y seguridad del paciente.
- Complicaciones operatorias y posoperatorias: lecciones para el futuro.
- Caídas fatales: lecciones para el futuro.
- Bombas de infusión: previniendo futuros hechos adversos.
- Lecciones aprendidas: fuego en el ámbito de cuidados.
- *Kernicterus* amenaza a recién nacidos sanos.

Los primeros dos mil reportes de incidentes de Australian Incident Monitoring Study (AIMS) de noventa instituciones miembro fueron publicados en 1993 y también después de un simposio especial.²⁰ En contraste con los datos de JCAHO, todos los eventos fueron auto reportados por los anestesiólogos y sólo el 2% de ellos resultaron en muertes de pacientes. El 44% tuvo un efecto insignificante en los resultados de aquéllos.

El 90% de los reportes ha identificado fallas del sistema y el 79% humanas. Los datos del AIMS fueron similares a los publicados por Cooper en cuanto a los porcentajes de incidentes que reportaron fallas humanas, el momento del evento en relación a la fase de la anestesia así como su tipo (la desconexión respiratoria en ambos estudios era entre el 2% y 3%). Estos datos también son similares a los reclamos de los americanos en cuanto al modelo, naturaleza y proporción del número total de reportes de diferentes tipos de eventos adversos, lo que lleva a una credibilidad de los reportes.

Los resultados del AIMS, aunque también afectados por el subregistro por ser de tipo voluntario, captura una mayor proporción de incidentes críticos que la base de datos de Eventos Centinela de JCAHO.²¹ A pesar de que la cantidad de instituciones participantes en el AIMS es mucho menor a las que lo hacen en el sistema de reporte de la JCAHO (noventa vs miles de hospitales norteamericanos), la cantidad de reportes en ambos sistemas, para un mismo período, es similar. Esta aparente mayor participación en el AIMS podría ser explicada por el hecho de que las instituciones australianas fueron auto seleccionadas y que la cultura del área de anestesia está más estrechamente ligada a los intereses de la seguridad del paciente.²²

Las bases de datos de JCAHO y el sistema australiano proveen datos de frecuencias de reportes así como la información cualitativa y cuantitativa de los incidentes reportados, incluyendo la identidad del que reporta, el momento del reporte, la severidad y el tipo de error. Estos datos no representan resultados clínicos, pero pueden ser subrogantes del lugar prioritario que la organización otorga a la seguridad del paciente.

Por ejemplo, el aumento del reporte de incidentes no es indicativo de una organización insegura, pero puede reflejar un cambio en la cultura

organizacional que contribuye a la mejora de la calidad y otros cambios organizacionales.²³

La baja captura de incidentes de los sistemas de reporte en los hospitales americanos ha sido notificada por Cullen y col.,²⁴ quienes a través de un estudio observacional, investigaron la recolección de datos de eventos adversos por medicamentos en cinco unidades de hospitales de atención terciaria. Sólo el 6% de los eventos adversos fueron identificados y sólo el 8% de los eventos adversos serios por medicamentos fueron reportados. En otro estudio,²⁵ el 1,5% de todos los eventos adversos resultaron en el reporte de un incidente y sólo el 6% de eventos adversos por drogas fueron identificados a través del sistema de reporte tradicional o por vía telefónica. Resultados similares fueron reportados en el área de farmacia y en este caso, aquéllos se atribuyen a factores culturales y ambientales.²⁶

En resumen, hay evidencia en la literatura que la solicitud activa a los médicos para que reporten puede aumentar los datos en las bases existentes, identificando incidentes no detectados a través de otros medios; sin embargo, la respuesta no es duradera en el tiempo. En nuestro medio existe escasa evidencia sobre sistemas de reportes de errores implementados en instituciones de salud de nuestro país. Una revisión sistemática de la literatura científica producida en nuestro medio analizó las investigaciones publicadas en la Argentina acerca de sistemas diseñados para la vigilancia de los errores en el proceso de atención de los pacientes y otros aspectos relacionados con aquéllos.²⁷ Se realizaron búsquedas electrónicas (hasta 2003) y una búsqueda manual de literatura gris (2001-2003) de casi cinco mil artículos publicados.

De cincuenta y dos estudios incluidos, sólo ocho de ellos fueron calificados como relevantes para la vigilancia del error. En general, la mayoría de las publicaciones no pudieron ser clasificadas dentro de un diseño epidemiológico claro y correspondieron a editoriales o artículos especiales de revistas en donde se abordó predominantemente la cultura o la ética del error. Sobre la vigilancia del error y especialmente algún sistema de reporte solo las sociedades de anestesiología y cirugía hicieron sus aportes.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

La amplia variación en el reporte de incidentes está más relacionada con la cultura de las instituciones y los incentivos para el reporte que con la calidad de la práctica médica. Cuando las instituciones priorizan el reporte de incidentes entre su personal, el sistema parecería capturar eventos diferentes a aquellos que se recolectan por revisión de las historias clínicas y el manejo tradicional del riesgo. Asimismo, la identificación y análisis de los eventos detectados a través de los sistemas de reportes permitirían detectar errores más prevenibles y realizar acciones de mejoramiento de la seguridad de manera más ágil y oportuna.

Cuando los sistemas son anónimos o no punitivos es más probable que el número y la detección de eventos reportados sean mayores. Otras

investigaciones han notificado un mayor número de reportes cuando se implementa un nuevo sistema y se mantiene una cultura que estimula y es conducente con el reporte.

Varios estudios sugieren que la efectividad de los sistemas de reporte es mayor cuando se les solicita a los médicos que reporten de forma directa a través de entrevistas o por correo electrónico. De esta manera, se obtienen más datos de errores que son prevenibles y, a la vez, de severidad mayor que aquellos detectados a través de la revisión retrospectiva de las historias clínicas.

La información que se obtiene a través del reporte de incidentes está muy sesgada por el carácter retrospectivo de la mayoría de los estudios y se pierde gran parte de la información.

Además, al no contar con datos del contexto donde se producen los errores, es poco probable que se obtengan datos robustos que se puedan relacionar con la mejora de resultados para los pacientes.

Aunque hasta el momento no hay evidencia suficiente en la literatura del debate entre los sistemas de reporte obligatorio versus voluntario, ambos constituyen una fuente de información complementaria para mejorar la seguridad del paciente. En otras industrias el reporte ha sido exitoso cuando es obligatorio y está liderado por las agencias regulatorias; sin embargo, también lo ha sido cuando el reporte es anónimo y voluntario, sostenido por un sistema basado en incentivos y que incluye a la devolución de la información a quienes reportan como un componente fundamental.

La habilidad de las organizaciones sanitarias para replicar los éxitos de otras industrias en el uso del sistema de reporte de incidentes dependerá en gran parte del uso que se dará a la información generada por dicho sistema. Específicamente, el éxito o el fracaso dependerán de la aplicación de dicha información en la mejora de la calidad de las instituciones y no tanto en la generación de evaluaciones individuales del rendimiento. Idealmente la efectividad de un sistema de reporte debería ser evaluado con respecto a la tasa de reportes, los resultados de mejoras en los pacientes y la facilidad en la implementación. En nuestro medio se han comunicado experiencias aisladas y recientes de la implementación de sistemas de reporte.

Entre ellas se encuentran el servicio de pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, fundación Fundaleu, servicio de hemoterapia del hospital "Juan Garrahan", sanatorio "Mater Dei", Swiss Medical Group y hospital "Churruca". Todos ellos han implementado sistemas de reporte de tipo voluntario, utilizando instrumentos diseñados *ad hoc*, algunos dentro del marco de un programa de prevención de riesgo médico legal.

El problema mayor para poder desarrollar e implementar un sistema de reportes es el temor de los profesionales. La falta de un marco legal regulatorio no contribuye a facilitar el proceso. Aunque se estimula que el reporte sea anónimo, es difícil de mantener si se van a realizar acciones subsiguientes de análisis.

Para concluir, los individuos que reportan errores o casi errores no deben ser penalizados o sufrir consecuencias. El reporte es sólo de valor si conduce a una respuesta constructiva y por ello, la efectividad y carácter

sustentable de estos sistemas en el tiempo está fuertemente condicionada por el liderazgo y la credibilidad de las instituciones o personas responsables de crear y mantener dichos sistemas.

Para lograr la adherencia de los profesionales, se debe garantizar la adecuada utilización de los datos que estos comunican, incluyendo una devolución de los resultados del análisis de los eventos o errores reportados. Por último, se requiere una actitud proactiva de los responsables del sistema, quienes idealmente deberían elaborar recomendaciones para el cambio en los procesos y sistemas de atención sanitaria y promover, de esta manera, las intervenciones pertinentes y necesarias para mejorar la seguridad de la atención en las instituciones de salud.

