

Dr. Pascual Horacio Berstein

# LO QUE ES NO DAÑAR

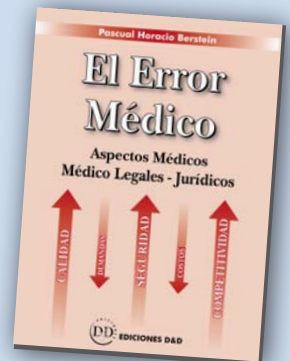
(Hipócrates.400 años A.C.)

**INCLUYE ANEXO**  
Planificación estratégica  
y gestión en Salud del  
libro "El error médico"

**COMO PREVENIR Y ENFRENTAR  
LOS ERRORES DE LA MEDICINA  
"SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES"**

**Según pautas y recomendaciones de:**

- La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (OMS).
- La Agencia para la Calidad e Investigación del Dto. de Salud (USA).
- El Instituto de Medicina de Estados Unidos.



**Lo Primero es No Dañar** es el lema de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, lanzado por la O.M.S. en octubre de 2004, con el objeto de reducir accidentes y riesgos de error en la atención de la salud. Por ello se consideró apropiado como título principal de esta obra, dado que se adscriben sus pautas y recomendaciones, y se comparte su esencia, misión, visión y valores.

Cualquier acto u omisión que lleve o pueda llevar a un resultado imprevisto y no deseado, sin relación con la evolución propia de la enfermedad, se puede considerar un “ERROR EN MEDICINA”.

Sólo los errores médicos por impericia, imprudencia o negligencia, se clasifican como MALA PRAXIS .

Errar es humano, pero aprender de los errores en lugar de ocultarlos, también lo es. Las herramientas para hacerlo ya están. Falta lo mas importante: la decisión de comenzar.

El tema es demasiado importante para que quede exclusivamente en manos de los profesionales de la salud o de los funcionarios de turno. La participación activa de los pacientes, su familia y la población en general, es la piedra angular de la estrategia que este libro propone.

Seguir las RECOMENDACIONES PARA PACIENTES de la AHRQ de U.S.A. que aquí se transcriben, es una forma sencilla en lo operativo, para en lo individual evitar errores.

Pero compartir la visión sistémica de los datos e información que en los distintos capítulos se trata, permitirá además PREVENIR, ENTENDER Y ENFRENTAR LOS ERRORES DE LA MEDICINA; que en Sistemas de Salud imperfectos, no pueden garantizar LA SEGURIDAD que los pacientes merecen, ni los medios que los profesionales requieren.

**INCLUYE ANEXO**  
Planificación estratégica  
y gestión en Salud del  
libro “El error médico”

**LO**  
**1**  
**ES**  
**NO**  
**DAÑAR**

**COMO PREVENIR Y ENFRENTAR  
LOS ERRORES DE LA MEDICINA  
“Seguridad para los pacientes”**

Berstein, Horacio Pascual

Lo primero es no dañar. - 1a ed. - San Martín : D&D, 2007.

208 p. ; 22x16 cm.

ISBN 978-987-9371-18-3

I. Medicina y Salud. I. Título

CDD 613

Fecha de catalogación: 26/11/2007

I.S.B.N.: 978-987-9371-18-3

**Ediciones D&D S.R.L.**

Tucumán 1577 1° Piso - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

República Argentina - Tel.: (011) 4371-9622

info@edicionesdyd.com.ar

*Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada; en castellano o en cualquier otro idioma.*

**Dr. Pascual Horacio Berstein**

---

**INCLUYE ANEXO**  
Planificación estratégica  
y gestión en Salud del  
libro “El error médico”

**LO  
1  
ES  
NO  
DAÑAR**

**COMO PREVENIR Y ENFRENTAR  
LOS ERRORES DE LA MEDICINA  
“Seguridad para los pacientes”**

**EDICIONES D&D S.R.L.**  
BUENOS AIRES - ARGENTINA

---



## PROLOGO DE LA EDICION DIGITAL

Damos la bienvenida a nuestros nuevos lectores, que han podido tener acceso al libro **“Lo Primero es no Dañar”** del Dr. Berstein Pascual Horacio, en versión digital, en la cual hemos incluido un anexo titulado **“Planificación estratégica y Gestión en salud”** que corresponde a los capítulos 6 y 7 del libro **“El Error Médico”** también del mismo autor y de nuestra editorial.

Consideramos este anexo complementario para los profesionales con responsabilidades de gestión o conducción en las instituciones de salud, ya que resume la mayoría de las herramientas de gestión aplicables en medicina.

Esta edición digital que no reemplaza a las disponibles en soporte tradicional en papel, de ambos libros, es un esfuerzo editorial para poner al alcance de los profesionales de la salud, estudiantes, pacientes y sus familiares, las “Recomendaciones para Pacientes” de la AHRQ de U.S.A. y compartir la visión sistémica, los datos e información que el autor a desarrollado en los distintos capítulos, como una forma de contribuir modestamente para prevenir, entender y enfrentar los errores de la medicina, y tratar de alcanzar un nivel de seguridad en la atención médica, que sistemas de salud imperfectos no pueden garantizar.

