

**“CURSO ANUAL DE AUDITORIA MEDICA**

**Y**

**GESTION DE RECURSOS ASISTENCIALES”**

***HOSPITAL ALEMAN 2007***

*Director: Dr. Agustín Orlando*

**MONOGRAFÍA :**

**“ERROR MEDICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE”**

*Construcción de una nueva cultura de prevención del error médico*

*Sra. Marisa Sandoval  
Dra. Graciela Stancato Gómez.*

## **Índice:**

- 1- Introducción:**
  - Modelo explicativo de los Errores Médicos
- 2-Objetivos**
- 3-Mapa conceptual**
- 4-Glosario de términos**
- 5-Desarrollo:**
  - Un poco de Historia
  - Panorama Internacional y Nacional
  - Principales Eventos Adversos
  - Aspectos Jurídicos
  - Del Paciente informado al Paciente consecuente
  - Participación del Paciente
  - Hacia un cambio del Sistema de Salud
- 6-Conclusiones**
- 7-Reflexiones**
- 8-Bibliografía**

## 1-INTRODUCCIÓN

“ERRAR ES HUMANO”....  
*pero hay cosas evitables*

*“Si no somos capaces de aprender de los errores de los demás (colegas de profesión),  
¿cómo podemos crecer como médicos?”*

*Lucian Leape*

Hablar del Error en Medicina y la Seguridad de los procesos de atención, ¿es sólo una moda o se trata de un problema que realmente cumple con criterios para ser considerado una prioridad?

Hoy en día ambos temas son agenda diaria en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, no exenta de riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con intervenciones humanas.

La asistencia sanitaria no es tan inocua como debiera. Los efectos adversos son una causa fundamental del daño causado a los pacientes. Hay muchos indicios que apuntan a errores médicos como causa importante de muerte y de lesiones.

Actualmente se reconoce que los efectos adversos son un problema de los sistemas de salud. Suelen producirse por una secuencia de situaciones en su entorno, inmediato o lejano, que tienen que ver con consecuencia de error humano del profesional de la salud responsable, que puede ser el eslabón final en la cadena del tratamiento.

Clásicamente el error médico se ha considerado que es cometido por quien presta un servicio de salud. Sin embargo, en la medida que los sistemas se han tornado más complejos y que las responsabilidades se han diluido entre los diferentes elementos del sistema, el error se ha convertido en una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable de ellos.

La visión moderna de la causa del error médico se centra en que el mismo debe ser analizado como fuente de aprendizaje y no de castigo al culpable; se debe favorecer una cultura no punitiva que aliente al personal de salud a incrementar su preocupación por los errores y riesgos en los procesos de atención.

*El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define el Error Médico (EM) como “una falla en la consecución de un resultado en salud o bien el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo” Los EM pueden conducir a eventos adversos prevenibles que se definen como “los daños causados al paciente por un procedimiento médico cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que originó la búsqueda de atención”. (1)*

*La seguridad de los pacientes se ha definido como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del Sistema de Salud. (1)*

### **Modelo explicativo de los errores médicos: (1)**

Según James Reason para tratar el tema de los errores humanos existen dos abordajes: el humano y el del sistema. El primero sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras y en violaciones a los procedimientos que el personal de salud comete como consecuencia de diversos problemas: falta de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Para este abordaje las estrategias que se generan se orientan a campañas de difusión a través de carteles y mensajes y en ocasiones a sanciones individualizadas.

En el abordaje del sistema, la premisa básica es que los humanos son susceptibles de cometer errores, aun cuando trabajen en la mejor organización. En estos casos el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que los errores sucedan. Cuando un evento adverso tiene lugar lo importante no es buscar al culpable sino buscar el cómo y por qué las barreras fallaron.

Según el modelo del *Queso Suizo* utilizado por Reason, en la organización se deben establecer defensas, barreras y puestos de seguridad que prevengan la ocurrencia de los errores. La existencia de estas barreras defensivas en el sistema de salud incluyen: barreras tecnológicas (alarmas, barreras físicas, apagadores automáticos, etc.); barreras formadas por proveedores (cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, etc.) y barreras o controles administrativos.

En un mundo ideal estas barreras defensivas deberían permanecer intactas, pero en la realidad cada una de ellas son como rebanadas de un queso suizo que tiene varios orificios. A diferencia del queso, estos orificios se encuentran en continuo movimiento, se cierran y abren en diferentes momentos. Aunque la presencia de estos orificios no es a menudo la causa de los errores, cuando una serie de orificios momentáneamente se alinean en una misma trayectoria es posible la ocurrencia de un evento adverso.

Los orificios en las barreras aparecen por dos razones: fallas activas y condiciones latentes. Las primeras son actos inseguros realizados por la gente que está en contacto directo con el paciente. Pueden tomar diversas formas: desliz, torpezas, equivocaciones y violaciones de los procesos. Por lo general tienen una corta vida en la integridad de las barreras de defensa. Las condiciones latentes son las inevitables “huésped patógeno” dentro del sistema. Nacen de las decisiones tomadas por diseñadores, constructores, procedimientos y directivos de la organización. Cada decisión puede convertirse en una equivocación. Todas las decisiones tienen la capacidad de introducir patógenos en el sistema. Estas condiciones tienen dos tipos de efectos adversos: pueden traducirse en errores provocados por las condiciones del lugar de trabajo. Esto puede producir orificios o debilidades duraderas en las barreras de defensa. Las condiciones latentes, como lo indica su nombre, pueden permanecer dentro del sistema por años antes de que su alineación con las fallas activas creen una oportunidad para que suceda un accidente. (1)

Cuando se trata de priorizar, hay tres elementos que son claves: la magnitud, la gravedad y la posibilidad de intervención.

Las diversas publicaciones científicas de los últimos tiempos dan cuenta de la magnitud del problema de la seguridad en la atención de los pacientes al punto de consolidar alianzas mundiales para enfrentarlo. En Washington, DC, en octubre 2004, la OPS y la OMS junto con líderes mundiales de salud, constituyeron una alianza que se propone reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la

atención de salud. La alianza Mundial para la Seguridad del Paciente tiene como integrantes el Departamento de Salud del Reino Unido y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, cuya función es destinar recursos e intercambiar experiencias para revertir la incidencia de los efectos adversos prevenibles en la atención de la salud.

Nuestro país no es una excepción a los problemas de seguridad. En un estudio realizado por el CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) en cinco provincias argentinas con indicadores de mortalidad materna por encima de la media nacional, se permitió detectar fallas latentes del sistema sanitario, de las instituciones y de los servicios de salud que atienden a mujeres embarazadas. (2)

A pesar que la frecuencia de los errores médicos es alta, es cierto que su disminución a una proporción aceptable es posible y que dicha disminución no requiere de una inversión económica importante, sino de tomar conciencia en los diversos actores del sistema de salud acerca de los procedimientos que deben implementarse para evitarlos. Con voluntad de los directivos y la participación de los ejecutores del acto médico ello se hace posible.

## **2-OBJETIVOS:**

El propósito de este trabajo es realizar una introducción al tema del Error en Medicina en forma tal que pueda resultar de utilidad para comprender ciertos fenómenos y especialmente actuar como un elemento motivador para lograr una actitud más crítica y poder emprender los caminos tendientes a prevenir o reducir los Errores a favor de la Seguridad de los Pacientes.

Se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional. Se señala la creciente preocupación por el EM en todas las latitudes, debido al número de eventos adversos que se producen y que para algunos autores representa la octava causa de mortalidad general y la sexta causa de mortalidad hospitalaria. Se exponen los antecedentes, definición, clasificación, forma de enfrentar el problema, entre otros. Se plantea la posibilidad y necesidad de la prevención del EM, con un enfoque amplio pero eminentemente científico, para elevar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. (3)

### **Finalizada la lectura se debería haber logrado:**

**Definir:** terminología y conceptos como Error (fuente de aprendizaje y no de castigo al culpable), Seguridad (explicación y prevención, estrechamente relacionado al cambio de cultura organizacional), Vigilancia, entre muchos otros vinculados con la presente temática.

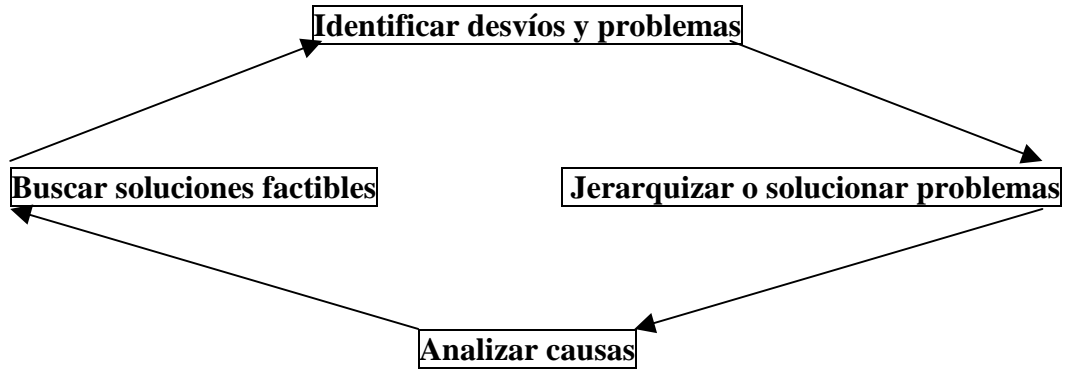
**Conocer - Reconocer:** el error es una tarea cultural de todo el personal afectado al cuidado de la salud de sus semejantes. Este equipo está constituido por los médicos, todo el personal auxiliar, gerenciadorees y empresarios.

**Identificar:** el paso donde se presentó la falla y encaminarse a la generación inmediata de un cambio que evite su nueva ocurrencia.