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO

- 1) Evidence Report/Technology Assessment N° 43, Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, AHRQ Publication No. 01-E058), Ch4, Incident Reporting: Wald H, Shojania KG.
- 2) Food and Drug Administration: Biological products; reporting of errors and accidents in manufacturing, Federal Register 1997, 62:49642-49648, disponible en <http://www.ahrq.gov/Clinic/ptsafety/chap4.htm>, último acceso 10/10/07.
- 3) Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B, Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors, *Anesthesiology* 1978, 49:399-406.
- 4) Fiscella LF, Martínez DF, Graziola ED, Lebie OE, Complicaciones graves y fatales de anestesia: análisis prospectivo en 20.840 intervenciones quirúrgicas, *Rev. argent. anesthesiol*, oct.-dic. 1991, 49(4):197-263.
- 5) Mercuriali A, Ramírez AF, Enz de Usarralde B, La detección del error y su control, un desafío para el anestesiólogo, *Rev. argent. anesthesiol*, mar.-abr. 1999, 57(2):99-106.
- 6) Westwood M, Rodgers M, Sowden A, Patient safety: a mapping of the research literature, Draft report, York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2002, disponible en: Patient Safety Research Programme website.
- 7) Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel event policy and procedures, disponible en http://JCAHO.org/sentinel/se_pp.html, último acceso 10/10/07.
- 8) Webb R, Currie M, Morgan C, Williamson J, Mackay P, Russell W, et al., The Australian Incident Monitoring Study: an analysis of 2000 Incident reports, *Anaesth Intens Care* 1993, 21:520-8.
- 9) Barach P, Small S, Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems, *BMJ* 2000, 320:759-763.
- 10) Buckley T, Short T, Rowbottom Y, Oh T, Critical incident reporting in the intensive care unit, *Anaesthesia* 1997, 52:403-9.
- 11) Hart G, Baldwin I, Gutteridge G, Ford J, Adverse incident reporting in intensive care, *Anaesth Intens Care* 1994, 22:556-61.

- 12) Linden JV, Paul B, Dressler KP, A report of 104 transfusion errors in New York State, *Transfusion* 1992, 32:601-6.
- 13) Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de la Salud, Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H Jara", Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, disponible en <http://www.vihda.gov.ar/vihda/index.asp>, último acceso: 10/10/07.
- 14) New York State Department of Health. NYPORTS. The New York Patient Occurrence and Tracking System, disponible en: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/commish/2001/nyports/nyports.htm>, último acceso: 10/10/07.
- 15) Berman S, Identifying and addressing sentinel events: an Interview with Richard Croteau, *Jt Comm J Qual Improv* 1998, 24:426-434.
- 16) Rex J, Turnbull J, Allen S, Vande Voorde K, Luther K, Systematic root cause analysis of adverse drug events in a tertiary referral hospital, *Jt Comm J Qual Improv* 2000, 26:563-575.
- 17) Leape L, Reporting of adverse events, *N Engl J Med*, 2002, 20: 1633-8.
- 18) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Statistics, disponible en: http://www.JCAHO.org/sentinel/se_stats.html, último acceso: 10/10/07.
- 19) New York State Department of Health, NYPORTS, The New York Patient Occurrence and Tracking System, disponible en: <http://www.health.state.ny.us/press/releases/2001/nyports/nyports.htm>, último acceso: 10/10/07.
- 20) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert, disponible en : <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>, último acceso: 10/10/07.
- 21) Symposium: The Australian Incident Monitoring Study, *Anaesth Intens Care* 1993, 21:506-695.
- 22) Gaba D, Anaesthesiology as a model for patient safety in health care, *BMJ* 2000, 320.
- 23) Battles J, Kaplan H, Van der Schaaf T, Shea C, The attributes of medical event reporting systems, *Arch Pathol Lab Med* 1998, 122:231-8.
- 24) Cullen D, Bates D, Small S, Cooper J, Nemeskal A, Leape L, The incident reporting system does not detect adverse events: a problem for quality improvement, *Jt Comm J Qual Improv* 1995, 21:541-8.
- 25) O'Neil A, Petersen L, Cook E, Bates D, Lee T, Brennan T, Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events, *Ann Intern Med* 1993, 119:370-6.
- 26) Allan E, Barker K, Fundamentals of medication error research, *Am J Hosp Pharm* 1990, 47:555-71.
- 27) Codermatz M, Trillo C, Berenstein G, Ortiz Z, ¿Se vigilan los errores en los procesos de atención médica? Una revisión de la literatura científica, *Revista Medicina, Medicina*, (B Aires) 2006; 66 (5):427-32.

HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

La problemática del error y la seguridad en la atención médica de los pacientes es más frecuente en los extremos de la vida, en procesos asistenciales más complejos o urgentes y al prolongarse la estadía hospitalaria. Para construir un sistema de atención seguro es necesaria la búsqueda, análisis y control de los distintos determinantes del evento adverso. Los hospitales constituyen organizaciones de elevada complejidad, en los que interactúan múltiples personas y procesos. Por este motivo, los errores y complicaciones del cuidado médico ocurren allí con una frecuencia mayor a la esperada. Existe evidencia incontrovertible en países como Estados Unidos, Australia, Inglaterra y, más recientemente, Canadá y España que ponen de relieve la considerable magnitud de los eventos adversos que ocurren durante la internación de las personas en los hospitales.

Existen distintas herramientas para la detección y análisis de los eventos adversos, que podrían clasificarse en a) técnicas de análisis y prevención, b) programas que resumen actividades y tareas destinadas al análisis y prevención, por ejemplo un programa para el control de infecciones y c) organizaciones que se ocupan de la producción de conocimiento sistematizado en diferentes formatos de evidencia científica con alto nivel de calidad.

Algunas de las técnicas son: la revisión de historias clínicas, el Análisis de Causa Raíz (ACR) y el Análisis de Modo de Fallos y Efecto (AMFE). El análisis sistemático, regular y minucioso de los eventos adversos así como de sus potenciales causas constituyen el primer paso para su prevención. La implementación de prácticas seguras, basadas en la evidencia, generada a partir de estos análisis, permite corregir errores pasados y evitar su reiteración en el futuro.

En Estados Unidos, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) enfoca sus esfuerzos en el desarrollo y difusión de las mejores prácticas basadas en la evidencia, para ser adoptadas por los prestadores de servicios de salud.¹ Una práctica para la seguridad en la atención del paciente se define como “un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos que resultan de la exposición al sistema de salud a través de un amplio rango de enfermedades y procedimientos”. Esta definición, se enmarca dentro de la actual concepción dominante acerca de la seguridad de atención de los pacientes, según la cual el cambio sistémico es más adecuado para reducir los errores del proceso de atención, que el enfoque sobre el profesional individual con carácter punitivo.

Esta definición también busca generar una diferenciación respecto de las actividades de mejoramiento de la calidad, destinadas específicamente a mejorar el desempeño profesional por encima de estándares predefinidos, aunque los límites a veces son arbitrarios e imprecisos. La identificación y análisis de eventos adversos podría considerarse una práctica segura.

Para una mejor comprensión estas herramientas pueden clasificarse en proactivas (identificamos y prevenimos riesgos antes que ocurran) o reactivas cuando los riesgos o eventos adversos ya se han producido. Las herramientas proactivas son además del AMFE, la matriz de riesgos, estimaciones de valor monetario y el análisis de barreras proactivo. El Análisis de Causa Raíz (ACR) se considera una herramienta reactiva de análisis que permite investigar de forma sistemática las causas subyacentes y el entorno en que se produjo un evento adverso.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE HISTORIAS CLÍNICAS

La identificación de eventos adversos a partir de la revisión de historias clínicas (HC) es considerada como uno de los métodos más útiles para estimar la magnitud del impacto de los errores en la atención de pacientes hospitalizados.² Sin embargo, su influencia en el conocimiento de la epidemiología del error no fue evidente hasta 1999, año en que el Instituto de Medicina de Estados Unidos publica el libro "Errar es humano".³ A lo largo de la publicación se hace referencia a la, hasta ese momento, insospechada magnitud de los errores, así como sus consecuencias en la salud de las personas. Posteriormente, múltiples instituciones en distintos países del mundo adoptaron la revisión de historias clínicas como método para caracterizar la frecuencia y tipos de eventos adversos directamente atribuibles a la práctica médica. La detección de errores a partir de la revisión sistemática de historias clínicas tiene por objeto identificar los eventos adversos ocurridos durante la internación de las personas. Se trata de un método retrospectivo en el que el proceso de recolección de datos suele realizarse en dos etapas.

En líneas generales, la frecuencia de eventos adversos estimada en estudios publicados que utilizaron esta metodología varía entre 2,9 y 16%. Esta variabilidad podría explicarse, en parte, por diferencias en la técnica empleada, aunque no puede descartarse la existencia de diferencias reales en la prevalencia de estos errores en las distintas poblaciones estudiadas.⁴ Debe tenerse en cuenta que esta metodología, basada en la revisión de historias clínicas, puede estar revelando el límite inferior de la frecuencia de eventos adversos, ya que algunos de ellos sólo se limitan a registrar los errores que poseen consecuencias visibles en la salud de las personas (discapacidad o muerte) y se excluyen aquellos que no ocasionaron consecuencias, los que suelen llamarse "casi-errores".²

En la tabla 3 se presentan los estudios que utilizaron la revisión de historias clínicas y sus características más relevantes. En nuestro país, la información existente sobre el tema es limitada. Sin embargo, la situación no debería diferir de lo observado en países desarrollados; incluso, podría esperarse un escenario más adverso. El impacto de la crisis socio-económica de 2001 en el sistema de salud ha incrementado su vulnerabilidad y ello ha afectado seriamente las barreras necesarias para evitar tanto la ocurrencia de los errores como sus consecuencias.