***Dr. Dubaldo Hugo Oscar***

Socio gerente  
Ediciones D & D

Tucumán 1506. Piso 2 Of. 201  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
TE 4374 6030  
Mail [Info@ediciones dyd.com.ar](mailto:Info@ediciones dyd.com.ar)

Junio de 2009



# ÍNDICE

<b>RESUMEN CURRICULAR DEL AUTOR</b>	15
<b>PRÓLOGO DEL AUTOR</b>	17
<b>INTRODUCCIÓN</b>	23
- Glosario de términos y ejemplos	24
- Un informe revelador	30
- Recomendaciones para pacientes (Resumen)	34
<b>CAPÍTULO 1 - LOS ERRORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD</b>	39
- Entendiendo los errores	39
- Los sistemas de salud	45
- El narcisismo médico	49
<b>CAPÍTULO 2 - LAS RECOMENDACIONES PARA PACIENTES DEL AHRQ (Agencia para la Calidad e Investigaciones del Dto. de Salud - USA)</b>	55
- 5 recomendaciones para recibir una mejor atención médica	56
- 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos en los niños	57
- 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos	62
- Consejos para cuando visite a su médico	66
- Consejos para cuando necesite pruebas médicas	68
- Consejos para cuando necesite una receta médica	69
- Consejos para cuando necesite operarse	70
- No se arriesgue con sus medicamentos	70
- Los pasos a seguir después de su diagnóstico	75
- ¿Va a tener una cirugía? Lo que usted necesita saber	76
- Programa de segunda opinión	83
- Previniendo errores en la medicación (IOM)	85
<b>CAPÍTULO 3 - LA SEGURIDAD EN LOS PACIENTES ANCIANOS</b>	89
- Las caídas	89
- Depresiones graves - Intentos de suicidio	91
- Úlceras por decúbito en ancianos	91
- Errores en la toma de fármacos	92

<b>CAPÍTULO 4 - ANTES Y DESPUÉS DEL <i>TO ERR IS HUMAN</i></b>	95
EN ESTADOS UNIDOS	
- Antecedentes epidemiológicos	96
- Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI – IOM (2001)	98
- Percepción de seguridad del público	100
<b>CAPÍTULO 5 - EL ERROR EN MEDICINA EN LA ARGENTINA A</b>	
<b>CASI DIEZ AÑOS DEL <i>TO ERR IS HUMAN</i></b>	105
- Una visión sistémica	105
- Un cambio necesario	109
- Implicancias éticas	112
- Las necesidades de Maslow	113
- El modelo médico hegemónico	114
- Una actitud proactiva	116
<b>CAPÍTULO 6 - LA COMUNICACIÓN EN MEDICINA</b>	121
- La comunicación en general	121
- Un folleto bien pensado	122
- Confusa letra de médicos	125
- Revelación del error	126
- La intelectualidad y el error en medicina	129
<b>CAPÍTULO 7 - EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	133
- Generalidades y modelos	133
- Consentimiento informado en investigación	141
- Consentir para hacer, consentir para no hacer	143
<b>CAPÍTULO 8 - EL ERROR MÉDICO POR NEGLIGENCIA</b>	147
- Lesiones y homicidio culposo	147
- Consecuencias jurídicas	149
- Jurisprudencias más utilizadas	151
- La responsabilidad en el Código Civil	153
- El abandono de persona	156
<b>CAPÍTULO 9 - LA MALA PRÁXIS</b>	159
- Antecedentes en USA	161
- Nuestra realidad	163
- Propuesta de reformas legislativas	166
- Medios alternos a la disputa judicial	173
- El modelo de arbitraje médico de México	176

<b>CAPÍTULO 10 - LO QUE TENEMOS Y NO USAMOS PLENAMENTE</b>	179
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica	179
- Marco estratégico político para la salud de los argentinos	182
- El Colegio de Médicos ante las carencias hospitalarias	183
- Superintendencia de servicios de salud	184
- Recurso de amparo	187
<b>CAPÍTULO 11 - LA SEGURIDAD ES PARA TODOS</b>	193
- La seguridad de los consumidores	193
- Profesionales agredidos	195
<b>CAPÍTULO 12 - COMPARANDO, NO ESTAMOS TAN MAL</b>	201
<b>ANEXO - PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA Y GESTIÓN DE SALUD</b>	205
<b>CAPÍTULO 1 - GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN SALUD.</b>	207
- Los Cambios.	208
- Control y evaluación.	210
- La organización como sistema.	212
- Equipos de trabajo.	218
- Procesos proveedor-cliente.	221
- Diagrama de causa-efecto.	224
- Matriz de tiempo.	224
- Diagrama de Pareto.	225
- Reingeniería.	227
- Mejora continua.	232
<b>CAPÍTULO 2 - PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA - MISCELÁNEAS</b>	235
- Planificación estratégica.	235
- Flujograma.	244
- Tormenta de Ideas.	246
- Liderazgo por resultados.	247
- La Negociación.	248
- La Comunicación.	251
<b>EPÍLOGO</b>	257



*Dedicado a todos los pacientes y profesionales dignos,  
víctimas de un sistema de salud imperfecto.*



## **SOBRE EL LIBRO**

El Libro **“LO PRIMERO ES NO DAÑAR”**, **Como prevenir y enfrentar los errores de la medicina. Seguridad para los pacientes**, del Doctor Pascual Horacio Berstein, es el único dirigido principalmente a pacientes en cuanto a ellos, y obviamente a sus familias, está orientada la obra. Esta nos introduce en una grave problemática actual en forma didáctica y sencilla, ofrece cientos de recomendaciones para pacientes propuestas por la AHRQ (del Departamento de Salud de los Estados Unidos) y otras instituciones americanas dedicadas al tema, de suma utilidad en la vida cotidiana. En forma tal vez cruda pero real, ubica el difícil e incierto tema en nuestro escenario país, similar al de la mayoría de los países latinoamericanos, con conceptos, por lo universales, también aplicables aun, por ejemplo, en comunidades europeas.