**Comprender:** la necesidad de rediseñar los sistemas para hacer de la seguridad una prioridad nacional.

**Reflexionar:** y esforzarse en el perfeccionamiento. Superar el temor al desprestigio y al castigo son los objetivos primordiales para mejorar la salud de nuestra población. Es necesario un cambio importante de cultura-filosofía con carácter No punitivo.

*Fases operativas*





### 3-MAPA CONCEPTUAL

#### **Áreas temáticas:** (4)

➤ ***Cultura del error y de la seguridad en los pacientes:***

Esta área pretende generar un cuerpo de evidencia acerca de la Cultura de la Seguridad vinculada a la atención de los pacientes en nuestro país.

*“Sólo si comprendemos el modo en que REACCIONAMOS y ACTUAMOS frente al error médico, podremos iniciar este camino hacia un nuevo paradigma”*

➤ ***Vigilancia del error:***

Su propósito es revisar los métodos actualmente utilizados en todo el mundo para vigilar el error en el proceso de atención de las personal y desarrollar y proponer sistemas de información culturalmente adaptados al contexto de nuestro país.

*“Sólo COMUNICANDO nuestros errores, podremos aprender de ellos”*

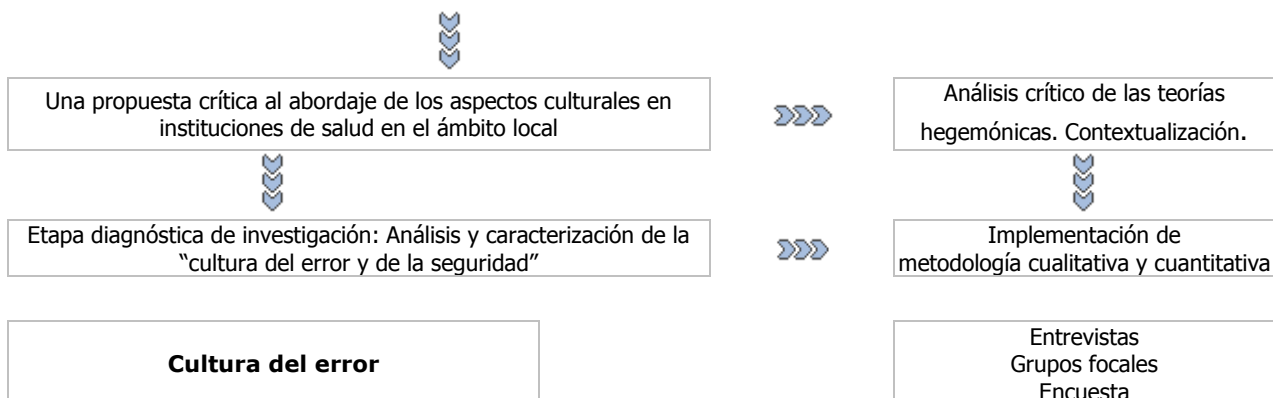
➤ ***Seguridad en la atención de los pacientes:***

Su propósito es contribuir a la elaboración e implementación de recomendaciones apropiadas para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes en nuestros establecimientos sanitarios.

*“Sólo si conocemos nuestra realidad, podremos implementar las PRACTICAS MAS SEGURAS que nos permitan mejorarla”*

## CULTURA DEL ERROR Y DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: (4)

### Seguridad de los pacientes, reporte y prevención de los errores en los procesos de atención en salud

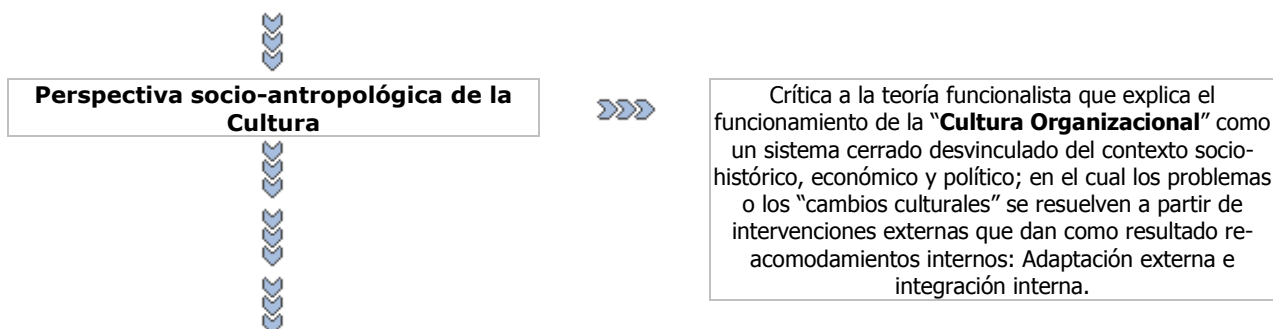


Conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse, explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje.



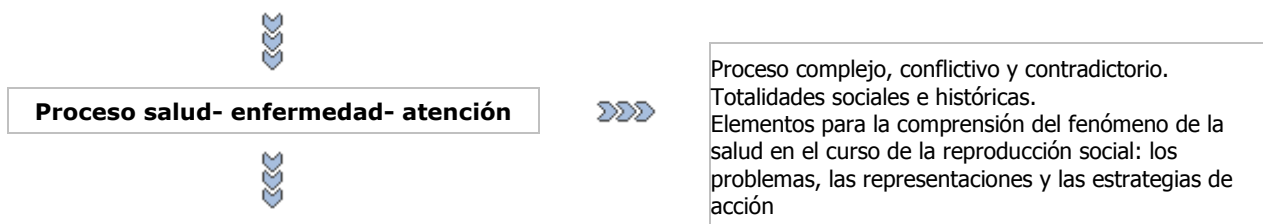
Instituciones que:

- 1) reconocen la naturaleza misma de la actividad que desarrollan (propensa a la ocurrencia de errores u accidentes),
- 2) estimulan un ámbito de análisis del error no centrado en el individuo y en el que el reporte del mismo 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 a mejorar la seguridad en forma sostenida.

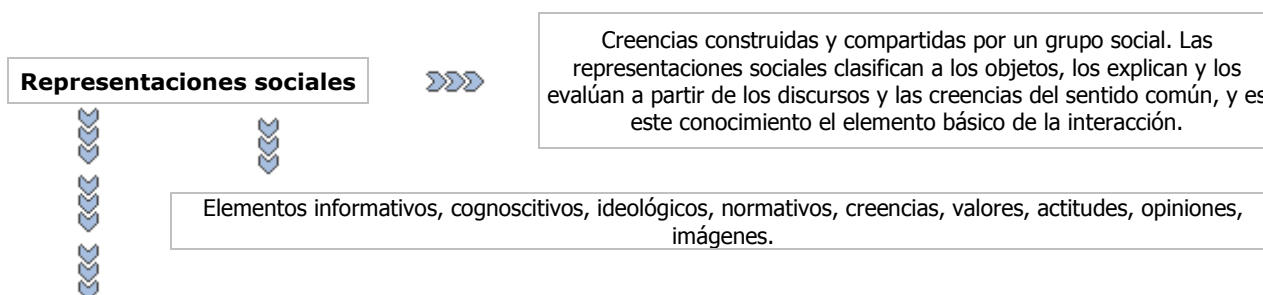


### Aspectos culturales de las instituciones de salud como parte de los procesos sociales, históricos, económicos y políticos: procesos complejos, conflictivos y contradictorios.

La cultura del error y de la seguridad son abordadas como parte de una totalidad que Interrelaciona el nivel individual, el nivel grupal o institucional y su vinculación con el sistema de salud y el contexto histórico-político-económico y sociocultural. ... "Introduciendo la cultura en la definición del concepto de Salud se delimita una distancia radical: ella amplía y contiene las articulaciones de la realidad social. Pensada así, cultura no es un lugar subjetivo, ella abarca una objetividad como la espesura que tiene la vida, por donde pasa lo económico, lo político, lo religioso, lo simbólico y lo imaginario. Ella es el locus donde se articulan los conflictos y las concesiones, las tradiciones y los cambios y donde todo gana sentido o sentidos, ya que nunca hay sólo un significado"... (De Souza Minayo, M. C.: 1997).



¿Cuáles son **las** representaciones sociales y las prácticas de los profesionales del equipo de salud acerca de la cultura del error y de la seguridad en los procesos de atención?



Forman parte de la vivencia y de los significados de los actores sociales. Los significados son parte de una totalidad que incluye a las representaciones y a las determinaciones.

Son categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad, la explican justificándola o cuestionándola.

"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."... (De Souza Minayo, M. C.: 1997)

### VIGILANCIA DEL ERROR: (4)

El concepto y definición de vigilancia ha evolucionado y dado respuesta a diferentes intereses.

En los años 50, estaba restringida a las enfermedades transmisibles graves como la viruela.

En 1963 se definió como Recolección continua y sistemática, análisis, interpretación y difusión de la información útil para la toma de decisiones.

En la década del 80 se enfatizó la aplicación de la información para la prevención y control de eventos no deseados.

En los últimos años se comenzó a asociar el concepto de vigilancia al de error en medicina, aplicando las ideas de la ingeniería industrial, para garantizar y mejorar la seguridad del paciente durante la atención médica. Esto implica la puesta en práctica de sistemas que eviten el error, en cualquiera de las instancias del proceso de atención de la salud.

## **SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES: (4)**

Área emergente en el ámbito de la calidad.

La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de la atención. Para construir un sistema de atención seguro es necesaria la búsqueda, análisis y solución de los distintos determinantes del error. En este sentido, el Institute of Medicine (IOM,EEUU), recomienda:

- Fijar estándares de seguridad
- Que los acreditadores exijan programas de calidad a los prestadores y que provean incentivos a las organizaciones que demuestren mejorar la seguridad.
- Que las entidades que re-certifican tengan en cuenta la capacitación en prácticas de seguridad  
Que las sociedades profesionales eduquen en aspectos relacionados con la calidad en la atención  
Que se diseñen políticas de medicamentos que minimicen la probabilidad de errores.