Un estudio que merece especial atención es el estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) que se enmar-

ca en el conjunto de estudios cuyo objetivo es la mejora de la calidad y es el quinto estudio más potente, por número de sujetos estudiados, realizado hasta la fecha en el mundo.⁵ Las incidencias de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria del estudio realizado en España, alcanzaron valores de 8,4% (IC95%: 7,7-9,1) y con la asistencia sanitaria (incluidos los de atención primaria, consultas externas u ocasionados en otro hospital) 9,3% (IC95%: 8,6%-10,1%). Estas cifras no mostraron diferencias entre los valores de los estudios: australiano ajustado, londinense, danés, neozelandés y canadiense y fue muy superior a las tasas estadounidenses. La versión española del Cuestionario Modular para revisión de casos MRF2 ha sido adaptada para la realización del Proyecto IDEA y se trata de un cuestionario en el que el investigador debe realizar algunos juicios de valor, por lo que debe ser una persona experta en el tema, capaz de detectar los eventos adversos mediante criterios implícitos en la mayoría de las ocasiones y, a veces, la especificidad del proceso médico o quirúrgico puede haber dificultado la caracterización exhaustiva de evento adverso.⁵ La fiabilidad evaluada del cuestionario ha sido caracterizada como moderada a buena. Los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud y la capacitación técnica de sus profesionales han conseguido que España se ubique entre los de mayor preocupación por garantizar la seguridad clínica del paciente observando que la frecuencia y distribución de los eventos adversos identificados son semejantes a los realizados en otros países. Las tres causas inmediatas relacionadas con los eventos adversos asociados a la asistencia sanitaria en los hospitales españoles fueron por orden de frecuencia: los relacionados con la medicación, las infecciones hospitalarias y los relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento.

El primer grupo de indicadores fue elaborado por Mills⁶ en un estudio realizado en California en 1977. En 1984, este conjunto de indicadores fue aplicado, con modificaciones, por Brennan y col.⁷ en el estudio de Harvard (tabla 3). La mayoría de los estudios de revisión de HC realizados con posterioridad al de Harvard utilizan estos mismos indicadores, en general con alguna modificación.

La presencia de al menos uno de estos indicadores se considera como "rastreo positivo" y es indicativa de una mayor probabilidad de ocurrencia de uno o más eventos adversos durante la internación. Únicamente este grupo pasa a la segunda etapa, cuyo objetivo es precisar la existencia o no de evento adverso. La segunda etapa diagnóstica constituye uno de los pasos cruciales de la investigación y también, uno de los más complejos. A partir de lo consignado en la HC, dos o tres médicos revisores identifican no sólo la presencia del evento, sino su tipo, sus consecuencias en la salud del paciente y su grado de prevenibilidad. Antes de iniciar esta tarea, debe establecerse "qué se considerará como evento adverso", de manera de sistematizar su detección.

Una breve descripción del método podría resumirse en una primera etapa de rastreo de HC: un grupo de profesionales revisa una muestra aleatoria de las HC correspondientes a las internaciones de un determinado período, habitualmente un año. De esa muestra y sobre la base de

criterios de calidad preestablecidos, se separan las HC elegibles o que podrán ser incluidas en la investigación.

Como ejemplo, la mayoría de los estudios de revisión sólo consideran como elegibles a aquellas que presentan una duración igual o mayor a veinticuatro horas. En algunos casos el tipo de internación también cuenta.

De las HC elegibles, sólo se someten al rastreo aquellas que, sobre la base de su calidad, califican para ser utilizadas como fuentes de información de eventos adversos. Difícilmente puedan detectarse los errores en la atención en HC mal confeccionadas, con letra ilegible o que carecen de componentes fundamentales, como la hoja de ingreso, la evolución diaria, o la epicrisis. Una vez seleccionas las HC elegibles y que poseen calidad suficiente para ser incluidas en la revisión, se realiza el rastreo sobre la base de indicadores que han demostrado estar asociados a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos. Así por ejemplo, una HC en la que existe constancia de que un paciente requirió un segundo procedimiento no planificado luego de una cirugía o que, durante ella, se le extrajo o reparó un órgano, también de manera no planificada, debe ser seleccionada y evaluada en detalle, ya que es mayor la probabilidad de que ese paciente haya padecido algún tipo de evento adverso directamente asociado a la práctica médica.

Tabla 3 - Estudios internacionales de eventos adversos por revisión de historias clínicas

	California Medical Insurance Study (CMIFS)	Harvard Medical Study (HMPS)	"The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado	"The Quality in Australian Health Care Study" (QAHCS)	"Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review"	"The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospitals patients in Canada" (CAES)
Contexto						
Año considerado para muestreo	1974	1984	1992	1992	1998	2000
País	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos	Australia	Reino Unido	Canadá
Ámbito	Veintitrés hospitales	Cincuenta y un hospitales de Nueva York	Hospitales de Utah y Colorado	Veintiocho hospitales en New South Wales and South Australia	Dos hospitales en Londres	Veinte hospitales de cinco provincias de Canadá

Metodología	Revisión de historias clínicas en dos etapas					
Primera etapa: tamizado						
Responsables		Enfermeras entrenadas y análisis de HC	Enfermeras entrenadas	Enfermeras entrenadas	Enfermeras entrenadas	Enfermeras entrenadas
Criterios utilizados		Dieciocho indicadores basados en CMFIS	No descritos. En teoría, serían los mismos a los utilizados en el HMPS	Dieciocho indicadores basados en el HMPS con pequeñas modificaciones	Dieciocho indicadores (no descritos). Menciona que la metodología es la misma que la utilizada en Australia y USA.	Dieciocho indicadores basados en el HMPS con pequeñas modificaciones. Muy similares a los utilizados en QAHCS
Segunda etapa: detección del error						
Cantidad de revisores por HC con tamizado positivo		Dos médicos	Un médico (generalista)	2 médicos (especialistas)	Un médico revisor (clínico)	Médicos revisores
Escalas de valoración utilizadas		Escala del uno al seis que valora el grado de certeza de existencia y de prevenibilidad del evento.	Escala del uno al seis que valora el grado de certeza de existencia y de prevenibilidad del evento.	Escala del uno al seis que valora el grado de certeza de existencia y de prevenibilidad del evento.	Escala del uno al seis que valora el grado de certeza de existencia y de prevenibilidad del evento.	Escala del uno al seis que valora el grado de certeza de existencia y de prevenibilidad del evento.
Definición de evento adverso						
Teórica	Evento potencialmente compensable es toda discapacidad causada por la atención médica	"Injuria. No intencional causada por el manejo médico (más que la enfermedad subyacente) y que prolonga la hospitalización, produce una discapacidad al momento del alta o ambas	"Injuria o daño al paciente no intencional, causada más por la atención médica que por la enfermedad del paciente y que provoca prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad al momento del alta o muerte.	"Injuria o daño al paciente No intencional causada más por la atención médica que por la enfermedad del paciente y que provoca la hospitalización, la prolongación de la estancia hospitalaria, morbilidad o muerte."	"Injuria no intencional causada por el manejo médico más que por la enfermedad subyacente como para ocasionar la prolongación de la internación o daño permanente o transitorio al momento del alta del paciente"	"Injuria o complicación no intencional que resulta en discapacidad al momento del alta, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y que fue causada más por el proceso de atención médica que por la enfermedad subyacente."