Surge de la lectura de cientos de propuestas operativas que se estudiaron en los últimos años para mejorar tanto los errores como la seguridad, y aborda con naturalidad las cuestiones relacionadas con las consecuencias jurídicas de las muchas veces incorrectamente denominada mala praxis.

Su utilidad, además, para estudiantes de medicina, enfermería, y otras carreras o tecnicaturas que los convertirá en profesionales de la salud, es indiscutible. Al igual que para los residentes de las distintas especialidades de medicina.

En cuanto a los profesionales, en esta oportunidad no se presentan las herramientas de Gestión de la Seguridad y Calidad en Salud, por haberlas desarrollado el autor en el libro anterior, “El Error Médico” Aspectos Médicos-Medico legales y Jurídicos, dirigido en mayor medida a jefes de servicio o todo aquel con responsabilidades de conducción en el área de salud. Pero su fácil lectura, ilustrada con casos reales y jurisprudencias, permitirá al médico asistencial, quien nunca a profundizado en esta materia, hacerlo en forma amena si tiene la mente abierta para, sin prejuicios o aprensiones, enfrentarse con la realidad de un sistema de salud imperfecto.



# RESUMEN CURRICULAR DEL AUTOR

**Dr. Pascual Horacio Berstein**

## **Datos Personales:**

Argentino - Casado - 4 hijos y 1 nieta - 56 años

Te.: 4664-3359 - Cel.: 15-4419-2570 - E-mail: pberstein@intramed.net

## **Títulos:**

- Médico (UBA) - Esp. en Cirugía C. Vascular (UBA)
- Doctor en Medicina (UBA) - Médico Legista (UBA)
- Esp. en Cirugía General - Esp. en Administración Hospitalaria - Master en Estrategia

## **Antecedentes Docentes:**

- Docente Autorizado de Cirugía (UBA) - Colab. Doc. Medicina Legal UDH San Miguel
- Ex Prof. Titular Int. Control Calidad de Vida (Univ. de Morón)
- Ex Enc. Enseñanza Cirugía UDH San Miguel - Ex Instructor Residentes Pcia. de Buenos Aires
- Director en 17 Cursos para Graduados - Disertante en más de 50 Cursos para Graduados

## **Antecedentes Hospitalarios:**

- Ex Jefe de Sala Cirugía Hospital Dr. Raúl F. Larcade
- Ex Jefe de Guardia Hospital Dr. R. F. Larcade
- Ex Jefe de Servicio de Cirugía Hospital Dr. R. F. Larcade
- Ex Director Hospital Dr. R. F. Larcade
- Ex Presidente Comité Doc. e Investigación Hospital Dr. R. F. Larcade
- Jefe de Servicio Medicina Legal Hospital Dr. R. F. Larcade

## **Actividades Científicas:**

- Miembro Titular de más de 50 Congresos y Jornadas - 36

Comunicaciones Presentadas

- 55 Cursos de Perfeccionamiento - 21 Publicaciones - 2 Trabajos Premiados
- 1 Beca de Investigación - 16 Planes y Proyectos Presentados

**Actividad Judicial:**

- Médico Legista de Oficio en Tribunales Nacionales y Provinciales desde 1982 (más de 1.000 causas) - Asesor Médico Legal de Parte (más de 1.000 causas)

**Libros Publicados:**

- Principios Básicos de Management y Marketing para Profesionales de la Salud (Ediciones Héctor A. Macchi)
- Herramientas & Salud (Edit. Aplicación Tributaria S.A.)
- El Error Médico. Aspectos Médicos, Médico Legales y Jurídicos. (Edic. D & D)

**Cursos Extracurriculares:**

- Bioestadística y Metodología de la Investigación (Colegio de Médicos de Buenos Aires)
- Marketing para Profesionales de la Salud (UADE)
- Economía de la Salud (UBA)
- Entrenamiento para Evaluadores Premio Nacional a la Calidad (Público y Privado)
- Gerenciando el Manager Care (Escuela de Salud Pública – Harvard)
- Redacción Periodística. III Niveles (Fundación Leloir)

## PRÓLOGO DEL AUTOR

*El error en medicina y la seguridad de los pacientes* es un tema que, como tal, recién está asomando en países como el nuestro, como efecto de la onda expansiva que produjo un informe elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) en 1999, titulado “*To err is human*” (“Errar es humano: Construyendo un sistema de salud seguro”). En el mismo se exponen datos estadísticos sobre la cantidad de muertes y accidentes en medicina que padecían los pacientes en Estados Unidos, basados en los estudios realizados en la Ciudad de Nueva York y en Utah-Colorado, por dos prestigiosas universidades, que conmocionaron a la población al ser publicados. Por ejemplo, que entre 44.000 y 98.000 pacientes se morían en los hospitales como consecuencia de los errores médicos, sobrepasando a las muertes hospitalarias por accidente de tránsito con vehículos a motor, o las de cáncer de mama o las de HIV-Sida. Que en un año se contabilizaron 7.391 personas fallecidas por errores en la medicación; o que se efectuaba 1 operación del lado incorrecto por día.

Sin embargo, los primeros antecedentes registrados sobre los errores en medicina ya los encontramos 1800 años antes de Cristo, en el famoso Código de Hammurabi, escrito en piedra, que tenía ocho artículos referidos explícitamente a la actuación del médico y sus penalidades, cuando este causaba un daño mayor al paciente que la enfermedad por la que había solicitado asistencia.