Con el propósito de contribuir a la elaboración e implementación de recomendaciones apropiadas para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes en nuestros establecimientos sanitarios hemos comenzado a

- Construir una base del conocimiento sobre los problemas de seguridad de mayor impacto
- Evaluar y sintetizar la evidencia disponible y accesible
- Identificar estrategias efectivas para el mejoramiento continuo de la seguridad en la atención

Promover y facilitar en un grupo de instituciones locales la selección, adaptación y validación de un conjunto de herramientas para:

- Identificación y análisis de problemas de seguridad
- Incorporación de prácticas para prevenir errores y sus consecuencias.
- Utilización de Indicadores para la evaluación y el monitoreo de la seguridad en los hospitales.

#### 4- GLOSARIO DE TERMINOS (2) (4) (5)

**Accidente**

*Perrow, Charles. Normal Accidents. New York: Basic Books;1984*

Es un evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema.

**Análisis de Causas Raíz**

Es un proceso de identificación de los factores causales o básicos que son la razón fundamental de una variación en el desempeño. Las variaciones en el desempeño pueden (y frecuentemente lo hacen) producir resultados adversos inexplicados o indeseados, incluyendo la ocurrencia del riesgo de un evento centinela.

**Análisis de Modos de Fallos y sus Efectos**

Es un acercamiento pro-activo y prospectivo utilizado para prevenir problemas en los procesos o productos antes de que ellos ocurran. Proporciona no sólo una mirada sobre los problemas que pudieran ocurrir, sino también cuán serios son los efectos de que ellos ocurran. Su objetivo es prevenir los peores resultados.

**Calidad de Atención Médica**

*Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume II. Washington, DC: National Academy Press;1990*

**Casi daño**

Es el grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Situaciones en las que el daño no ha ocurrido por azar o por una intervención oportuna que lo ha evitado.

**Causa Raíz****Criterio****Criterio médico****Efecto adverso****Errar**

Es la razón fundamental de una falla, o una situación donde ha ocurrido un desempeño que no cumplió los requisitos esperados.

Norma para conocer la verdad. Juicio o discernimiento.

Juicio clínico tendiente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentada en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia.

Lesión o complicación producida en el paciente y no relacionada con la patología con la que ingresó sino con la asistencia que ha recibido.

Acto humano relativo a no acertar o cometer un error.

**Error**

Falla para completar una acción tal como fue planeada. Uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. La acumulación de errores lleva a accidentes pero no todos producen daño o lesión. Es una conducta, acción u omisión inapropiada que conviene evitar.

**Error activo**

*Reason James. Human Error. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990*

Es aquel que ocurre generalmente en el punto de la interfase humana con las complejidades del Sistema y cuyos efectos son sentidos casi inmediatamente.

**Error de Sistema**

Alude al hecho de que el error es prevenible corrigiendo defectos del sistema (ej. la falta de controles) También el error que resulta del

agotamiento de los que cometen el error por exceso de tareas asignadas.

**Error latente**

*Reason James. Human Error. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990*

Es aquel que representa las fallas en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento de los Sistemas, que lleva a errores operativos y cuyos efectos típicamente se mantienen inactivos en el sistema por períodos de tiempo prolongados.

**Error Médico**

Efecto adverso previsible con el conocimiento actualizado.

**Estándar**

Un nivel mínimo de resultados aceptables o niveles excelentes de performance o el rango de performance o resultados aceptables.

**Evento adverso**

Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte.

**Evento Centinela**

*Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations : "Sentinel Event Policy 1996 y definición revisada en Noviembre 1997*

Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las Injurias Serias la pérdida de una parte o función del cuerpo. La expresión "o el riesgo de éstas", incluye cualquier variación de procesos por los que su recurrencia podría acarrear una chance significativa de un resultado adverso serio.

**Fallo**

Sólo los humanos cometen errores. Los sistemas sanitarios y las máquinas tienen fallos.

**Factores Humanos**

*Weinger, Matthew B; Pantiskas, Carl; Wiklund, Michael et al. Incorporating Human Factors into the Design of Medical Devices. JAMA. 280(17):1484,1998.*



Es el estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, las herramientas que usan y el medio ambiente en el cual viven y trabajan.

### **Hospitalización o internación índice**

Es la hospitalización elegida al azar para evaluar la ocurrencia de un evento adverso.

**Incidente** Suceso susceptible de provocar daño en el paciente. No equivale a efecto adverso.

### **Indicadores de Seguridad de los Pacientes (para Sistemas de Registros Médicos Electrónicos)**

Son mediciones de screening con el objetivo la detección, caracterización y reporte de eventos adversos potencialmente evitables, resultantes de la exposición de los pacientes al Sistema de Cuidados de la Salud, basados en los datos administrativos hospitalarios de recolección rutinaria (diagnósticos, procedimientos, edad, sexo, motivos de admisión y situación al egreso)

### **Micro Sistemas**

Son unidades organizacionales construidas alrededor de la definición de competencias de servicios centrales repetibles. Elementos de un micro sistema incluyen: (a) un equipo de profesionales de la salud, (b) una población definida de pacientes, (c) procesos de trabajo cuidadosamente diseñados y (d) un ambiente capaz de unir información sobre todos los aspectos del trabajo y pacientes o resultados poblacionales que apoyen la evaluación de performance en curso.

### **Modelo centrado en el sistema**

Modelo que explica el error humano teniendo como premisa básica que los humanos son falibles y los errores esperables. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes básicamente en factores sistémicos. Como respuesta se trata de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. La idea central es la de las defensas (escudos del sistema); cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino como y por qué las defensas fallaron (modelo del queso suizo de Reason) Las claves de este modelo se resumen en las siguientes afirmaciones: los accidentes ocurren por múltiples factores, existen defensas para evitar los accidentes, múltiples errores "alineados" permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran, la revisión del sistema permite identificar cómo los fallos "atravesan" las defensas.

### **Modelo centrado en la persona**

Modelo que explica el error humano contemplando aspectos del trabajo de las personas como incumplimiento intencionado, distracciones o lapsos, ejecución incorrecta de procedimientos, problemas de comunicación (déficit de información o problemas de interpretación), decisión de correr un determinado riesgo ("no va a pasar nada"). Tiende a simplificar las complejidades psicológicas de las personas, planteando causas ligadas a falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, negligencia o imprudencia. Las respuestas son punitivas (miedo, medidas disciplinarias, amenazas de denuncia, culpabilización, o avergonzar a los implicados)

### **Modos de fallos**

Es uno de los pasos del análisis de efecto y modos de fallos que implica la identificación de causas raíces de fallas originados por una variación de especial de causa.

#### **Negligencia**

Se debe a una mala práctica con efectos nocivos para el afectado.

#### **Omisión**

No tomar las precauciones debidas, no utilizar las pruebas indicadas, realizar un seguimiento de forma equivocada.

### **Organización del Cuidado de la Salud**

#### **Riesgo**

Entidad que provee, coordina y / o asegura la salud y los servicios médicos para las personas.

Contingencia o proximidad de un daño. Situación latente que puede dar lugar a un error.

#### **Previsibilidad**

Se consideran previsibles aquellos eventos adversos evitables salvo que los medios necesarios sean considerados como no habituales.

#### **Secuela**

Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se define como definitiva si no existe recuperación en el término de 12 meses.

**Seguridad del Paciente**

Libertad de lesiones accidentales; asegurar la seguridad de los pacientes involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran.

**Sistema**

Es un set de elementos interdependientes que interactúan para lograr un objetivo común. Estos elementos pueden ser tanto humanos como no humanos (equipamiento, tecnologías, etc.)

**Tecnología Médica**

*Institute of Medicine. Assessing Medical Technologies. Washington, DC: National Academy Press;1985*

Son las técnicas, drogas, equipos y procedimientos usados por los profesionales de la salud para brindar atención médica a individuos y los sistemas dentro de los cuales tal atención es brindada.

## **5-DESARROLLO:**

En una ciencia como la Medicina, compleja y llena de incertidumbres, los errores ocurren muy frecuentemente y si bien sus consecuencias suelen ser menores, no raramente son severas y pueden ser catastróficas, tanto para el paciente como para el médico. En la medicina moderna, lejos de disminuir los errores se han mantenido o incluso han aumentado. (6)

Hay una tendencia en suponer que iatrogenia y error son sinónimos, aunque sin embargo no es así, ya que muchos errores no causan daño, que es el elemento que define a la iatrogenia. No obstante, debemos tener en cuenta que un porcentaje muy alto de los actos iatrogénicos deriva de un error. (6)

### **Un poco de Historia:**

El error en medicina es objeto de investigación, denuncia y castigo desde la más remota antigüedad. En el mundo antiguo se utilizó la frase *Primum Non Nocere* como una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención médica y que señala la necesidad de evitar los malos procedimientos en aquel entonces. Los médicos del antiguo Egipto podían perder su vida si causaban la muerte de un paciente. El código de Hammurabi (aproximadamente 1800 a.C.) penalizaba al médico que hiciera perder la vista a un paciente, según que se tratara de un señor, hombre libre o esclavo, con la pérdida de su ojo o con una indemnización decreciente. Lo mismo al que hiciera perder un diente al paciente. De ahí la famosa “ley del Talión”, que se sintetiza en “ojo por ojo; diente por diente”. (7)

El juramento Hipocrático, siglo V A.C. estableció las bases para la ética y la conducta médica, cuya finalidad era mejorar su práctica y resultados. Estos postulados están vigentes en la actualidad.

En el siglo XIII de nuestra era, la primera escuela de medicina del mundo en Salerno, Italia, establece regulaciones del trabajo médico que contenían elementos de auditoria.

F. Nightingale en 1865, durante la Guerra de Crimea, planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados con el tratamiento.