Operativa		Resultado en la escala mayor o igual que cuatro	Resultado en la escala mayor o igual que cuatro	Resultado en la escala mayor o igual que cuatro	Resultado en la escala mayor o igual que cuatro	Resultado en la escala mayor o igual a 4
Resultados						
Proporción de EA	4,60%	3,70%	2,90%	16,60%	11,7%	7,50%
Comentarios	Fue el primer estudio que aplicó la metodología de revisión de HC en dos etapas.	La metodología se basó en la utilizada en el CMIFS	La metodología se basó en la utilizada en el HMPS	La metodología se basó en la utilizada en el HMPS	La metodología se basó en estudios previos (QAHCS Y HMPS)	La metodología se basó en la utilizada en el HMPS

Indicadores utilizados para el rastreo de HC en el estudio de Harvard⁹

1. Internación previa a la admisión índice en el año previo para pacientes menores de sesenta y cinco años y en los seis meses previos para pacientes de mayor edad.
 2. Admisión en cualquier hospital después del alta de la internación índice.
 3. Falla previa en el manejo médico o resultados desfavorables.
 4. Lesión del paciente ocurrida en el hospital.
 5. Reacción adversa a drogas en el hospital.
 6. Traslado no planificado desde una unidad de cuidados generales a una de cuidados intensivos.
 7. Traslado a otro hospital de agudos.
 8. Reingreso no planificado a quirófano durante la internación.
 9. Tratamiento por daño de órgano después de un procedimiento invasivo.
 10. Infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, tromboembolismo pulmonar; durante o después de un procedimiento invasivo.
 11. Déficit neurológico al alta.
 12. Muerte.
 13. Temperatura mayor a 38,30° en el día previo o el día del alta.
 14. Paro cardíaco o respiratorio.
 15. Puntaje de Apgar a los cinco minutos menor a seis
 16. Complicaciones en un aborto o parto.
 17. Otro resultado no deseado.
 18. Evidencia de presencia de litigio en la HC.
 19. Duración de la estadía hospitalaria mayor al percentil noventa para el grupo relacionado de diagnóstico en pacientes menores de setenta años y del percentil noventa y cinco para pacientes de setenta o mayores.
- Algunas definiciones de eventos adversos utilizadas en estudios publicados son:
- Presencia de una injuria o lesión no intencional. En los estudios por revisión sólo se incluyen eventos adversos, no los "casi-errores". Se entiende por casi errores aquellos errores en los procesos de atención que no provocan daño o lesión en la persona por haber sido oportunamente interceptados. Por tanto, debe detectarse la presencia de daño que debe ser no intencional.

- Lesión atribuible más al manejo médico que a la enfermedad subyacente. Debe existir algún grado de evidencia que permita inferir la relación de la aparición de la lesión con el proceso de atención del paciente.
- Lesión que provoca una prolongación de la internación, una discapacidad al alta o incluso la muerte del paciente. Estos eventos tienen consecuencias que van desde la prolongación de la internación hasta la muerte del paciente. Si bien esta definición resulta clara, su aplicación en la práctica suele suscitar dudas en los evaluadores: "¿existió evento adverso?, y de haber existido, ¿fue un error de la práctica o puede ser atribuido a la evolución de la enfermedad?" Muy a menudo los eventos ocurren en personas arias, las que padecen múltiples enfermedades por lo que, en ocasiones, resulta difícil establecer si la lesión se debe a un error en la atención o a la evolución natural o la confluencia de los procesos mórbidos subyacentes.

Cualquiera sea la definición utilizada se sugiere que la evaluación se base en criterios explícitos y sea realizada de manera independiente por más de un profesional. En la mayoría de los estudios se utilizan escalas de valoración del uno al seis, en la que cada evaluador expresa su grado de certeza respecto a la existencia y prevenibilidad del error. Generalmente se toma un valor de cuatro o mayor para indicar la presencia o la prevenibilidad del evento adverso. En relación a la prevenibilidad, se consideran eventos adversos prevenibles aquellos que podrían haber sido evitados con los medios o recursos habituales o con una atención médica estándar. Sólo este tipo de eventos podrían ser considerados errores en el proceso de atención.

No escapará al lector el elevado grado de subjetividad de esta valoración. Dicha subjetividad es la que resta confiabilidad a los resultados reportados en estos estudios.⁸⁻⁹ En efecto, el valor de Kappa* es moderado en la mayoría de los estudios de revisión de HC (generalmente encontrándose entre 0,4 y 0,5). Con los años, la metodología se ha perfeccionado y se han incluido procedimientos para incrementar la reproducibilidad de esta evaluación, que continúa siendo uno de los aspectos más controversiales de los estudios por revisión de HC. El componente de subjetividad resta confiabilidad a las mediciones y destaca la importancia de entrenar a los revisores antes del inicio del trabajo de campo, de consensuar los criterios de definición y diagnóstico de evento adverso y de tomar todos los recaudos posibles que permitan maximizar la confiabilidad del método.

* Kappa: medida que establece el grado de concordancia entre los observadores en una escala de cero a uno, teniendo en cuenta también la influencia del azar (uno representa el nivel de concordancia más elevado).

Resultados de la experiencia en el hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca

En 2004, el hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, situado en la provincia de Buenos Aires, implementó el programa para mejoramiento de la seguridad en la atención médica de los pacientes, en el marco del programa desarrollado por la Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Una de las actividades consistió en la descripción de la epidemiología de los eventos adversos a partir de historias clínicas (HC). El estudio se inició en agosto de 2004 y, en total, ocho profesionales (médicos y enfermeras), participaron en su ejecución. Se aplicó la metodología basada en la revisión de HC en dos etapas, por medio de métodos e instrumentos estandarizados y adaptados de estudios previos. El protocolo utilizado fue el desarrollado por el Dr. Alfredo Vidal y sólo requirió mínimas modificaciones para su adaptación a las características del hospital y al contexto en el que se realizaría la investigación.⁶

A pesar de contar con un comité de HC, se previó que un número importante de HC no serían elegibles, por lo que se sobreestimó el tamaño muestral en un 20%. La selección se realizó al azar, utilizando un muestreo aleatorio simple, de manera de garantizar la representatividad de los resultados del estudio.

Del total de las tres mil ochocientas sesenta y siete internaciones ocurridas en 2004, se seleccionaron seiscientos catorce y se evaluaron quinientas cincuenta y cinco, que fueron distribuidas a las cinco enfermeras en cantidades iguales. De este grupo, ciento una fueron consideradas no elegibles, generalmente por corresponder a internaciones con menos de veinticuatro horas de internación. De las elegibles (cuatrocientas cincuenta y cuatro), sólo una cantidad muy pequeña (21/454, 5%) debieron excluirse por ser de calidad no aceptable, valor que se encontró muy por debajo del estimado al momento de calcular el tamaño de la muestra (20%).

Los resultados más relevantes mostraron que de las cuatrocientas treinta y tres HC incluidas, ciento treinta y cinco (31%) fueron positivas. Si bien "internación previa" fue el indicador más frecuentemente reportado por las enfermeras, los médicos revisores identificaron por lo menos un evento adverso en sólo el 40% de las HC que resultaron positivas para este indicador. En contraste, la presencia de otros indicadores, aunque menos frecuente, coincidió con el diagnóstico de los revisores en un porcentaje más elevado de casos, como por ejemplo, "presencia de infección intrahospitalaria" o "necesidad de traslado a terapia intensiva o unidad coronaria durante la internación". En total se identificó la presencia de por lo menos un evento adverso en sesenta y una internaciones, lo que representa una frecuencia del 13,4%. Algunas internaciones presentaron más de un evento, sumando en total ochenta y cinco eventos adversos.

Su tasa fue mayor en terapia intensiva y en las especialidades quirúrgicas, aunque las diferencias por especialidad no fueron estadísticamente significativas. Los tipos de eventos adversos más frecuentemente identificados fueron las infecciones intrahospitalarias, especialmente la infección del sitio quirúrgico, seguidas por eventos adversos ocurridos como consecuencia

de procedimientos quirúrgicos o por tratamientos administrados errónea o tardíamente. Del total de ochenta y cinco eventos adversos identificados, el 94% fueron considerados como prevenibles. Si bien esta frecuencia es elevada, debe tenerse en cuenta que la mayoría de estos eventos fueron calificados por los tres revisores con la categoría 4, es decir "el evento fue probablemente prevenible". En pocos casos los tres revisores manifestaron poseer certeza absoluta respecto a la prevenibilidad del evento.

Escalas para la valoración del error empleadas en la revisión de HC en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca.

Escala de existencia de evento adverso

1. Virtualmente certeza que no hay evento adverso.
2. Muy poca o poca probabilidad de ocurrencia de evento adverso.
3. Probablemente no hay evento adverso.
4. Probablemente hay evento adverso.
5. Muy probablemente hay evento adverso.
6. Virtualmente certeza que hay evento adverso.

Escala de prevenibilidad

1. Virtualmente certeza que no fue prevenible.
2. Muy probablemente no fue prevenible.
3. Probablemente no fue prevenible.
4. Probablemente fue prevenible.
5. Muy probablemente fue prevenible.
6. Virtualmente certeza que fue prevenible.

De las cuatro instituciones de salud participantes en el proyecto, sólo el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca desarrolló esta metodología para la vigilancia retrospectiva de los eventos adversos.

Lecciones aprendidas

- La realización de un protocolo para un estudio complejo y exhaustivo, como es la revisión de HC, insume un período de tiempo muy prolongado. Disponer de un protocolo de investigación cuidadosamente diseñado facilitó enormemente el trabajo y redujo los tiempos necesarios para concretar la investigación.
- Antes de iniciar la investigación, debe preverse que un número importante de HC no cumplirán los criterios de inclusión. En este estudio, un porcentaje elevado de HC debieron excluirse por tratarse de internaciones de menos de veinticuatro horas. En contraste, la cantidad de HC que debieron rechazarse por calidad no aceptable fue menor a la esperada. Sin duda, este tipo de factores deben ser tenidos en cuenta y analizados con detenimiento al momento de diseñar y calcular el tamaño de la muestra. Existen indicadores que, aunque aparecen con frecuencia, son más inespecíficos; en contraste, existen otros, detectados menos frecuentemente, cuya presencia debe alertar al médico revisor, ya que es altamente probable que algún tipo de EA haya ocurrido durante la internación.