Y con respecto a las primeras consideraciones sobre seguridad de los pacientes, podríamos remontarnos a Hipócrates (400 años A.C.), con su célebre “*Primum non nocere*” (“Primero no dañar”) que enseñaba a sus discípulos, y que por su actualidad fue tomado como lema de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en octubre de 2004. Ante estos datos podemos afirmar que el tema no es nuevo, lo que sí lo es, es su abordaje.

Otro concepto que se debe aclarar ya desde el prólogo es que los errores en medicina, no son sinónimo de mala praxis, y quien pretenda encontrar en este libro una guía para abogados litigantes, no lo logrará.

Como dice también el informe del IOM, aproximadamente el 28 % de los errores fueron atribuidos a negligencia, y, también en promedio, 1 de cada 7 produjeron la muerte de los pacientes. O sea que aproximadamente el 72 % de los errores estudiados no fueron considerados mala praxis. No obstante las diferencias y/o semejanzas terminológicas, como veremos en la introducción, la realidad es que en 1970, en lo que se denominó la *crisis de la mala praxis*, casi se paraliza el sistema de salud en California; que en la actualidad en la Argentina 1 de cada 5 médicos está con al menos una demanda judicial. Y que algunos países han debido generar sistemas propios de resolución de conflictos, para evitar con algún tipo de legislación que el sistema de salud colapse. Por lo que no es posible hablar del error en medicina sin referirse, aunque sea tangencialmente, a la mala praxis.

Respecto a las acciones que se vienen realizando en nuestro país, estrictamente en relación al error en medicina y la seguridad de los pacientes (no sus aspectos jurídicos), están dirigidas mayoritariamente a los profesionales y las instituciones de salud, tratando de producir un cambio cultural. La respuesta desde mi punto de vista es lenta y los resultados todavía imperceptibles, mientras en los medios se siguen peleando los que se autodenominan las víctimas de la mala praxis y sus abogados, con los médicos a quienes les cuesta reconocer la inseguridad de los sistemas de salud, en un país donde políticamente la salud no es prioridad.

En lo personal, además de tratar de concientizar a cuanto colega y estudiante podía, de la necesidad de un cambio de cultura en el abordaje del tema del error y la seguridad, hace dos años publiqué el libro “*EL ERROR MÉDICO. Aspectos Médicos, Médico Legales y Jurídicos*” (Ediciones D & D), que escribí pensando podría ser una contribución al cambio que consideraba imprescindible, pero dirigido a profesionales de la salud y aquellos con responsabilidad de gestión y conducción en las instituciones de salud e incluso abogados. En la recapitulación final, debo reconocer muy esperanzado, decía:

“...Basados en la ley de Pareto, no es tan malo ni tan grave descubrir que el 80% de nuestros problemas, tanto en calidad y seguridad en salud como en otros aspectos dentro y fuera del área de la salud sean una cuestión de *actitud*; dado que ésta se puede cambiar con sólo desearlo, sin poder excusarnos en la falta de recursos o financiación. Eso sí, es muy difícil hacerlo desde la incertidumbre, por ello hay que convertir a ésta en riesgo si queremos operar

sobre la realidad. Pero para ello es necesario contar con información; que es lo que se trató de brindar en este libro. Con correcta información, quienes ostentan el poder político, sean funcionarios o directivos, podrán realizar una mejor toma de decisiones. Los que no, los que podríamos denominar los verdaderos actores de los procesos, también. Aunque ésta sea, o se refiera, al ya mencionado cambio de actitud, con un pensamiento sistémico; continuando mirando el árbol, si así lo desean, pero siempre sin perder de vista al bosque, reconociendo que es necesario un cambio. Pero que éste no es sólo discursivo y que tiene un costo, aunque suela ser sólo coherencia. Como médicos preconizamos la medicina pública, gratuita y sin restricciones; pero no atendemos a nadie más allá de turnos dados. Hablamos del respeto al paciente como persona, pero si debe esperar que espere, por algo es paciente. Como docentes proclamamos los beneficios de la medicina general, pero ante la mínima dolencia y cuando de nuestro cuerpito se trata, buscamos al súper especialista. Y como ciudadanos, nos cansamos de discutir que es necesario reflotar la industria nacional, pero al ir al supermercado o a una casa de electrodomésticos, no sólo no compramos argentino, sino que la mayoría de las veces ni preguntamos si el producto buscado se produce en el país.

Nadie pretende un cambio sustancial (aunque nos vendría muy bien) pero al menos tratemos de que cada Derecho que invocamos, al menos nosotros mismos lo respetemos, aunque más no sea en la parte del proceso que nos toca. Salgamos del *no te metas* y comencemos a meternos de a poquito. Cuando nos demos cuenta que compartir la información con el paciente, sobre sus derechos, es bueno, y más aún cuando se trate de derechos vulnerados, será una nueva forma de hacer medicina defensiva, nos hará sentirnos mejor, y además, tal vez, las cosas empiecen a cambiar. Pero debemos estar convencidos primero de que pediremos la Resonancia Nuclear Magnética cuando así lo estipule la norma. No por miedo a un juicio. Y cuando no esté indicada, sentémonos dos minutos con el paciente o sus familiares y expliquémosle por qué, según la norma utilizada, dicho estudio por ahora no es necesario. Acompañemos, o al menos guiemos, al paciente cuando nos relata una situación que comprometa su correcta atención que no está a nuestro alcance resolver, para que pueda plantearlo o exponerlo en un nivel superior. Si no lo hacemos porque así debería ser, al menos hagámoslo porque es preferible ser testigo de parte de paciente y no demandado o codemandado cuando empiece un juicio. Si sabemos que existe una disposición en la Provincia

de Buenos Aires (039/97), por ejemplo, que establece que toda patología de urgencia que no pueda ser resuelta en los distintos hospitales provinciales o municipales, por su nivel de complejidad, debería ser trasladada al hospital regional de referencia, pero que en realidad no se cumple estrictamente, cuando esto ponga en juego la vida o la salud de nuestro paciente, denunciémoslo o llevémoslo. Luego discutiremos.