Abraham Flexner, en 1910, en su informe al congreso de EUA puso al descubierto la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia que obligaron a mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de calidad moderno. (3)

El problema de los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo.

En 1910 apareció en JAMA el primer artículo del Dr. Richard Cabot, prominente profesional del Harvard Hospital, titulado: “Un estudio de errores diagnósticos basados en el análisis de 1000 necropsias”, de pacientes fallecidos en el Massachusetts General Hospital. Se encontraron significativos errores en los diagnósticos pre-mortem, especialmente en las áreas de enfermedades cardiovasculares y renales. En 1912 el Dr. Cabot publica un segundo informe sumando a la revisión 2000 casos nuevos. A las

observaciones de su primer trabajo agrega ahora la descripción de graves errores en la práctica clínica asistencial. Siempre fue muy cuidadoso en señalarlos no como resultado de la incompetencia profesional sino del sistema. (8)

Ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios dieron cuenta de eventos adversos, pero casi no se prestó atención al tema. A principios del decenio de 1990 empezó a disponerse de pruebas científicas en ese sentido, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido aportaron más datos y colocaron el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público e todo el mundo. (5)

El tema del Error en Medicina adquiere relevancia internacional luego del reporte “**To err is human: building a safer Health System**” que en Noviembre 1999 publicó el IOM. (9) Presenta y analiza cifras alarmantes en cuanto a cantidad de errores, sus consecuencias y costos en los Estados Unidos de América. El IOM (Institute of Medicine) es una organización sin fines de lucro, que tiene como misión explícita, asesorar sobre todos aquellos aspectos relacionados con el mejoramiento de la salud, trabajo que realiza con científicos en comités que son los encargados de producir los reportes. Para aquellos no familiarizados con el reporte se transcribe algunos de los datos estadísticos publicados:

- 98.000 personas fallecidas en los hospitales por año en USA, según proyección del estudio de Nueva York, con 3,7% de eventos adversos en hospitalización, de los cuales 13,6% condujeron a fallecimientos y 2,6% a importante incapacidad permanente, de estos 58% eran previsibles. El 27% de los errores fue por negligencia y de estos uno de cada cuatro fueron mortales.
- La proyección según el estudio realizado en Colorados (Utah) estimó 44.000 personas fallecidas en hospitales por año, 2,9% de eventos adversos, de los cuales 6,6% condujeron a fallecimiento. 29,2% de los errores fue por negligencia, de estos, uno de cada once fueron mortales y el 53% era previsible.
- En ambos estudios las personas fallecidas por errores médicos superaron a las de accidente de tránsito por vehículos a motor, por cáncer de mama o HIV-Sida.
- 7.391 personas fallecidas en 1993 por errores en la medicación
- Aproximadamente una operación en el lado incorrecto en el país por día
- 3% de errores medicamentosos en terapias infantiles
- 4,2% de eventos adversos por medicación en ambulatorio
- 20% de errores en las soluciones endovenosas preparadas por enfermería
- 45,8% de eventos adversos en terapias
- 14% de paros cardíacos consecutivos a eventos adversos, de los cuales el 50% era previsible
- Se estimó un 4% del costo Nacional en Salud por eventos adversos. Aproximadamente 17.000 millones de dólares según el estudio de Colorado y 29.000 millones de dólares en el estudio de Nueva York, sería el costo prevenible por errores en internación.

Estas cifras, sirvieron para conmocionar al público que, como consumidor ejerce presión, y a los profesionales e instituciones médicas que son criticados por no tener casi en cuenta, al error y sus consecuencias. (9) (10)

Sin embargo, este mismo informe ha sido criticado (8), entre otros por los Dres. Leape y Berwick de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y el Dr. Bates de la Escuela de Medicina de la misma Universidad, argumentando: “Que los formuladores de políticas tengan que esperar pruebas incontrovertibles de efectividad antes de recomendar una práctica sería una receta para la paralización y una abdicación de responsabilidad”. **JAMA julio 2002.**

El objetivo del IOM, reducción en 5 años de los errores médicos en un 50%, parecería no se ha alcanzado, pese a que en respuesta a la repercusión del mismo, el 7 de diciembre de ese mismo año (1999) el propio presidente Bill Clinton ordenó a las agencias y departamentos federales trabajar enérgicamente para que en 90 días se eleve la lista de actividades necesarias para mejorar la seguridad de los pacientes y desde esa fecha se está trabajando en casi todos los niveles, incluso con apoyo legislativo. (11) (12)

En noviembre de 2004, Altman D y col. refieren que en la Encuesta nacional realizada a cinco años del reporte (Improving Patient Safety): 1/3 de los encuestados denunciaron experiencias personales con consecuencias serias. Más del 55% respondieron que no estaban satisfechos con la calidad del Sistema de Salud, en comparación con el 44% que no lo estaban cuatro años atrás. 40% pensaba que la calidad de la Salud había empeorado, sólo 17 % que había mejorado y 50% estaba preocupado por su seguridad al ingresar al Sistema de Salud. La conclusión de los autores fue que si no se aceleran y expanden los esfuerzos, persistirá la falta de confianza en el Sistema de Salud. (11) (12)

### **Panorama Internacional y Nacional:**

A nivel mundial, la Asamblea de la World Health Organization en el año 2002 adoptó una resolución solicitando a los países miembros a prestar especial atención al problema de la seguridad de los pacientes y en octubre de 2004 crea la alianza mundial para la Seguridad de los pacientes, con el tema “First do no harm” (Primero no dañar) para reducir accidentes y el riesgo de errores en los Sistemas de Salud.

Se debe considerar que el EM es un problema global que afecta a todos los países, pero son los desarrollados los que se ha ocupado de estudiar el problema con mayor profundidad, quizás debido a los recursos con que cuentan y a las demandas que se plantean ante consecuencias indeseadas, lo que constituye un serio problema. (3)

En los últimos años en una sola base de datos (MEDLINE) se publicaron 188 artículos sobre Error en Medicina, tanto de médicos, enfermeras e instituciones. De ellos 113 (60.11%) eran de los Estados Unidos, 20 (10.64%) del Reino Unido, 7 (3,72%) de Canadá, 5 de Irlanda (2.66%), 4 (2.13%) de España. El resto se divide entre Países Bajos, Australia y Alemania (2%), Japón (1.60%). Restantes corresponden a Grecia, Italia, Sudáfrica, Suecia, Austria, Bélgica, Francia, Hong Kong, Serbia y Montenegro, Suiza, Turquía. (7)

Cuando hay empeño y seriedad los problemas se corrigen o por lo menos se encauzan. Veamos algunos ejemplos:

**Reino Unido:** Liam Donaldson, director del NHS ha resaltado que a pesar de que su sistema sanitario es fundamentalmente bueno (primera potencia en materia de seguridad), cada año unos 850.000 pacientes sufren algún daño derivado de sus tratamientos. Señala

que la mitad de los incidentes podrían evitarse. Reconocer los errores acercará las posturas del profesional sanitario, que adquirirá un perfil más humanizado, y del paciente, que será menos intransigente. (13)

**España:** Aún “en pañales” en cuanto a los sistemas de registro y estudio de los errores médicos. Uno de los trabajos publicados en “Medicina Clínica” corresponde al especialista Dr. Pérez Tudela, quien admite que en su país hay menos sensibilidad hacia el tema y poca tradición en esa área. Por tal motivo no se podrán sacar conclusiones definitivas hasta que los diferentes centros no aborden la temática. Por ejemplo en el Hospital del Mar de Barcelona, la Dra. Mercedes López, especialista en Hematología y Hemoterapia, ha logrado reducir la frecuencia de error en 10 veces. En su unidad los fallos se evalúan desde el 2000 como indicadores de calidad para mejorar la atención. Hay un comité al que se le notifican todas las incidencias, se cuantifican y se explica el origen del incidente para que todo el mundo esté al tanto. Se busca el posible origen del problema y se trata de poner los medios para evitarlo en el futuro. (13)

**Dinamarca:** La atención inherente al riesgo clínico nace, luego de la participación de algunos personajes de primer plano de la política y del mundo científico danés en la conferencia sobre “risk management” organizada en marzo del 2000 por el British Medical Journal.

En diciembre del 2001 se constituye la Danish Society for Patient Safety, institución que tiene como objetivo principal hacer que los aspectos de seguridad sean el centro del sistema sanitario danés. El Comité Directivo de esta Sociedad está compuesto por los dueños y directivos de los hospitales, los representantes de las instituciones locales, los profesionales, la industria farmacéutica, aparato bioquímico y organizaciones de pacientes.

En 2003 gracias a la acción en común de todos los integrantes de la Sociedad, el Parlamento danés propone y aprueba por unanimidad L`Act on Patient Safety. El resultado es la institución de un sistema de Incident Reporting con características bien definidas tales como obligatoriedad de la comunicación del evento, la confidencialidad y la no-punición de quien cometió el error.

Las campañas de prevención son parte de un movimiento para crear una cultura de la seguridad: en los hospitales de Copenhagen Hospital Corporation hay amplios espacios dedicados a la Intranet para la publicación y discusión de casos clínicos. Cuentan con un periódico interno con el significativo título “PAS PA”, que significa Atento a/ Atención con / Cuidado con. (14)

**Francia:** La temática del riesgo ligado al tratamiento sanitario y en particular a los realizados en los hospitales emerge al inicio de los años noventa con el concepto de Sécurité Sanitarie, definido como la seguridad de las personas contra los riesgos terapéuticos de cualquier naturaleza (riesgos vinculados a las acciones de prevención, a los diagnósticos y sus tratamientos, al uso de productos de salud, etc.)

En 1998 a través de la Ley del 1 julio n.535 se declara la Seguridad Sanitaria fundamento esencial de la Sanidad Pública.