- De manera similar a los resultados de otros estudios, los eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos tendrían un papel preponderante. Los juicios acerca de la existencia y prevenibilidad del evento son sumamente complejos y exigen una exhaustiva revisión de la HC, teniendo en cuenta todos sus componentes (desde la hoja de ingreso hasta la epicrisis, pasando por los resultados de informes y las evoluciones médicas y también de enfermería). Para establecer si un evento fue prevenible o no, se debe evaluar si dicho evento habría sido evitado de haberse provisto una atención médica habitual y estándar. Sin embargo, ¿qué representa estándar?, ¿tiene “estándar” el mismo significado en el hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca que en otros?
- Las limitaciones vinculadas a la subjetividad de la valoración de cada revisor deben ser consideradas desde el inicio de la investigación, y exige planificar estrategias que permitan minimizar sus consecuencias; por ejemplo, que posterior a la evaluación independiente de los revisores, exista una instancia para discutir todos los casos positivos. Esto permitiría analizar cada caso con más profundidad y, en especial, aquellos en los que se observaron discordancias más importantes. Otra limitación está relacionada con el entrenamiento, capacidades y predisposición de los evaluadores.
- Se trata de un método que no puede evitar las subjetividades, pero sí “controlarlas” a partir de la utilización de un protocolo que incluya la fase de capacitación al personal que evaluará las historias clínicas, así como también el espíritu de equipo que debe prevalecer en la actividad.

A pesar de todas estas limitaciones, la técnica sigue brindando muchos beneficios. Según Aranaz y col.⁵ disponer de un diagnóstico de situación permite anticiparse a un problema de creciente repercusión/preocupación social. Los resultados disponibles permiten informar con honestidad, franqueza y transparencia a la sociedad, pacientes y medios de comunicación sobre los riesgos asistenciales y las medidas que se pueden tomar para evitarlos.

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

Tal vez una de las estrategias más utilizada para el análisis de problemas de seguridad es el Análisis de Causa Raíz (ACR). La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) recomienda su aplicación sistemática ante el reporte de incidentes denominados eventos centinela.¹¹ La JCAHO define evento centinela como “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”.

La taxonomía del error humano más citada de la literatura médica es aquella elaborada por James Reason, quien distingue dos categorías mayores de error: “error activo o fallas activas” y “error o condiciones latentes”.¹² El error activo es aquel que “vemos o descubrimos”, ya que ocurre generalmente en el punto de la interfase humana con las complejidades del sistema; el error latente es aquel que se “oculta” en la complejidad del sistema y que ocurre por fallas del diseño o del funcionamiento de

dicho sistema. El ACR es generalmente empleado para descubrir errores latentes subyacentes a eventos centinelas.

Esta aproximación retrospectiva al análisis del error es extensamente aplicada en la investigación de accidentes mayores de la industria, fundamentada en la psicología industrial y en ingeniería de los factores humanos. En 1997, la JCAHO asignó por mandato el uso de ACR en la investigación de eventos centinelas en los hospitales acreditados.

Más allá de las características de las técnicas cualitativas, el ACR tiene ciertas limitaciones metodológicas. Son en esencia "estudios de casos no controlados" y, dado que la ocurrencia de errores es altamente impredecible, es imposible conocer si la causa raíz establecida por el análisis es la causa del accidente. Su naturaleza es retrospectiva e inherentemente especulativa. Los reportes publicados sobre la aplicación de ACR en medicina generalmente presentan categorías de errores activos determinados por el ACR, categorías de causas raíz (errores latentes) de los eventos y sugerencias de mejoramiento de los sistemas. Si bien no representan resultados clínicos, por el momento el incremento de las tasas de reportes de incidentes podría reflejar un cambio prometedor en las instituciones, las que dan muestras de tener una mayor predisposición a implementar el mejoramiento de la calidad y seguridad y cambios organizacionales.

El ACR pretende mejorar los procedimientos y el sistema en su conjunto. Para ello, examina las causas que se originan en fallas del procedimiento clínico y aquellas que son comunes a todo el sistema. La descripción del evento se realiza de acuerdo con los siguientes pasos:

1. Recolección de datos:

Establecer qué ocurrió a través de las estructuras intervinientes, revisión de documentos y observaciones de campo. Esta recolección de datos incluye identificar qué eventos deben ser investigados y la secuencia cronológica de los hechos.

2. Análisis de datos:

Un proceso interactivo de examen de la secuencia de los eventos, con el objetivo de determinar los factores comunes subyacentes:

- Establecer *¿cómo ocurrió el acontecimiento?*, por identificación de fallas activas en la secuencia.
- Establecer *¿por qué ocurrió el hecho?*, a través de fallas latentes en la secuencia como una generalidad.

3. Recomendaciones:

Se trata de un proceso que permite aprender de los eventos adversos ocurridos para eliminarlos o reducir su probabilidad de ocurrencia y, en un futuro, desarrollar soluciones.

Algunas de las categorías de factores influyentes en la práctica clínica incluyen:

- a) Institucionales / reglamentarios.
- b) Organizacional / gestión.

- c) Condiciones ambientales.
- d) Factores de equipo.
- e) Factores de personal de conducción.
- f) Factores laborales.
- g) Características de los pacientes.

Como producto de un ACR se obtendrá un “plan de acción” para identificar la estrategia que la organización intenta implementar para reducir el riesgo que eventos similares ocurran en el futuro. No hay estimaciones de costos de los ACR publicados, pero su proceso de trabajo intensivo es claramente significativo. En nuestro país la utilización de ACR para el análisis de errores y eventos adversos no se encuentra difundida, contándose tan sólo con experiencias aisladas de reciente inicio. El ACR constituye a su vez un paso inicial del Análisis de Modo de Fallos y Efectos (AMFE).

ANÁLISIS DE MODOS DE FALLOS Y EFECTOS

Se trata de un esfuerzo proactivo y prospectivo de reducción de riesgos utilizado para prevenir problemas en los procesos o productos antes de que ellos ocurran.¹³ Su propósito es examinar en un diseño prospectivo la falla que podría ocurrir, de manera tal que se facilite la identificación sistemática de acciones posibles a fin de eliminar la falla, detenerla antes de que llegue a las personas o disminuir sus consecuencias. El AMFE proporciona no sólo una mirada sobre los problemas que pudieran ocurrir, sino también cuán graves podrían ser sus consecuencias o efectos. Su objetivo “es prevenir los peores resultados”, es decir, “perjudicar lo menos posible a los individuos que el sistema debe cuidar y proteger”. Es una metodología simple y sistemática que aborda problemas, preocupaciones, desafíos, errores y fallos con el fin de buscar respuestas para su mejora. Así como el ACR consiste en qué pasó, cómo pasó y qué hacer para evitarlo, el AMFE se basa en ¿qué puede ir mal?, si algo va mal, ¿cuál es la probabilidad de que ocurra y cuáles son sus consecuencias? y ¿cuál es la posibilidad que tengo de detectarlo?

Algunos estándares de calidad de la JCAHO exigen que, cada año, la institución realice un AMFE en al menos un proceso de alto riesgo. La selección del proceso debería basarse en parte en la información publicada periódicamente por la JCAHO, que identifica los tipos de eventos centinela que se producen con mayor frecuencia. Existen técnicas de AMFE específicas para el cuidado de la salud que han sido diseñadas por el Centro Nacional de Seguridad del Paciente (VA National Center for Patient Safety) y marcan los pasos de análisis sobre peligros encontrados en los tradicionales Análisis de Modos de Fallos y Efectos, combinados con los pasos de detectabilidad y de análisis crítico, en un algoritmo presentado con la modalidad de un árbol de decisión.¹³ De esta forma se determina un puntaje de peligro que se ve directamente en una matriz de riesgo.

Los pasos para la realización del AMFE son:

1. Selección del proceso

2. Conformación de un equipo interdisciplinario para la realización del análisis
3. Construcción del diagrama de flujo del proceso o sub-proceso
4. Identificación de los modos de fallo en cada uno de los pasos del proceso: a través de uno a cinco encuentros, el equipo interdisciplinario analiza cada uno de los pasos del proceso e identifica todos aquellos aspectos o actividades que podrían fallar, independientemente de su severidad o frecuencia de ocurrencia.
5. Identificación de las causas: de cada uno de los modos de fallo identificados, se analizan sus potenciales causas.
6. Priorización de procesos: para cada modo de fallo, se estima el número de prioridad según riesgo, que se construye a partir de la probabilidad de ocurrencia del fallo, su probabilidad de detección y severidad.
7. Implantar acciones de mejora para prevenirlos.