Soy consciente que estas propuestas no son usuales y que no siempre estamos dispuestos a modificar el status quo. Pero si pretendemos un cliente final satisfecho, nosotros como clientes internos del proceso también debemos estarlo. Como dice el informe de la IOM “los trabajadores de la salud son más educados y dedicados que en cualquier otra industria, el problema es que el sistema no es seguro”. Depende de nosotros ir modificándolo o resignarnos a ser víctimas directas o indirectas del mismo.

Hace unos pocos meses me encontraba leyendo un artículo sobre el registro de errores médicos que se proponía crear en nuestro país (*Hoy*. La Plata. 29-01-07. [www.inversorsalud.com.ar](http://www.inversorsalud.com.ar)). El mismo finalizaba como se transcribe textualmente: “Una investigación realizada por el Instituto de Medicina de Estados Unidos revela que las muertes por errores médicos en los hospitales equivale a las que producirían la caída de tres aviones Jumbo cada dos días”.

Y nuevamente el: “Algo más se podría hacer”, me motivó a tomar la determinación de volver a escribir sobre el tema, pero con una estrategia distinta: esta vez los destinatarios serían principalmente los pacientes y/o sus familiares, siguiendo las pautas que establece la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las recomendaciones para pacientes que difunde la Agencia para la Calidad e Investigación de la Atención Médica del Dto. de Salud de Estados Unidos, y divulgando toda la información disponible, complementada con la descripción de casos reales y jurisprudencia, que pueda ser útil para reducir los errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes, buscando un impacto positivo que sea complementario con el resto de los esfuerzos que se están realizando. Esta estrategia que se podría denominar Bottom-up, o de abajo hacia arriba, no es original, recordemos que la mayor parte de los grandes cambios en la historia de la humanidad se originaron de esta manera. Y no a la inversa, y como veremos, desde mi punto de vista, fue lo que se buscó al difundirse públicamente el informe del IOM.

Como este sería el objetivo de máxima es lógico plantearse uno más

modesto de mínima, y este no es ni más ni menos que el paciente, cualquiera sea su condición socio-económica o cultural, tenga la misma información o al menos similar, que tiene la familia y amigos de los profesionales que trabajan dentro del sistema de salud. Quienes no concurrimos a cualquier profesional, hospital o sanatorio sino que buscamos los más seguros, sabemos qué preguntar, no nos quedamos con una sola opinión y fundamentalmente compartimos las decisiones terapéuticas en forma cooperativa con el profesional.

Al mencionar este abordaje recuerdo las recorridas de sala con médicos noveles o las clases con estudiantes, y la esencia de algunas preguntas a los mismos, no varían con algunos de los conceptos que aquí se mencionan: ¿Qué le harías si fuera tu padre?; ¿Lo operarías acá?; o ¿Vos te dejarías hacer ese tratamiento? Que en definitiva son las preguntas clave que uno realiza cuando está del otro lado de la camilla.

Combinadas con otro concepto que modestamente me pertenece, el del *Super Yo Jurídico*, y que no me canso de aconsejar, antes de tomar cualquier decisión importante, tomarse unos minutos para reflexionar: ¿Qué me exigiría realizar un juez ante esta situación? Este método, que no es hacer medicina defensiva, pues en ella se solicitan estudios o se indican tratamientos no necesarios, sólo para evitar un reclamo judicial por no hacerlo, sin evaluar su verdadera efectividad ni los costos innecesarios que generan al sistema de salud, que aunque gratuito, siempre alguien paga.

Las recomendaciones para pacientes ante distintas situaciones de la atención médica, que se transcribirán en forma textual, serán de mucha ayuda para prevenir y evitar los errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes. El resto de la información y consideraciones de los otros capítulos permitirán entender la problemática que rodea al tema, y que lo hace tan complejo (para intentar solucionarlo, algunos países han invertido millones de dólares en el intento).

Finalmente la sumatoria de todos los conocimientos e información, y el análisis de nuestra realidad en lo que hace al sistema de salud en su totalidad, del sistema judicial, de nuestras leyes y jurisprudencias, permitirá a los pacientes y/o a sus familiares saber cómo enfrentar un resultado no esperado en relación a una atención médica o tratamiento, luego de efectuado el duelo correspondiente y superados los mecanismos de defensa que, como la negación o la proyección, no nos permiten ser objetivos.

Independientemente de lo que pensemos como pacientes ante un hecho

puntual, como sociedad debemos reconocer que en cualquier parte del mundo, la única forma de no cometer errores en medicina es nunca practicar la medicina.

Por esto el sistema de salud y los pacientes deberían estar preparados para lidiar con ellos en forma abierta y honesta. Aprendiendo pero responsabilizándose también. Como leí en alguna bibliografía: “El hilo se corta por lo más débil, pero no nos podemos dar el lujo de que en medicina haya hilos débiles”.