En octubre de 2004 se constituye una ley que consolida la importancia de la declaración obligatoria por parte de los agentes sanitarios de los eventos indeseados vinculados a los tratamientos y se establece la creación de un organismo independiente, público y nacional denominado Haute Autorité de Santé (HAS)

En julio de 2005 se suma la participación de las asociaciones de pacientes. (14)

**Italia:** Parten del análisis del informe de *To err is human* y de lo realizado en el contexto internacional (Londres, Chicago, Berlín, París) Cuentan con experiencia en la región de Toscana a la que van sumando las experiencias recogidas en otras regiones. Según los expertos en el tema es necesario trabajar en la convicción que la seguridad del paciente tiene necesidad de la contribución de las diferentes disciplinas y de todos los actores del sistema de salud. (14)

**Uruguay:** Tal vez recién estén comenzando la historia porque desde hace unos años se viene hablando y escribiendo sobre el tema buscando caminos hacia la prevención. Los congresos médicos más importantes del país están incorporando la temática a sus discusiones y se abre poco a poco camino hacia una abierta y franca consideración del problema. Existe una resistencia cultural a verlo pero su dimensión es un tema de salud pública. (7)

**Colombia:** El Decreto 2309 de octubre de 2002 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, ahora Ministerio de la Protección Social, hace parte del sistema obligatorio de garantía de calidad junto con otros componentes como son el sistema único de habilitación, el de auditoría médica, el de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el de información al usuario. Este decreto reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró, junto con el acceso a los servicios de salud, con la oportunidad en la atención, con la pertinencia del enfoque clínico, con la continuidad de la atención y con la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad y obliga por Ley y conmina a las instituciones de salud a lograrlas. (15)

**México:** En años recientes la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico vino a dar un giro importante en la atención de estos problemas.

En la actualidad se cuenta con la *Carta de los derechos de los pacientes* que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos ante ellos, y la *Carta de los derechos de los médicos*, que permite a los pacientes y a sus familiares conocer hasta dónde está obligado un médico a prestar sus servicios. (5)

**Argentina:** Una institución que está trabajando sobre el tema con el rigor académico científico y mesura que el tema requiere es la Academia Nacional de Medicina, con su comité de Error en Medicina y Seguridad del Paciente y el Centro de Investigaciones Epidemiológicas, quienes ya organizaron una jornada, crearon una página Web ([www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)) y editan desde julio de 2004 un boletín mensual. Actualmente con un subsidio del Ministerio de Salud de la Nación están desarrollando un estudio en cuatro instituciones del país sobre error en medicina y seguridad de los pacientes. Otras asociaciones científicas han incorporado el tema en sus publicaciones, congresos y jornadas. (16)

**Origen:** El 30 de julio de 2001, el Académico Dr. Alberto Agrest elevó al entonces Sr. Presidente Académico Dr. Miguel de Tezanos Pinto y al Honorable Consejo de Administración una propuesta para desarrollar un proyecto sobre el Error y la Calidad en Medicina.

La misma fue aceptada (Resolución N° 517/01) y se creó una Comisión responsable de coordinar las acciones técnicas y administrativas para abordar la problemática, conformada



por los Académicos Alberto Agrest, Abraham Sonis, Fortunato Benaim y Armando Macagno +.

Esta Comisión convocó al Centro de Investigaciones epidemiológicas (CIE) para diseñar, desarrollar e implementar un proyecto de investigación que promueva la seguridad de los pacientes en los procesos de atención. Los Dres. Jorge Andrade, Héctor Bofia Boggero+ y Zulma Ortiz tomaron esta responsabilidad y en conjunto con la Comisión elaboraron una propuesta que fue presentada a autoridades de diversas instituciones. ([www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar))

El Ministerio de Salud de la Nación otorgó un subsidio durante el período noviembre 2003 a noviembre 2004 que permitió indagar sobre aspectos relacionados con a) la cultura del error en medicina y la seguridad de los pacientes; b) la vigilancia o recolección sistemática de información acerca de errores y/o eventos adversos y c) la identificación de prácticas e indicadores de seguridad en la atención de pacientes. (2)

Para el abordaje de la cultura del error se tuvo en cuenta que el flujo de decisiones y los procedimientos de una organización desempeñan un papel fundamental en su seguridad. Una revisión de la bibliografía permitió fundamentar el desarrollo de las técnicas cualitativas que se implementaron en dos instituciones hospitalarias. El trabajo de campo consistió en la implementación de grupos focales, entrevistas, encuestas destinadas a conocer las representaciones que el equipo de salud tiene sobre el error y las prácticas de seguridad, útil para el diseño e implementación de acciones en pro de una mejora de la seguridad en la atención de pacientes.

Con relación a vigilancia del error, se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología de la Colaboración Cochrane para sistematizar la evidencia científica local sobre esta temática. Desde principios de la década del noventa y coincidiendo con la aparición de estudios sobre la epidemiología del error en medicina publicados en inglés, aparecen en el país los primeros trabajos en donde el error en medicina tiene un enfoque clínico y epidemiológico. Los modelos de vigilancia del error utilizados se limitan a la descripción y análisis del proceso que lleva al error o a realizar una clasificación del mismo y no el análisis de estrategias desarrolladas con el fin de disminuir la ocurrencia de errores. El tercer aspecto abordado en la investigación fue la elaboración de una guía para facilitar la implementación de programas institucionales cuyo propósito es el mejoramiento de la seguridad en la atención de pacientes. (2)

Desde hace cuatro años se está trabajando con la convicción que a partir de la implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad del paciente se promoverá la captura, comunicación, registro y análisis auto-crítico de errores de atención y eventos adversos con fines de aprendizaje. Las acciones correctivas serán protocolizadas sobre la base de la evidencia científica disponible y en todos los casos consensuados con los agentes de salud. Todo servirá para 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 límites impuestos por el contexto. Estas condiciones indican que dentro de dos racionalidades de la actividad médica como son los objetivos del menor error posible y del mayor beneficio probable será preferible priorizar como objetivo este último. (2)

### **Principales Eventos Adversos:**

#### ***-Errores diagnósticos:***

Constituyen fallas en el establecimiento de un diagnóstico correcto que conduce a seleccionar estrategias terapéuticas equivocadas y errores en la selección de las pruebas diagnósticas o fallas en la interpretación de los resultados. (1)

#### ***-Errores en el uso de medicamentos. La seguridad en el uso del medicamento:***

El medicamento necesita de muchas prácticas de seguridad orientadas a la protección del paciente consumidor. Para ello se creó en EEUU el Institute for Safe Medication Practices, organización independiente y sin fines de lucro. En España, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos trata de mejorar la seguridad de los procesos de prescripción, distribución y administración de medicamentos, así como la denominación, envasado y etiquetado de los medicamentos y productos sanitarios. Estable y difunde prácticas de prevención, investigación sobre errores de medicación y acontecimientos adversos por medicamentos, información y programas educativos al respecto. (17)

Los errores más comunes en medicamentos son los causados por la similitud en los nombres de las medicinas, en la indicación de la administración (administración diaria en lugar de semanal), en el diseño del envoltorio y/o etiquetado (confusión sobre todo en pacientes añosos), falta de disponibilidad de especialidades adaptadas a las necesidades posológicas de la población (comp. con X gramos y una gran parte de la población necesita dosis muy inferiores) Las poblaciones infantiles y de adultos mayores son las más susceptibles a este tipo de errores. (17)

Las cifras de la OMS indican que cerca del 77% de los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma corresponden a los países en desarrollo. (18)

Otros defectos de seguridad en el uso de los medicamentos vienen provocados por una inadecuada información terapéutica entre los diferentes agentes implicados en la difusión de esa información. La información terapéutica se convierte en la parte esencial del contrato entre quienes han de proporcionarla y los pacientes de servicios de salud. Este sistema ayudaría en gran manera a mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. A modo de ejemplo, los errores de medicación pueden afectar hasta 1.5 millones de personas en EUA y esto representa un costo anual de 3.5 millones de dólares. (19)

La Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital desde el año 2005, creó la Red Argentina de Seguridad en el uso de medicamentos, que se basa en la notificación on-line de eventos adversos a medicamentos, fallas de calidad y errores de medicación. Constituye la primera experiencia en el país y se convierte en una herramienta sumamente valiosa para conocer la situación sobre este tema en nuestra población. (20)

La consigna es la creación de una cultura de seguridad como estrategia efectiva a largo plazo para prevenir los errores de medicación y que los cambios sólo se mantienen si están integrados en los valores y creencias de las organizaciones.

***-Infecciones nosocomiales:***

Causa frecuente de complicaciones en los pacientes, muchas de las cuales conducen a la muerte de los mismos. Estos eventos además de empeorar la condición de salud de los enfermos consumen una proporción elevada de los gastos en salud de los hospitales. (1)

**Aspectos Jurídicos:**

El paciente-ciudadano ha de recibir una información de calidad y actualizada que garantice su seguridad tanto en la asistencia clínica como terapéutica. Las responsabilidades han de estar bien definidas, siendo la responsabilidad contractual la que más se acerca a la garantía plena de la seguridad del paciente.

La garantía del derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal es vital para el desarrollo de gestión de la seguridad. Actualmente no se informa de la finalidad del tratamiento de los datos, no se establecen criterios de disociación de los mismos, los datos de carácter personal fluyen de manera indiscriminada por diferentes áreas de trabajo, no se respeta el anonimato. Además, es necesario implantar criterios de acceso por parte de los profesionales a las diferentes bases de datos, así como garantizar al paciente sus derechos de acceso y rectificación de sus datos de carácter personal. Hay un total desconocimiento de la ley de protección de datos, tanto de parte de los pacientes como de los profesionales sanitarios. Sería interesante un desarrollo legislativo del uso de datos de carácter personal en el ámbito de la salud, es decir, una ley reguladora del dato sanitario. (17)

**Del Paciente informado al Paciente consecuente:**

El deber de los profesionales respecto a la comunicación del riesgo es informar a los pacientes sobre opciones terapéuticas, posibilidades diagnósticas y cambios en su estilo de vida de manera que pueda ser comprendida, respetando el derecho de los mismos a involucrarse en las decisiones sobre su atención.