Criterios para la estimación del Número de Prioridad

Probabilidad de ocurrencia:

¿Qué probabilidades de ocurrencia tiene esta falla?

Asignar un puntaje entre uno y diez, siendo uno "muy poco probable que ocurra" y diez "altamente probable que ocurra".

Probabilidad detección:

¿Qué probabilidades tiene esta falla de ser detectada?

Asignar un puntaje entre uno y diez, siendo "altamente probable que sea detectada" y diez "muy poco probable que sea detectada".

Severidad o gravedad:

En caso que la falla ocurriera, ¿qué probabilidades tiene de dañar al paciente?

Asignar un puntaje entre uno y diez, siendo uno "muy poco probable" y diez "altamente probable".

PROGRAMAS COMO HERRAMIENTAS DE MEJORA

Las infecciones adquiridas durante la atención de los pacientes y la infección del sitio quirúrgico son dos eventos adversos cuya magnitud y alto grado de prevenibilidad los convierte en problemas prioritarios, que necesitan urgente intervención para ser prevenidos.

El 5-10% de los pacientes que se internan sufrirán alguna infección nosocomial u hospitalaria o como actualmente se denominan infecciones adquiridas durante la atención de los pacientes (IADAP). Este problema aumentó en la última década, lo que se tradujo en Estados Unidos en una afección de cerca de dos millones de personas al año, causando noventa mil muertes y un costo sanitario de 4,5 a 5,7 miles de millones de dólares. Un tercio de los casos de IADAP se produce por fallas del sistema durante la atención. El cambio de hábitos y comportamientos inadecuados son las principales barreras; en particular, la medida básica y universal más efectiva y simple como es la higiene de manos.

En la Argentina existen dos iniciativas que buscan controlar y prevenir las IADAP. Una es el programa VALIDAR, un proyecto que fue apoyado por la Fundación Avedis Donabedian de la Argentina, la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) y la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y que contó con el auspicio del Ministerio de Salud de la Nación, a través de los Programas "Vigi+A" y el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se trata del primer estudio multicéntrico a gran escala diseñado para validar en la Argentina los indicadores de determinadas IADAP (bacteriemias, neumonías e infecciones urinarias) asociadas a procedimientos invasivos (catéteres vasculares centrales, asistencia respiratoria mecánica y cateterismo vesical), así como las tasas de su utilización. El estudio se realizó en ciento siete hospitales y centros de internaciones públicas y privadas. Los resultados permitieron hacer estimaciones tales como que si se contara con un programa activo de control de IADAP, por cada cien hospitales podrían evitarse quinientas treinta muertes por año y tres mil episodios infecciosos y se ahorrarían unos siete millones de pesos (sólo teniendo en cuenta las unidades de terapia intensiva).¹⁴ Si se considera la totalidad de los establecimientos asistenciales de internación públicos y privados que hay en el país, alrededor de tres mil ciento noventa y seis, aquellas cifras ascienden a casi diecisiete mil muertes y noventa y seis mil episodios infecciosos anuales y representan un ahorro de doscientos veinticuatro millones de pesos.¹⁴

El estudio también mostró cómo repercuten los programas para el uso adecuado de antibióticos en el consumo de estas drogas. Los programas activos disminuyeron entre un 8% y un 65% su utilización. El dato es muy relevante si se tiene en cuenta que uno de los problemas más acuciantes en la Argentina respecto a las infecciones hospitalarias es la elevada tasa de resistencia de los gérmenes, causado, en parte, por el uso inapropiado de antibióticos en el ámbito hospitalario. Las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tanto de adultos como pediátricas, son las áreas de internación donde se registra mayor número y severidad de IADAP, y es por eso que la investigación se centró allí. El estudio mostró que el programa activo de control de infecciones redujo sensiblemente la tasa de episodios, la mortalidad de los pacientes y, además, los gastos.

El otro programa es el del Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de la Salud, Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H Jara" (INE). El Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de la Argentina (VIHDA)¹⁵ tiene como objetivos: brindar capacitación, soporte e información a los hospitales respecto de su situación en IH; obtener resultados a nivel nacional que permitan a las autoridades de salud de la Argentina tomar decisiones al respecto; contar con datos estadísticos de episodios de infecciones intrahospitalarias y detectar en forma temprana cuestiones preocupantes (tales como brotes) y actuar en consecuencia. Con estos objetivos el programa busca contribuir a mejorar la calidad de la atención médica

en los hospitales adheridos. Los requisitos para la incorporación de las instituciones de salud al Programa Nacional Vigilancia de Infecciones Hospitalarias son que:

- Pertenezca a la República Argentina, sea público o privado.
- Cuento con más de cien camas y con unidades de cuidados intensivos adultos, pediátricos o neonatales con por lo menos siete camas en cada caso, o unidades quirúrgicas.
- Cuento con un programa de prevención y control de infecciones y mantenga libros de actas de sus reuniones rubricado por la dirección del establecimiento.
- Cuento con un comité de infecciones integrado, al menos, por un médico, un bacteriólogo y una enfermera dedicada al control de infecciones (como mínimo una cada doscientas cincuenta camas, con reemplazante).

La dirección del hospital deberá firmar y enviar una ficha de solicitud de adhesión al programa vía correo postal o fax, manifestando los compromisos, avalando la participación de la institución al programa.

El hospital que se incorpore al programa debe realizar previamente un estudio diagnóstico de situación. El Comité de Control de Infecciones debe contar con el hardware y con la conexión a internet correspondientes que permitan la utilización del software VIHDA desarrollado por el INE. En todos los casos, el INE autorizará la adhesión e informará la fecha de realización del estudio de prevalencia y de los cursos de capacitación.

Otro evento adverso que puede monitorearse y controlarse a través de programas son las infecciones de sitio quirúrgico. Estas, además de ser prevenibles, son graves y de alta frecuencia, representan aproximadamente el 25% de las IADAP y pueden ocasionar una disminución de la productividad como consecuencia de los días perdidos, generar insatisfacción en los pacientes y temor en los cirujanos intervinientes por la posibilidad latente de una mala praxis. Por otra parte, las infecciones de sitio quirúrgico contribuyen significativamente al impacto económico que resulta de la ocurrencia de este tipo de complicaciones infecciosas.¹⁶⁻¹⁷

Las tasas de infecciones de sitio quirúrgico reportadas son muy variables, ya que dependen de múltiples factores, algunos propios del paciente y otros del cirujano y del equipo interviniente. Sin embargo, uno de los condicionantes más importantes de esta heterogeneidad en las tasas de infecciones de sitio quirúrgico está dado por la duración del seguimiento. Hasta hace unos años atrás, éste sólo se restringía a la atención del paciente durante su internación hasta el momento del egreso. Sin embargo, en los últimos años, numerosos estudios han evidenciado que una cantidad importante de infecciones de sitio quirúrgico se produce posteriormente al alta del paciente, generalmente dentro de los 30 días siguientes a la cirugía. En los casos de cirugía de cadera, esta infección puede presentarse incluso hasta el año de realizada la cirugía. Uno de los métodos propuestos para el seguimiento en el período postquirúrgico es la encuesta a los pacientes a través del llamado telefónico. Si bien la sensibilidad y especificidad de este procedimiento para la detección

de infecciones de sitio quirúrgico es variable, permitiría identificar los pacientes con mayor riesgo de infección e instaurar un tratamiento más oportunamente, en caso de que ella se confirmara.

ORGANIZACIONES QUE INVESTIGAN SOBRE HERRAMIENTAS PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

La Colaboración Cochrane

El principal objetivo de la Colaboración Cochrane es preparar, mantener y divulgar revisiones sistemáticas y actualizadas de la evidencia científica, si fuera posible, de los ensayos clínicos existentes, o en su defecto, de los estudios disponibles basados en otros diseños. El primer Centro Cochrane fue fundado en 1992, como parte del nuevo programa de investigación y desarrollo establecido para dar apoyo al Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. En la actualidad, más de cinco mil personas de más de cincuenta países están colaborando activamente en este trabajo. Existen cincuenta y un Grupos Colaboradores de Revisión (CRG, acrónimo de "Collaborative Review Group") que se encargan de preparar y actualizar las revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria.

Por definición, se trata de grupos de carácter internacional y multidisciplinario cuyos miembros –investigadores, clínicos, profesionales de la salud, usuarios de los servicios sanitarios, etc.– se han reunido debido a que comparten un interés en documentar la evidencia que sea relevante, confiable y actualizada sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud dentro de un área de interés específico. La actividad de los distintos revisores integrados en un CRG se ve facilitada por un equipo editorial, designado por el mismo grupo, que coordina, organiza, supervisa o asesora las actividades diarias, garantizando que las revisiones sistemáticas que aquellos producen, reúnan la calidad suficiente para ser finalmente publicadas en la biblioteca Cochrane Plus.

El Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) de la Colaboración Cochrane es un grupo que se dedica a estudiar la efectividad de las prácticas y organizaciones para el cuidado de la salud.¹⁸ El foco del grupo EPOC comprende diversas estrategias agrupadas bajo los conceptos de educación continua, aseguramiento y mejoras de la calidad, intervenciones mediante tecnología informática, financieras, organizacionales y regulatorias.

A pesar que se ha desarrollado un sustancial cuerpo de conocimientos, acerca de la efectividad de diversas intervenciones destinadas a producir cambios favorables en el comportamiento del equipo de salud, existe un conocimiento limitado sobre cuáles de esas intervenciones podría utilizarse para reducir la incidencia e impacto de los errores en medicina.¹⁹ Recientemente, el Centro Cochrane Iberoamericano y el Ministerio de Salud de España han convenido en conformar un grupo para la producción de revisiones sistemáticas cuyo foco sean las intervenciones que mejoren la seguridad en la atención médica de los pacientes.

Programa de investigación en seguridad del paciente de la Universidad de Birmingham, Inglaterra

Otro aporte importante es el realizado en el marco del Programa de Investigación en Seguridad del Paciente (Patient Safety Research Program) de la Universidad de Birmingham, Inglaterra. Con el objetivo de identificar evidencia científica acerca de la seguridad del paciente, además de otros aspectos vinculados con la epidemiología y reporte de los errores, en 2002 se realizó un estudio denominado "Mapping", que revisó sistemáticamente la literatura publicada en el campo de la seguridad del paciente en la última década. Como criterios de selección acorde con los objetivos de la investigación, se consideraron estudios relevantes aquellas investigaciones empíricas en las que la seguridad del paciente se ubicó en algún punto del continuo que iba desde los errores o desvíos hasta situaciones peligrosas o cuasi-errores. Se incluyeron estudios que investigaron las raíces de las fallas individuales o sistémicas, la detección del error y las intervenciones directas diseñadas para reducir accidentes.

Los estudios que han evaluado intervenciones directas para reducir eventos adversos se han enfocado principalmente sobre los sistemas computarizados o automáticos para controlar errores de la medicación (prescripción, orden, transcripción, dispendio, administración). Aunque con ciertas limitaciones, la mayoría mostraron resultados positivos. A pesar de ello, carecen de una adecuada discusión acerca de la significación clínica o estadística de los beneficios observados. De los estudios de educación y entrenamiento, los enfoques variaron con relación a quien fue dirigida la intervención, extendiéndose desde la atención primaria hasta la hospitalaria. Los participantes en estos estudios incluyeron enfermeros, residentes de anestesiología, medicina familiar y trabajadores paramédicos de emergencias.

La mayoría de los estudios evaluaron la introducción de intervenciones para reducir o prevenir errores o accidentes; todos menos uno reportaron resultados positivos como resultado de la intervención. Otras intervenciones evaluadas fueron: un sistema específico de transfusión; una política de orden de corte automático; la tercerización de un programa de mezcla de infusiones endovenosas; y diferentes niveles de iluminación en una farmacia de pacientes ambulatorios. Al igual que en las otras, la mayoría mostraron resultados favorables, aunque no siempre se reportó la significación estadística.

Las áreas que la revisión identifica para investigación futura son: una revisión sistemática de las causas de los accidentes; el desarrollo de interfaces óptimas de reporte; la identificación de barreras para el reporte de eventos adversos; las comparaciones directas de sistemas de reporte del error anónimos y nominados; el uso masivo de sistemas de reporte para incrementar la seguridad en los pacientes; el desarrollo de mecanismos para devolución de información (*feed-back*) de los sistemas de reporte durante la práctica; la aceptabilidad de los sistemas computarizados de control de medicación; y la investigación de la efectividad de la educación profesional continua. Hay que remarcar que, aunque los errores

ocurren cotidianamente, los errores serios son infrecuentes, por lo cual es dificultoso establecer causalidad o evaluar impacto de intervenciones sobre sus determinantes. Por lo tanto, lo urgente es determinar en primer lugar si los errores menores son subrogantes de errores serios y, luego, evaluar medidas generales de reducción del error; por ejemplo, diferentes formas de devolver la información generada por los sistemas de reporte, el empleo de técnicas de gestión integral de la calidad, o enfoques de gestión del conocimiento. También es necesaria la realización de una revisión sistemática sobre aspectos cognitivos, educacionales, organizacionales, sociales y de ingeniería, concernientes a los errores.

Instituto de Investigaciones Epidemiológicas

Sin duda, contar con un conjunto de prácticas seguras basadas en la mejor evidencia constituye un adelanto significativo para el mejoramiento de la calidad y la seguridad de la atención. Dichas prácticas podrían implementarse por medio de Guías de Prácticas Clínicas (GPC), las cuales fueron definidas por el Instituto de Medicina como “recomendaciones sistemáticamente desarrolladas, basadas en la evidencia científica, para ayudar a los efectores sanitarios en la toma de las mejores decisiones con los problemas de los pacientes”.²⁰ Aquéllas deben cumplir una serie de requisitos al momento de su elaboración e implementación que garanticen su validez y confiabilidad. Entre estos requisitos se destacan los siguientes: no deben aplicarse como herramientas aisladas, sino como parte de un proceso de garantía y mejoramiento de la calidad y la seguridad; deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible; deben buscar el máximo beneficio social de los usuarios; deben ser elaboradas con la participación de profesionales, gestores y usuarios; deben facilitar la atención en términos prácticos de transparencia y de simetría en la relación usuarios profesionales; y por último, deben mejorar la identificación de responsabilidades de los distintos actores que participan en el proceso de atención, incluyendo a los propios pacientes.²¹

Aunque las guías de práctica clínica no puedan resolver todas las incertidumbres de la práctica, deberían ser vistas como una estrategia que puede contribuir fuertemente a mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Sin embargo, para que las guías contribuyan a mejorar la calidad es necesario, en primer lugar, asegurar su calidad. Se entiende por calidad de las guías de práctica clínica la identificación y reporte de los sesgos potenciales en su desarrollo, el arribo a recomendaciones válidas, tanto interna como externamente, y la factibilidad de su implementación. La colaboración AGREE desarrolló y validó un instrumento genérico para la evaluación de la calidad del reporte de las guías de práctica clínica. Este instrumento evalúa el alcance y propósito de las guías, con especial énfasis en el objetivo general, las preguntas clínicas y la población objetivo. Los cinco dominios restantes evalúan la participación de partes interesadas, el rigor en la elaboración, la claridad y presentación, la aplicabilidad y la independencia editorial.²²

El instrumento AGREE evalúa tanto la calidad metodológica con que fue elaborada la recomendación como la calidad de algunos aspectos de

las recomendaciones. Ofrece una valoración de la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados. No valora el impacto de una guía sobre los resultados en los pacientes.

Desde mayo de 2004 a mayo de 2005, el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas realizó una investigación para:

- a) estimar la cantidad de guías de práctica clínica en diferentes niveles del sistema sanitario argentino en los últimos once años y
- b) evaluar la calidad de las guías de práctica clínica por medio del instrumento AGREE.

El desarrollo y difusión de las GPC en la Argentina en los últimos once años se incrementó progresivamente; no así su calidad. La descripción de la estrategia de búsqueda bibliográfica empleada para la identificación de la evidencia, así como de los criterios de inclusión utilizados para la selección de la evidencia más relevante y pertinente, fue prácticamente inexistente. En lo que se refiere a la formulación de las recomendaciones, en la mayoría de las guías no se describe claramente la metodología de consenso empleada ni tampoco la aplicabilidad de dichas recomendaciones, a pesar de ser éste un aspecto crítico de su adopción por parte de los profesionales. Un número importante de las guías identificadas fueron elaboradas a partir de guías de práctica clínica desarrolladas en otros países u organismos internacionales. En estos casos, la adaptación de las recomendaciones al contexto local no puede ser omitida. Como conclusión se observó que, en lo que respecta a la disponibilidad y calidad de GPC en la Argentina, nuestros hallazgos son coincidentes con la literatura científica. La calidad del reporte de las GPC desarrolladas en el país es deficitaria en múltiples dimensiones. El 80% de las ciento una GPC evaluadas por medio del AGREE presentaron puntajes bajos y muy bajos en cuatro de los seis dominios del instrumento.²³