La búsqueda de un culpable, en lugar de la causa del error para que no vuelva a repetirse, sólo lleva a la medicina defensiva y a que los buenos profesionales dejen de realizar intervenciones riesgosas o directamente abandonen la medicina asistencial para evitar verse envueltos en una demanda judicial.

Como ya se vislumbra desde este prólogo, el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes no será fácil de desarrollar y entender, y menos aun lo será concientizar a cada uno de los actores involucrados de la necesidad de un cambio cultural, de un estricto sistema de control y evaluación de la atención médica y la imprescindible modificación de algunas leyes relacionadas, con el objeto de mejorarlos.

## INTRODUCCIÓN

*El error en medicina y la seguridad de los pacientes* es, a no dudarlo, un tema tabú, al menos entre los profesionales de la medicina, donde, salvo honrosas excepciones, los mensajes son contradictorios, no se dice totalmente lo que se piensa, abundan los mecanismos psicológicos de defensa y las cosas no se llaman por su nombre; salvo entre profesionales amigos y a puerta cerrada o en el seno del hogar y de la familia.

Dado que este libro está dirigido principalmente a los pacientes y/o sus familias, tal vez sea visto por algunos colegas (o mejor dicho, por muchos), más que como el abordaje de un tema tabú, como un sacrilegio, lo cual es un riesgo asumido y del que me hago cargo plenamente.

Como figura en la tapa, este libro seguirá las pautas y recomendaciones de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS), de la Agencia para la Calidad e Investigación de la Atención Médica del Departamento de Salud de los Estados Unidos y del Instituto de Medicina, también de Estados Unidos, y de otras fuentes.

Lo que se quiere reforzar es que ni el libro ni sus contenidos son la brillante creación de un profesional iluminado, sino, por el contrario, es parte de una estrategia mundial de la que modestamente tal vez me hice eco con un poco más de vehemencia o convencimiento que otros, por considerar que la población tiene el derecho de estar plenamente informado, no compartiendo otras posturas que sostienen que aun no es el momento, y que primero tiene que haber un cambio en la cultura sobre el error y la seguridad de los pacientes entre los profesionales de la salud.

En el capítulo “El error en medicina en la Argentina: a casi 10 años del informe IOM” expondré en forma pormenorizada cuáles fueron los elementos analizados para arribar a esta y a otras conclusiones en una sociedad individualista como la nuestra. Quisiera decir que compartir la estrategia de que la participación activa del paciente es el mejor método para reducir los errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes que utiliza Estados Unidos, no me impide continuar pensando que el sistema de salud americano tal vez sea uno de los más avanzados del mundo, pero también el menos equi-

tativo, y que no hace falta ser muy listo para darse cuenta que la estrategia mencionada se decidió utilizar ante el fracaso de otros intentos, y, entre otras cosas, para reducir los costos anuales millonarios medidos en dólares que los errores médicos le producían.

El ejemplo más típico de lo que se pretende con la participación activa del paciente lo tenemos en el lavado de manos (en medicina). Lleva siglos probada su efectividad, científicamente se demostró miles de veces sus beneficios en la prevención de las infecciones intrahospitalarias, y por ende en sus complicaciones, prolongación de las internaciones y costos. Se enseña en el pregrado, en el postgrado, en la residencia, en los cursos, figura en todas las cientos de normas o manuales de procedimientos médicos del mundo, y, sin embargo, muchas veces no se cumple. Por ello finalmente se decidió que podría ser de mucha ayuda que el paciente le pregunte a su médico si se lavó las manos antes de atenderlo. Creo que es un intento desesperado para lograr un cambio de conductas y, como en otras situaciones, “el fin justifica los medios”.

Como no puedo negar un cierto grado de paranoia respecto a lo que pensarán mis colegas a muchos de los consejos y recomendaciones, y volviendo al ejemplo de lavarse las manos, les cuento, por significativa, la respuesta que me dio un médico amigo: “A mí no me molesta que el paciente me pregunte si me lavé las manos, porque yo lo hago siempre. Al que le va a molestar es a quien no se las lava”.

Para facilitar la lectura y la comprensión de muchos términos que hacen al error y la seguridad, a diferencia de otros libros, se presentará en esta introducción un glosario de términos, los cuales adquieren máxima relevancia para comprender muchos conceptos, algunos de los cuales, por tener su origen en el idioma inglés, podrían dificultar una correcta y más sencilla comprensión en algunos casos especiales.

## **GLOSARIO EN ESPAÑOL: (Terminología, definiciones y ejemplos)**

Las definiciones de los términos seleccionados representan el concepto más simple e importante de aquellas palabras frecuentemente utilizadas internacionalmente al tratar el tema de la seguridad de los pacientes.

La idea base es que se favorezca la comprensión tanto en la lectura de este libro como en las discusiones dado que en la mayoría de los trabajos origina-

les en inglés existen algunas palabras más específicas que en español. Sin pretender subestimar al lector, se dan algunos ejemplos muy sencillos en cada término, dado que algunos son similares y/o difíciles de comprender fácilmente aun entre profesionales de la salud.

**Accidente:** Evento no planeado, no esperado, ni deseado, normalmente con consecuencias adversas.

Ejemplo: Un paciente se cae de la cama en el hospital y se fractura la cadera.

**Acreditación:** El acto de verificar o confirmar que una persona o institución es apta para desempeñar una tarea o empleo o un proceso.