Un paciente informado es un paciente con datos e información suficiente sobre el riesgo. Un paciente consecuente y con capacidad de decisión es algo más.

La cuestión que se plantea ante este despliegue de información es si los profesionales están preparados ante la misma y si están dispuestos a desarrollar su papel en un nuevo escenario con otorgamiento de poderes al paciente. Se sabe que un paciente bien informado coopera mejor y es más responsable, pero ambas partes están acostumbradas a un modelo de relación paternalista. Se asiste a un nuevo tiempo en el que médicos y pacientes deben comprometerse y trabajar conjuntamente, tanto para promover, proteger la salud y para procurar un uso adecuado de los recursos del sistema sanitario. Conseguir que un paciente sea consecuente en relación con las decisiones que afectan a su salud requiere esfuerzos dirigidos a obtener credibilidad y confianza en los profesionales y en las instituciones.

En los últimos años está cambiando el modo de entender y practicar la atención médica. Un modelo tradicional, centrado en el médico, en el que priman la experiencia, los conocimientos y las habilidades técnicas, pero que se ha ido transformando en un modelo centrado en el uso adecuado de los recursos, en que la evidencia disponible y el uso eficiente de los recursos son los ejes de la actividad clínica. Todo esto exige nuevos conocimientos y habilidades sobre gestión clínica, competencias en la transmisión de información y conocimientos de epidemiología clínica.

El modelo requiere que se asuman responsabilidades por parte del sistema, de los profesionales y de los pacientes. Que el paciente esté adecuadamente informado es un derecho. Lograr que el paciente sea consecuente es toda una meta de calidad asistencial con repercusiones sobre la salud de los pacientes y la del sistema. (21)

### **Participación del Paciente:**

Constituyen grupos de “Defensores de Pacientes”. También se denominan “Pacientes en Defensa de su Seguridad”. Son personas víctimas de mala praxis médica y/o sus familiares que se comprometen a difundir ampliamente el impacto de los errores médicos en la atención de la salud. Unen esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente en sus respectivos países. (22)

“La seguridad del paciente debe ser un esfuerzo colaborativo”, dijo Sue Sheridan, escogida por la OMS para liderar Pacientes en defensa de su Seguridad. Tanto su esposo como su hijo fueron víctimas de errores médicos.

En Argentina otra campeona de Seguridad del paciente es María Rosa Golia, cuyo padre murió en 1997.

En todos los casos buscan **No** crear divisiones entre médicos y pacientes **sino** establecer un vínculo fraternal y un diálogo que guíe en la lucha por la salud y la atención de la población en todo el mundo. (22)

En materia de difusión la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente propone: (1)

- Identificar las soluciones desarrolladas para la seguridad del paciente y difundirlas por medio de publicaciones o páginas Web;
- Facilitar y coordinar un esfuerzo a escala mundial para desarrollar y diseminar las soluciones;
- Influir en los principales líderes para implantar soluciones con alcance mundial (industria farmacéutica, de manufacturas de equipos médicos, etc. )
- Identificar algunas intervenciones que sean rápidamente aplicables para reducir los riesgos de los pacientes.

### **Hacia un cambio del Sistema de Salud:**

Estamos viendo que en el sistema sanitario podemos encontrar situaciones de riesgo. Los errores se producen muy frecuentemente por fallos en el sistema y no por incompetencia de los profesionales. Cuando se produce un error, no se trata de buscar quién, sino de analizar cómo y por qué las defensas fallaron (James Reason, 1991) Se debe reestructurar el sistema en aras de la instalación de una cultura de seguridad. (17)

El trabajo desempeñado por equipos multidisciplinarios es fundamental para mantener un nivel de calidad en la asistencia que garantice la seguridad clínica y terapéutica del paciente. La industria farmacéutica, los médicos, enfermeros, pacientes, ciudadanos, usuarios y clientes han de implicarse en la construcción de organizaciones de trabajo multidisciplinar mediante el intercambio de ideas y experiencias, que permitan la consecución de una cultura de seguridad efectiva para todos.

De este modo se hace necesaria la formación continua especializada de los profesionales y la mejora y potenciación de la formación-información a los pacientes, que constituye la piedra angular de un nuevo sistema de salud basado en comunicación e información. (17)

Los efectos adversos se cobran además un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. El costo nacional total de los eventos médicos adversos evitables en los EEUU, incluidos el lucro cesante, la discapacidad y los actos médicos, se estima entre US\$ 17 millones y US\$ 29 millones al año. a estos costos hay que añadir la disminución de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción del público y de los proveedores de atención sanitaria. (18)

La situación en los países en desarrollo y en los países con economías en transición merece una atención particular. El mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión, la actuación deficiente del personal por falta de motivación o insuficiencia de sus conocimientos técnicos y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento de los servicios de salud hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas. (18)

Por todo lo expuesto la utilización correcta de las nuevas tecnologías es imprescindible. El control de la información sanitaria, la elaboración de bases de datos de conocimiento disciplinar y pluri disciplinar accesibles en todo momento. Telemedicina. Internet como medio de información. Todos ellos son temas que buscan una redefinición en su uso correcto en pos del beneficio del paciente.

## 6-CONCLUSIONES:

*“El error médico no se puede erradicar, pero es posible aspirar a reducirlo considerablemente”*

Los procesos dirigidos a la mejora continua de la Calidad de la Atención Médica, deben incorporar programas para la atención y manejo de los eventos adversos con el propósito de prevenir su presentación, identificarlos oportunamente, reportar aquellos que hubieran ocurrido y realizar las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita. Es indispensable la capacitación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.

**Palabras claves:** Prevención - Cambio cultural - Capacitación - Reingeniería de procesos - Competencia profesional - Guías clínicas - Medicina basada en la evidencia - Epidemiología - Experiencia - Legislación

### **Acciones claves:**

- **III Conferencia Internacional en Seguridad del Paciente “Los pacientes por la Seguridad del Paciente” 13 y 14 de Diciembre de 2007**

La conferencia se celebrará en el Auditorio Ramón Cajal de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

- **El día 10 de septiembre de 2007 se realizó en el aula Magna del Hospital de niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, la I Jornada de Seguridad de los Pacientes y Error en Medicina.**

Fue organizado por el mismo hospital, con el auspicio del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

- **Con fecha 3 de septiembre de 2007 se creó el Comité de Seguridad en la Atención de las Personas del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Pcia. de Córdoba) por disposición 144/07 del Director del Hospital Dr. Héctor Maisuls.**
- **El miércoles 23 de mayo de 2007, en el salón de Actos de la Unión Postal de las Américas, España y Portugal, tuvo lugar al presentación de SEPA (comisión ministerial para la Seguridad del Paciente y la prevención del Error en Medicina)**
- **La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. 2 de Mayo de 2007 Washington/ Ginebra**
- **Defensores de pacientes lucharán contra errores médicos en las Américas (realizan en San Francisco el Primer Taller Regional sobre “Pacientes en Defensa de su Seguridad” 12 de mayo de 2006 Washington, DC. (OPS)**

Participantes de Argentina, Chile, Costa Rica, México y Perú, además de Canadá y de los Estados Unidos asistieron al primer taller de la OPS sobre “Pacientes en Defensa de su Seguridad”, uno de los seis programas de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, creada por la OMS en el 2004

- **En 2005 se adoptó la Declaración de Luxemburgo sobre la Seguridad de los Pacientes.** (“Patient Safety – Making it Happen”)

En la misma se reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un derecho humano fundamental valorado por la Unión Europea (UE) y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave tanto para la seguridad como para la gestión eficiente de los sistemas de salud.

- **El Grupo de alto nivel sobre servicios sanitarios y asistencia médica de la UE, creó un grupo de trabajo sobre la Seguridad de los Pacientes en el que participan 24 Estados miembros y representantes de la sociedad civil.**

Presiden el grupo de trabajo Sir Liam Donaldson (Reino Unido) y el Dr. Robida (Eslovenia)

- **En octubre de 2004, la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, 2002, en la que se instaba a la OMS y a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema.**

Uno de los temas que eligió la Comisión europea para el primer reto mundial, 2005 y 2006, fue el de Infecciones Nosocomiales.

**Madrid, 27 de febrero de 2004. El Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes organizó, el pasado 24 de febrero en el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ier. Encuentro sobre mejora de la seguridad clínica.**

Los errores ocurren en todos los órdenes de la vida ya que forman parte de la condición humana. El que comete un error cree que su acción, su juicio o su hipótesis son correctos y, por lo tanto, continuará con esa creencia hasta que no se percate de ello. En ese momento se pueden dar los pasos para corregirlo, pero en muchos casos el error es irreparable y entonces el único y necesario benéfico será la prevención de errores similares en el futuro. En los últimos años se observa una tendencia, saludable, a comunicar más frecuentemente estudios referidos en especial a las causas y consecuencias del error médico. La mayoría de los artículos se publican en las revistas médicas más prestigiosas, lo que cual tiene un efecto muy positivo ya que realza la importancia del tema. Valga como ejemplo que el BMJ editó en marzo de 2000 todo un número dedicado al error, algo inédito hasta ese momento e impensable un tiempo atrás. (6)

La implementación de sistemas de seguridad requiere de normas elaboradas de estandarización de los procesos de actuación y de información. En el ámbito sanitario esto se traduce en una defensa a ultranza de la autonomía del paciente y de su bienestar en el proceso asistencial y en la promoción y defensa de su salud. Se trata de una difícil tarea pero que la sociedad lo está solicitando. La reestructuración en la gestión de los sistemas sanitarios es inminente en pos de esa seguridad. Se impone la necesidad de elaborar normas

de seguridad fáciles de comprender, sistemas que valoren tanto el fallo del sistema como la responsabilidad del profesional. Se trata de la instauración de la cultura de la seguridad que se está desplegando en todos los sectores sociales, económicos y culturales, pero que si no se acata de manera ética y humana correremos el riesgo de una “sobre seguridad” que no resultará para nada beneficiosa. Los valores éticos y humanos han de prevalecer en este camino hacia la otra nueva variante de la sociedad que se une a la de la Información y del Conocimiento: la Sociedad de la Seguridad. (17)

Uno de los primeros antecedentes de sistemas de notificación y registro de Acontecimientos Adversos en el paciente crítico lo constituyó el “Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care Units” basado en la notificación de los incidentes que ponen en riesgo la seguridad del enfermo, desde una visión enfocada al equipo y al sistema. (23)

Con la misma filosofía la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos en colaboración con otras entidades ha desarrollado el sistema “ICU Safety Reporting System”. Este proyecto incluye a más de 30 servicios tanto pediátricos como de adultos, y utiliza una página web para la notificación voluntaria y anónima de acontecimientos adversos, permitiendo la comparación de resultados entre los diversos centros.