Sólo veintidós de las ciento una GPC fueron recomendadas por los evaluadores para ser utilizadas por los profesionales de la salud. En nuestro país, al problema de no contar con recomendaciones basadas en evidencia adaptadas y validadas, se agrega la falta de transferencia de conocimiento entre instituciones. Los esfuerzos no están coordinados y conforman el gran archipiélago argentino, gran número de islas de saber separadas más que por ignorancia por océanos de indiferencia política.²⁴ Debe tenerse en cuenta, además, que si bien las GPC pueden ser utilizadas para el mejoramiento de la seguridad en atención, su sola difusión (distribución inespecífica) y diseminación (distribución enfocada en una población blanco determinada) no ha demostrado ser capaz de modificar el comportamiento de los profesionales de la salud.²⁵ Para que esto ocurra, debe fortalecerse la implementación de GPC, la que, aunque de manera variable y acotada, ha demostrado ser efectiva. La implementación es, por definición, la colocación de dichos cursos de acción recomendados en el momento de la toma de decisiones clínicas, en particular durante el encuentro médico-paciente. El desarrollo, validación y adaptación de GPC se justifica por la necesidad de contar con las intervenciones y acciones preventivas que hayan demostrado resultados efectivos. La selección de acuerdo con las necesidades, prioridades y criterios de factibilidad, facilitará la contextua-

lización, adaptación y validación de las GPC en nuestro medio.²⁶ Para esto último es necesario profundizar el marco conceptual y metodológico de los distintos abordajes de investigación (cualitativa, cuantitativa, pragmática, operativa, etc.) que pudieran facilitar dicho enfoque.²⁷

REFERENCIAS DEL CAPÍTULO

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality "Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices", University of California at San-Francisco-Stanford University Evidencebased Practice Center, 2001 July 20, Report N° AHRQ 01-E058.
- 2) Weingart SN, Wilson RMcL, Gibberd R, Harrison B, Epidemiology of medical error, *BMJ* 2000, 320: 774-7.
- 3) Kohn LT, Corrigan JM, Molla S, Donaldson MS, (editors), *To err is human: building a safer health system*, Washington DC, National Academy Press, 1999.
- 4) Thomas E, Studdert D, Runcidam W, et al.m A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I: context, methods, case mix, population, patient and hospital characteristics, *International Journal for Quality in Health Care* 2000, 12:371-8.
- 5) Aranaz JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005, informe febrero 2006, disponible en:<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf>, último acceso: 10/10/07.
- 6) Mills DH, Medical insurance feasibility study. A technical summary, *West J Med* 1978, 128:360-5.
- 7) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al., Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I, *N Engl J Med*. 1991, 324: 370-6.
- 8) Thomas EJ; Studdert DM; Brennan TA, The reliability of medical record review for estimating adverse event rates, *Ann Intern Med* 2002, 136:812-6.
- 9) Hayward RA; Hofer TP, Estimating Hospital Deaths due to Medical Errors. Preventability is in the eye of the reviewer, *JAMA* 2001, 286 (4): 415-20.
- 10) Vidal A, Eventos adversos en pacientes hospitalizados: prevalencia y características en un centro de cuidados agudos. Protocolo de Investigación, 2003, disponible en www.errorenmedicina.anm.edu.ar, último acceso: 10/10/07.
- 11) Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel Events Policy and Procedures, disponible en: <http://www.jcaho.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures>, último acceso: 10/10/07.
- 12) Reason J, Human error: models and management, *BMJ* 2000, 320:768-70.
- 13) VA National Center for Patient Safety Veterans Health Administration. The Basics of Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, disponible en: <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/HFMEA/HFMEAIntro.pdf>, último acceso: 10/10/07.

- 14) Quiros R et al., Multicenter study to implement a National Infection Surveillance System in 109 Argentinean hospitals, XV Annual Meeting of the Society for Healthcare Epidemiology of America, Los Angeles, California, 2005.
- 15) Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de la Salud, Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H Jara", Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, disponible en <http://www.vihda.gov.ar/vihda/index.asp>, último acceso: 10/10/07.
- 16) Manian FA, Surveillance of surgical site infections in alternative settings: Exploring the current options, *Am J Infect Control* 1997, 25:102-5.
- 17) Fields, Cynthia L Outcomes of a postdischarge surveillance system for surgical site infections at a Midwestern regional referral center hospital, *Am J Infect Control* 1999, 27: 158-64.
- 18) Effective Practice and Organization of Care Group, <http://www.epoc.uottawa.ca/scope.htm>, último acceso: 10/10/07.
- 19) Ioannidis, John P. A., Lau, Joseph, Evidence on interventions to reduce medical errors: An overview and recommendations for future research, *J Gen Intern Med* 2001, 16:325- 44.
- 20) Field MJ, Lohr KN, (editors), *Guidelines for Clinical Practice: from development to use*, Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press, 1992.
- 21) Richard Grol. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction, *JAMA* 2001, 286: 2578-85.
- 22) The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project, *Qual Saf Health Care* 2003; 12:18-23.
- 23) Esandi ME, Ortiz Z, García Diéguez M, Mejía R, Chapman E, Berztein R, y Red Argentina de GPC, *Producción de Guías de Prácticas Clínicas Argentina 1994-2004*.
- 24) Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, 2005, disponible en www.epidemiologia.anm.edu.ar, último acceso: 10/10/07.
- 25) Agrest. A, *Problemas de la Investigación Clínica*, Medicina de Buenos Aires 1990, 50:557-62.
- 26) Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al., Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions, *Medical Care* 2001, 39:112-45.
- 27) Silagy CA, Weller DP, Lapsley H, Middleton P, Shelby-James T, Fazekas B, The effectiveness of local adaptation of nationally produced clinical practice guidelines, *Fam Pract.* 2002, 19:223-30.
- 27) Ovreteit, J; Gustafson D, Using research to inform quality programmes, *BMJ* 2003, 326:759- 61.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Hospital Nacional de Pediatría "J. P. Garrahan"

Dra. Josefa Rodríguez - Directora Médica Ejecutiva
Dra. Isabel Raffo M. de Mazza - Coordinadora Área Gestión de Calidad
Dra. Nora Dackiewicz - Coordinadora CIM 32
Dra. Beatriz Marciano - Jefa de Clínica CIM 32
Dra. Fernanda Ledesma - Coordinadora CIM 63
Dra. Roxana Martinito - Jefa de Clínica CIM 61
Dra. Claudia González - Jefa de Clínica CIM 43
Dra. Silvina Kupperman - Médica asistente Servicio Hemoterapia
Farmacéutica Graciela Calle - Servicio de farmacia
Farmacéutica Marcela Rosseau - Servicio de farmacia
Dra. Natalia Pabón - Médica Asistente Clínica CIM 41

Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari

Gustavo De Feo - Jefe del Departamento Médico
Sra. Karina Montenegro - Secretaria del Área Médica

Hospital "Dr. Felipe Glasman", de la Asoc. Médica de Bahía Blanca

Dr. Marcelo García Diéguez - Director Médico
Dr. Osvaldo Giorgetti - Director Asociado
Dr. Juan Bucca - Médico de *Staff* del Servicio de Clínica Médica
Cdra. Claudia Jorge - Jefa de Administración
Dra. Analía Molini - Médica de *Staff* del Servicio de Clínica Médica
Lic. Silvia Stepanovsky - Jefa del Departamento de Enfermería
Lic. Valeria Spigariol - Enfermera del hospital
Lic. Adriana Rabanetti - Jefa Dto. de Enfermería del Serv. de T. Intensiva
Lic. Lucía Weht - Subjefa del Departamento de Enfermería

Hospital de Niños de la "Santísima Trinidad", Córdoba

Dr. Héctor Maisuls - Director médico
Dra María Ester Olloco - Médica directora del Centro de Epidemiología y Medicina Basada en la Evidencia.
Enrique Pogonza - Médico Coordinador Área de Producción Científica.
Genoveva Ávila - Lic. en Enfermería, Medicina Basada en la Evidencia.
Cecilia Carrera - Licenciada en Psicología, Servicio de Salud Mental.
Romina Cascardo - Licenciada en Psicología, Servicio de Salud Mental.
Liliana Beckerman - Médica residente en medicina interna.
Virginia Boasso - Médica residente, rotante en el Serv. de Rehabilitación
Martín Ballaco - Médico residente en Terapia Intensiva Pediátrica

Colaboradores en el comienzo del programa

Lic. Karina Balbuena
Dra. Marcela Codermatz
Dr. Germán de la Llave
Dr. Alejandro Sommers

Lic. Margarita Robertazzi

Con el apoyo de:

Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.

Academia Nacional de Medicina.

Se terminó de imprimir en
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
E. Fernández 271/75 - Piñeyro
Octubre de 2007.

Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes

En julio de 2001 se creó el Comité de Error de la Academia Nacional de Medicina. El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas hizo el diseño de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes. Con subsidio del Ministerio de Salud de la Nación se implementó en cuatro instituciones del país.

Se trata de una investigación operativa, multifacética, con una modalidad multi, inter y transdisciplinaria que promueve un mayor involucramiento del equipo de salud al tiempo que identifica los problemas y favorece las prácticas más seguras para mitigarlos.

El programa incluye cuatro componentes: a) cultura organizacional, b) sistemas de información para la vigilancia del error, c) mejoramiento continuo de la seguridad del paciente y d) gestión de conocimiento.

Se abordan aspectos claves de la tipología del error y la cultura prevaleciente en nuestro medio. Se describe el rol de los sistemas de información en la mitigación de los errores y sus distintos tipos y se identifican herramientas para la detección y análisis de los eventos adversos.

Dada las características de la publicación se recomienda la lectura a aquellos que se inician en la temática de la seguridad en la atención médica.