Ejemplo: La Asociación de Anestesia verifica que los quirófanos de un sanatorio x están en condiciones para que se realicen anestесias en forma segura y con el equipamiento necesario que la misma recomienda.

**Análisis de causa 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.

Ejemplo: Ingresa un bebé de 6 meses a una guardia y fallece a los 30 minutos, se identifica dentro de las causales que pudieron producir la muerte, por ejemplo: que estaba desnutrido, había estado con fiebre dos días en su casa, esperó 1 hora en la sala de espera, no se le efectuaron radiografías y estando azulado y respirando mal no se le aplicó oxígeno apenas ingresó. Dentro de la multicausalidad, hacerlo esperar, no sacarle placas o no darle oxígeno, son variables relacionadas con la atención que surgen en un análisis de causa raíz. De cada una de ellas también se analiza sus probables multicausas. Por ejemplo, el recepcionista había dejado su puesto o el médico que asistió no tenía experiencia con recién nacidos. El concepto es similar al conocido análisis en espina de pescado.

**Calidad de atención médica:** 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.

**Calidad Total (Total Quality):** Es el conjunto de principios de métodos organizados y de estrategias que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor costo. Es una filosofía empresarial (Calidad Técnica o Intrínseca + Calidad Percibida).

**Caso fortuito:** Hecho no previsible o que aún previsto es inevitable, por lo que no genera responsabilidad profesional.

Ejemplo: En la vida cotidiana, el servicio meteorológico no pudo prever que caería granizo, pero aunque lo hubiera hecho, hubiera caído igual. En medicina no era previsible que el útero de la madre no se contrajera como es usual luego del parto, y aunque lo hubiésemos sabido no lo hubiéramos podido evitar, a lo sumo estar preparados para darle la medicación que ayude a contraerse o evitar una hemorragia post parto que le produzca la muerte.

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

Ejemplo: La infección post operatoria porque el material de cirugía estuvo mal esterilizado, surge del análisis de causa raíz.

**Certificación:** Sintéticamente es el instrumento para asegurar la verdad de un hecho.

Ejemplo: El Colegio de Médicos certifica que un profesional tiene el título habilitante para ejercer la profesión.

**Control:** Significa verificar, comprobar. Se efectúa cuando la acción aún se está cumpliendo, lo que nos permite actuar para variar el curso de la misma y modificar así los resultados.

Ejemplo: El médico controla que enfermería está aplicando la medicación que indicó antes de retirarse.

**Disclosure:** Se traduce como revelar un hecho que estaba guardado como secreto.

**Error:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para llegar al objetivo, independientemente de que se produzca daño o lesión.

Ejemplo: Tenía que tomar el subte de la línea B y cometí el error de subirme al D.

**Error activo:** Es el que aparece en la línea de trabajo del operador, cuyos efectos son sentidos casi inmediatamente, impactando en la seguridad del sistema.

Ejemplo: Un cirujano no se lava correctamente las manos para una operación.

**Error latente:** Es el que se produce dentro del sistema, cuyos efectos por su mediatez puede mantenerse inactivo mucho tiempo, fundamentalmente porque puede ser corregido o removido por el operador en su línea de trabajo.

Ejemplo: Un cirujano antes de utilizar el instrumental reconoce que este no es el correcto y pide que se lo cambien.

**Error en Medicina:** Acto u omisión que lleva o puede llevar a un resultado imprevisto y no deseado.

Ejemplo: Acción: Luego del cateterismo le colocaron una bolsa de arena sobre la arteria punzada para evitar que sangre, pero la dejaron mucho tiempo o era muy pesada y produjo que la arteria se tapara. Omisión: Se olvidan de colocar la bolsa y el paciente sufre una hemorragia. Pero si se produce una obstrucción arterial o una hemorragia, como posibilidad por el procedimiento, se alerta al paciente, familia, enfermeras, etc. Aunque también sería un resultado no deseado, por haber estado previsto se lo considera una complicación, salvo que después del análisis correspondiente se descubra se produjo por un error técnico.

**Error por impericia:** El producido por falta de conocimiento o entrenamiento.

Ejemplo: El error lo comete un cirujano que nunca operó esa patología, ni ayudó o presenció las veces suficientes a un cirujano experto realizarla.

**Error por imprudencia:** El producido por afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, o proceder con apresuramiento innecesario o sin detenerse a pensar en las consecuencias.

Ejemplo: El que autorizó que ese cirujano del ejemplo anterior operara sin estar capacitado.

**Error por negligencia:** Error producido por no obrar con la debida diligencia, por no haber prestado la debida atención o no haber realizado el esfuerzo mínimo necesario, brindando cuidados por debajo del estándar mínimo esperado para su medio de trabajo.

Ejemplo: La operación fue un éxito, pero después nadie fue a ver al paciente para ver como se recuperaba. Y sabiendo que la norma establecía que había que licuarle la sangre (heparinizar), no lo hicieron y el paciente hizo un tromboembolismo pulmonar y se murió.

**Evaluación:** Significa valorar, señalar el valor de una cosa.

Se efectúa cuando la acción ya ha concluido, por lo que no se puede cambiar el curso de la misma, si ello hubiese sido necesario.

La evaluación demanda una clara definición de objetivos, la elección de indicadores adecuados para efectuar mediciones, la existencia de un buen sistema de información, de normas o comparadores y personal capacitado para efectuar la misma.