La Sociedad Europea de Intensivos, dentro de sus actividades ha llevado a cabo el Proyecto “Sentinel Events Evaluation”. Realizó un estudio multicéntrico en 30 países con el objetivo de conocer la prevalencia de acontecimientos adversos indeseables. En una población de 2090 pacientes se detectaron 576 incidentes la mayoría relacionados con tubos, drenajes y catéteres seguidos de los relacionados con medicación. (23)

Las soluciones para la Seguridad del Paciente constituyen un programa central de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, realizado por la OMS, señalan las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que estos se ven expuestos.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar en forma conjunta la función de Centro Colaborador de la OMS desde 2005. (24)

Estas soluciones deben centrarse en los siguientes aspectos:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traspaso-derivación de pacientes
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.
- Prevención de encefalopatía bilirrubínica (Kernicterus)

“Estas soluciones ofrecen a los Estados miembros de la OMS un nuevo e importante recurso para ayudar a sus hospitales a evitar muertes y lesiones prevenibles. Todos los países afrontan hoy tanto la oportunidad como el reto de traducir esas soluciones en



acciones concretas que efectivamente salven vidas” Dennis O`Leary, M.D., Presidente de The Joint Comisión. (19) (24)

El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales de los países desarrollados que informan en la literatura médica internacional. Múltiples factores no sólo institucionales y humanos, sino también gubernamentales, académicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes no son tenidos en cuenta durante el proceso de atención y se traducen en fallas latentes que cuando se alinean producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de efectos adversos.

### **Tiempo de previsión en nuestro país:**

Se creará el Registro Nacional de Errores Médicos dependiente de la Academia Nacional de Medicina. Se trata de una base de datos donde se volcarán las fallas más comunes que serán analizadas para evitar que se repitan. Estará a cargo del Dr. Vicente Gutiérrez Maxwell quien preside la institución hasta 2008. En un primer momento se invitará a los profesionales de los principales hospitales del país a enviar la falla diagnóstica, terapéutica o quirúrgica por correo electrónico o correo postal para así analizarla. Las instituciones deberán comprometerse y tener como objetivo primordial disminuir los errores y comprometerse con el paciente. (25)

*Otros ejemplos a seguir:*

En el Hospital Italiano de Buenos Aires (25) existe un registro desde diciembre de 2001. Funciona un comité de Seguridad en el Departamento de Pediatría. Se busca generar un abordaje diferente respecto del error ya que siempre ha sido inadecuado y basado en aspectos punitivos y de infalibilidad de los profesionales. Tiene como meta crear una estructura de trabajo donde se minimicen los daños no intencionales a los pacientes a través de la prevención y la disminución de los errores en el sistema y en las personas.

Se trabaja en estudiar la magnitud del problema (número de errores y su repercusión sobre los pacientes) y enfatizar sobre la necesidad de tomar conciencia del problema mediante una actitud crítica y de modificación sobre cómo abordar el error. (25) (26)

El Hospital Garrahan (27) a lo largo de 2006, tuvo la posibilidad de participar del estudio colaborativo multicéntrico que coordina la Academia Nacional de Medicina para la Investigación del Error y la Seguridad de los Pacientes en distintos hospitales del país.

Consideran a la *idoneidad profesional* como el primer imperativo necesario para comenzar a hablar de seguridad institucional. Si bien la organización debe ser segura, con una visión global de la seguridad, es imprescindible que los profesionales que la conforman sean altamente calificados, y sus conocimientos permanentemente actualizados y evaluados, no simplemente como una meta individual sino como parte de la responsabilidad institucional. Es necesario contar con las herramientas de la calidad aplicadas desde los diferentes enfoques, además de las guías de práctica clínica y la medicina basada en la evidencia: análisis de mortalidad, historias clínicas, fármaco vigilancia, evaluación de tecnología sanitaria y obviamente análisis de procesos y gestión de riesgo.

Otro tema que consideran clave es el *fortalecimiento de las competencias de enfermería*.

Está demostrado que el nivel académico de los enfermeros influye en los índices de mortalidad y morbilidad de los pacientes internados, también está demostrado que los hospitales con mayor proporción de horas enfermero/paciente brindadas por enfermeros profesionales tienen menores índices de eventos adversos medidos en aumento de la estancia media, infección urinaria, úlceras de decúbito, neumonía intra hospitalaria, infecciones, trombosis venosas profundas, etc. (27)

Por último, no es claro aún cómo encarar el problema del reporte de errores. Para ello es necesario que en la Institución esté instalada la cultura de la seguridad, exista una clara política de confidencialidad con los reportes, el análisis de los mismos por expertos y el compromiso de tomar medidas para evitar la repetición de los eventos en el futuro. La implementación del reporte de errores no parece una meta fácil de alcanzar, ni aún en los países donde el tema de la seguridad y el EM se discuten en el Senado, por lo tanto en esta etapa se apuesta al fortalecimiento de las competencias de médicos y enfermeros, la correcta gestión de calidad y la consolidación de un adecuado clima laboral. (27)

## **7-REFLEXIONES:**

No obstante la gran tentación a la que incitan los informes del IOM y otras instituciones americanas que están trabajando sobre el tema, la hipótesis de trabajo, basada en nuestra realidad en la Argentina, es que copiar dichas estrategias como si fueran recetas o algoritmos sería un completo fracaso. No así, utilizar la esencia de las mismas para elaborar nuestra propia estrategia, adaptada a nuestro medio, nuestra cultura y nuestros profesionales, trabajando lenta pero firmemente sobre la cultura del error en medicina y la seguridad de los pacientes y sin esperar resultados significativos en los próximos 5 años. Esta hipótesis surge de analizar la información revisada, despejando las variables útiles de las irrelevantes y las constantes, y de utilizar el pensamiento unicista. Salvo que ocurra una crisis significativa o alguna situación emergente que obligue a conductas reactivas de defensa, partiendo de la base de que los individuos o las sociedades producen cambios sólo cuando no soportan más un estado anterior, no es esperable una gran o rápida transformación.

Analizando la filosofía japonesa de la atención centrada en el cliente, donde el que necesita pide o exige, los pacientes serán finalmente, por sí, por sus representantes o por otro medio, los que generarán el cambio. En el fondo no se puede descartar que la divulgación del “To Err is Human” tuviese como uno de sus objetivos contribuir a acelerar el proceso de cambio en USA por ese mecanismo. Hay que considerar también en qué etapa de la evolución social está USA u otros países desarrollados en comparación con la Argentina. (16)

Ante la personal visión de nuestra realidad, lo que se propone es una actitud proactiva, comenzando con cambios pequeños o medianos que no generen mucha resistencia ni impliquen un costo psicológico importante. Trabajar en el Pre-Grado (Escuelas de Medicina) y el Post Grado reciente (Residencias Médicas) Que cada organización de salud realice su propio análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) para trabajar sobre la cultura del error en medicina y la seguridad de los pacientes.

Utilizar parte del camino que iniciaron quienes realizan calidad de la atención médica y algunas de sus herramientas cuales son la mejora continua y los grupos de avanzada.

Vencer el tabú de hablar sobre los errores, analizando los mismos no para encontrar culpables sino para determinar por qué se produjeron.

Abrir nuevas líneas de investigación que incluyan los aspectos psicológicos, filosóficos, sociales, culturales, económicos, legales, educativos, etc., que nos permitan entender por un lado por qué se producen los errores y por el otro, cuáles serían las estrategias para trabajar sobre ellos y sobre el personal de salud en el corto, mediano y largo plazo en nuestro país (16)

Esta nueva cultura personal e institucional de la aceptación e informe del error médico supone un cambio grande respecto a la habitual actitud defensiva de los profesionales y de las instituciones frente a las temidas demandas por mala práctica que ahora acosan a la medicina. Respecto a ello, una publicación de la Universidad de Johns Hopkins plantea que revelar el error puede ser la mejor defensa para prevenir las costosas demandas de compensación. El método sugerido se funda en el informe institucional, la inmediata información al paciente o allegado de lo ocurrido sólo si se necesita algún tratamiento adicional cuya aplicación sea urgente. Para los otros casos, la revelación se prepara y se programa con la ayuda de un comité. (10)

Resulta obvio que los profesionales de la salud desean una medicina más segura para el paciente y que los consumidores comienzan a escudriñar en este sentido, cada uno de los actos médicos. Es indispensable una nueva visión del error que preceda al de la culpa y el castigo. Esta visión se nutre en el informe voluntario, se enriquece con el análisis buscando la raíz causal y se expresa en el seguimiento y correcciones de los sistemas, instructivos, órdenes y guías que son una responsabilidad institucional. (10)

Las preguntas fundamentales a las que se debe dar respuesta a escala internacional, para establecer las prácticas idóneas y disponer de opciones al forjar estrategias son las siguientes: (18)

\*¿Qué pueden hacer las políticas y las reglamentaciones que rigen el sistema de atención de salud para mejorar la seguridad de la atención?

\*¿Cuál es la mejor manera de fomentar el liderazgo, emprender investigaciones y desarrollar instrumentos para mejorar los conocimientos acerca de la seguridad?

\*¿Cuál es la mejor manera de identificar los eventos adversos, y aprender de ellos, sirviéndose de sistemas de notificación obligatorios y voluntarios?

\*¿Cuáles son los mecanismos idóneos para que aumenten los niveles de seguridad y las expectativas de su mejora mediante intervenciones de los órganos de vigilancia, las agrupaciones de compradores y las asociaciones profesionales?

\*¿Cuál es la mejor manera de ocuparnos de las cuestiones relacionadas con el costo de las medidas de seguridad y de las posibles variaciones de los niveles aceptables de riesgo, especialmente en los entornos de escasos recursos?

\*¿Cuáles son los mejores paradigmas de aplicación de prácticas seguras a nivel de prestación de atención sanitaria?

Existe mucho camino por recorrer en el mejoramiento de la seguridad de los pacientes y muchas actividades pueden contribuir. Un elemento de gran importancia sería construir liderazgo en el área a través de las instituciones que centralizan la evaluación sistemática de la información sobre el tema para definir estándares, realizar recomendaciones que permitan modificar en forma paulatina la actual situación. También se debería realizar difusión responsable de información sobre el tema priorizando el ámbito de la salud. A nivel gubernamental deberían promoverse leyes que regulen los servicios de salud para garantizar estándares mínimos por parte de los prestadores. Los financiadores, por su parte deberían incentivar las actividades que incrementen la seguridad de los pacientes. (28)

Una actitud más crítica elevará la dignidad de la profesión médica y tendrá indudables beneficios en los pacientes. (6)

***ERRAR ES HUMANO,***

***OCULTARLO ES IMPERDONABLE,***

***NO APRENDER ES INEXCUSABLE***

## 8-BIBLIOGRAFÍA:

### Artículos citados:

- 1- *Síntesis Ejecutiva* N° 13: **“Seguridad del Paciente”** Pág. 1-12.
- 2- *Ortiz, Z:* **“La seguridad en la atención médica”** Debate. Editorial en [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)
- 3- *Ramos Domínguez, B:* **“Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente”** Extraído: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_3\\_05/su10305.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/su10305.htm)
- 4- [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)
- 5- *Aguirre-Gas, H; Vázquez-Estupiñán, F:* **“El error médico. Eventos adversos”** Cir. Ciruj. 2006;74:495-503 México.
- 6- *Ceriani Cernadas, J:* **“El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión”** Artículo especial. Arch. Argent. Pediatr. 2001; 99(6):522-529
- 7- *Turnes, A:* **“Error en Medicina. Hacia una nueva cultura de prevención”** El Diario Médico (Uruguay), noviembre 2006. Actualidad
- 8- *Gore, DC; Gregory, R:* **“Historical perspective on Medical Errors”** Richard Cabot and the Institute of Medicine. Editorial J Am Coll Surg Vol. 197, N° 4, Octubre 2003
- 9- *Institute of Medicine:* **“To Err is Human: building a safer Health System”** November 1999. Copias del informe disponible en The National Academy Press ([www.nap.edu](http://www.nap.edu)) y en IOM ([www.iom.edu](http://www.iom.edu))
- 10- *Cremona, L; Caeiro, T:* **“Error en Medicina”** Medicina (Bs.As) 2004;64:471-473
- 11- *Altman, D; Clancy, C; Blendon, R:* **“Improving Patient Safety – Five years after the IOM report”** New England Journal of Medicine: 2004; 351: 2041- 204
- 12- *Leape, L; Berwick, D:* **“Five years after “To err is human”: What have we learned?”** JAMA Vol. 293 N° 19, May 18, 2005. Comunicación especial.
- 13- *Rodríguez, A; Perancho, I:* **“El error médico no se puede erradicar, pero es posible aspirar a reducirlo considerablemente”** El Mundo/ Suplemento Salud 635, 2005 Pág. 1-6 (España)
- 14- *Nutti, S; Tartaglia, R; Niccolai, F:* **“Rischio clinico e sicurezza del paziente”** Bologna, 2007-11-04

15- *Astolfo Franco*: **“La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema”**  
Colomb. Med. v.36 n.2 Cali Jun. 2005

16- *Berstein, P*: **“El Error en Medicina en la Argentina, a 5 años del To err is human en USA”** Agosto 2005 Espacio Editorial Academia Nacional de Medicina, Bs. As.

17- *Eupharlaw* (European Pharmaceutical Low Group) **I Encuentro sobre mejora de la seguridad clínica**. Madrid, Febrero de 2004.

18- 55ª. *Asamblea Mundial de la Salud*: A55/13 23 de marzo de 2002 **“Calidad de la atención seguridad del paciente”**. Informe de la Secretaría”

19- *Editorial* extraído de [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)

20- *Rousseau, M*: **“Red Argentina de monitoreo de seguridad en el uso de medicamentos”** Espacio editorial Junio 2007 Disponible en [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)

21- *Aibar Remón, C*: **“La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente”** Pag. 43-57 Disponible en [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)

22- *OPS*: **“Taller Regional sobre Pacientes en defensa de su Seguridad”** Mayo 2006

23- *Delgado, M; Ruiz Moreno, J*: **“Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva”**  
Artículo N° A39. Vol. 6 N° 2 Febrero 2006  
Disponible en [www.gaedisepsis.com.ar/articulos/articulo117](http://www.gaedisepsis.com.ar/articulos/articulo117).

24- *OMS*: **“La OMS lanza: Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente**. Mayo 2007  
Disponible en [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

25- *Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires*: **“Para aprender de los errores”** Tiempo de Previsión – N° 23 Pág. 8-11

26- *Otero, P*: **“Cinco años de experiencia del Comité de Seguridad del Paciente en un Departamento de Pediatría”** Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Pediatría. Presentación en Power Point.

27- *Dackiewicz, N*: **“La implementación de un programa de seguridad en un hospital pediátrico público”** Julio 2006 Academia Nacional de Medicina

28- *Vidal, A*: **“Epidemiología: Efectos Adversos y Error Médico”** Actualización Julio 2003 Extraído en [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)

### *Artículos recomendados:*

-*Brennan, TA; Leape, LL; et cols.*: **“Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice”** Qual. Saf. Health Care 2004; 13:145-152

-*Rockville, MD; AHRQ Quality Indicators*: **“Guide to Patient safety indicators”** Agency for Healthcare Research and Quality: 2003 AHRQ Pub.03 –R203

-*Runciman, W*: **“Lessons from the Australian patient safety foundation: setting up a national patient safety surveillance system – is this the right model?”** Qual. Saf. Health Care 2002; 11:246-251

-*Institute of Medicine*: **“Preventing medication errors”** Julio 2006 (disponible en la pág. Web)

-*Reason, J*: **“Human error: models and management”** BMJ 2000; 320: 768-770

-*Ministerio de Sanidad y Consumo*: **“Estrategia en Seguridad del Paciente”** Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid

-*Cátedra Avedis Donavedian*: **“La Seguridad del Paciente a Debate”** Universidad Autónoma de Barcelona. 2005

-*Ministerio de Salud /CONAPRIS*: **“Estudio colaborativo multicéntrico”**: Hospital De Niños de la Santísima Trinidad –Córdoba- y Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2005

### *Material consultado y recomendado en Word Wide Web:*

- [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar) : Espacio creado para la difusión y disseminación de conocimientos, experiencias y actividades relacionadas con la seguridad del paciente, el error y la calidad en la atención médica. Se trata de una iniciativa que busca la legitimación del reconocimiento del error en la atención clínica como fuente de aprendizaje y la construcción de una red de personas e instituciones interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes. La página fue desarrollada y se mantiene por un equipo de profesionales de varias disciplinas (médicos, sociólogos, antropólogos, psicólogos, epidemiólogos, diseñadores) que trabajan para facilitar el acceso a múltiples y varias fuentes de información. Cuenta con las tres áreas temáticas ya descritas con anterioridad. También tiene una sección de publicaciones, foro para la discusión de temas, recursos y sitios recomendados. Estos últimos evaluados previamente.
- [www.iom.edu](http://www.iom.edu) (Institute of Medicine) Sirve como controlador de la nación para mejorar la salud, los profesionales pertenecen tanto al ámbito privado como público. Inicia en 1970 bajo el amparo y como componente de la National Academy of

Sciences. Compuesta por Comités de científicos voluntarios tanto del ámbito nacional como internacional que trabajan “ad honorem” Trabajan con un único proceso para obtener con objetividad y autoridad científica las respuestas a cuestiones de nacional importancia.

- [www.who.int/patientsafety/](http://www.who.int/patientsafety/)
- [www.ec.europa.eu/health](http://www.ec.europa.eu/health) (Declaración de Luxemburgo, inglés)
- [www.eu2005.lu/fr](http://www.eu2005.lu/fr) (Declaración de Luxemburgo, francés)
- [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/): (Página de la Organización Mundial de la Salud en español)
- [www.qualityhealthcare.com](http://www.qualityhealthcare.com) (Quality Indicators)
- [www.bmjournals.com](http://www.bmjournals.com)
- [www.hsph.harvard.edu](http://www.hsph.harvard.edu)
- [www.elmundo.es/suplementos/salud](http://www.elmundo.es/suplementos/salud)
- [www.eldiariomedico.com.uy](http://www.eldiariomedico.com.uy)
- [www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co) (Colombia Médica on-line)
- [www.pacientesonline.com.ar](http://www.pacientesonline.com.ar)

*¡¡ Muchas Gracias!!*

-----