Ejemplo: Similar al control, el médico indicó medicación y antes de irse a su casa, al día siguiente, evalúa si se cumplieron las indicaciones, pero ya es tarde, no recibió los antibióticos indicados el día anterior. O se contabilizan cuántos pacientes se complicaron en una sala durante un año, al año siguiente en una evaluación retrospectiva

**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.

Ejemplo: Un paciente ambulatorio que se operó sufrió una quemadura física por el electrobisturí que lo obligó a permanecer internado 3 días cuando sólo debería haber permanecido unas horas.

**Evento centinela:** Evento adverso imprevisto y no deseado que produce la muerte, serias secuelas físicas o psicológicas.

Ejemplo: El paciente que ingresó por intento de suicidio (tomó pastillas), al descuidarse sus familiares y enfermeras, se arrojó por la ventana del tercer piso.

**Evitabilidad:** Características que define que un hecho o sus consecuencias, predecible o no, pueda ser detenido o abordado con alguna acción concreta (segundo elemento del caso fortuito).

Ejemplo: En el ejemplo anterior el evento era evitable, por predecible que ante un intento de suicidio que falló en primera instancia lo intentase nuevamente.

**Iatrogenia:** Daño en el cuerpo o la salud del paciente, causada por el médico a través de sus acciones profesionales. Este daño o resultado indeseado no le es imputable judicialmente pues no deriva de su voluntad o culpa, sino que es producto de un hecho imprevisto o que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Ejemplo: Ver caso fortuito. Ante la hemorragia del útero el obstetra decide extraerle totalmente el útero para salvarle la vida a la madre.

**Incidente:** Evento no planeado, no esperado, ni deseado, normalmente sin consecuencias adversas.

Ejemplo: El paciente se cayó de la cama, pero no le sucedió nada, ni se lastimó.

**Incidente crítico:** Error que podría haber llevado a un evento adverso de no ser detectado o corregido a tiempo.

Ejemplo: El paciente recién operado se hubiera caído de la cama de no ser porque la enfermera notó que la baranda de seguridad no estaba colocada y la levantó.

**Nivel de cuidado estándar (standard of care):** Norma o patrón, por debajo del cual la actuación profesional, para un medio determinado, se torna negligente.

Ejemplo: Luego de coserle la herida en la guardia, no se interrogó, ni se medicó como siempre con suero y vacuna antitetánica, en un actuar negligente, a quien no estaba previamente vacunado.

**Reporte de eventos adversos:** Proceso utilizado para documentar la ocurrencia de los eventos adversos.

**Reporte de incidentes:** Proceso utilizado para documentar ocurrencias que no son consistentes con la rutina de la institución en lo que al cuidado de pacientes se refiere.

**Responsabilidad profesional:** Es la obligación de responder por los daños causados en el ejercicio de la profesión, que se extiende a los daños que causaron los que están bajo su dependencia o por las cosas de que se sirve o que tiene a su cuidado. Esta obligación será mayor cuanto mayor sea también el deber de obrar con y en pleno conocimiento de las cosas.

**Secuela:** Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de una lesión o procedimiento. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se define como definitiva si no existe recuperación en el término de 12 meses (consolidación jurídica para la justicia).

Ejemplo: En el paciente que se cayó de la cama y se fracturó la cadera, luego de la operación, por ejemplo, le quedó una cicatriz de 17 centímetros y una marcha rengueante como secuela.

**Seguridad del paciente:** Objetivo que involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, en cualquiera de los niveles de atención de los sistemas de salud.

Un tema que merece aclararse es el del “Standard of Care” y el “Gold Standard”. El primero lo definimos como nivel de cuidado estándar, el segundo es posible traducirlo como lo mejor de lo mejor, en este caso en salud. A su vez ese Gold Standard podría ser a nivel nacional o internacional.

En la justicia se toma en general para comparar una atención recibida, el Standard of Care, salvo que el paciente hubiere contratado específicamente los servicios de algún profesional o institución, porque este era el único o de los pocos que podrían ofrecer ese servicio de excelencia considerado Gold Standard.

En los últimos meses fue noticia de los diarios que en Estados Unidos pudieron salvar a un recién nacido de menos de 500 gramos, pero ello no significa que se pueda realizar un reclamo porque en otro centro, en Estados Unidos o en nuestro país, un recién nacido de igual peso no sobreviviese.

Para la justicia en la mayoría de las relaciones contractuales lo que se evalúa es si los medios utilizados eran los correctos, no el resultado, excepto por ejemplo, y no siempre, en cirugía estética.

## **UN INFORME REVELADOR**

Podemos afirmar que el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, tiene un antes y un después del informe “To err is human” (IOM) de 1999. El Institute of Medicine of The National Academies, IOM (Instituto de Medicina) de la Academia Nacional de Ciencias, fue creada en 1970 en Estados Unidos por el Gobierno Federal para asesorar y aconsejar en temas tecnológicos y científicos. Sin embargo, tanto la academia como sus organizaciones asociadas, entre ellas el IOM, son organizaciones privadas no gubernamentales, aunque la mayoría de los estudios son solicitados por las distintas agencias federales.

Los distintos tópicos que estudia el IOM los abordan los distintos comités creados al efecto. La misión explícita del IOM es servir de consejero a la Nación en aquellos aspectos que hacen a un mejoramiento de la salud. La sede del IOM está en Washington D.C., y su página web, donde se puede encontrar mucha información valiosa, es [www.iom.edu](http://www.iom.edu).

Con el glosario a mano, el lector podrá acceder a algunos de los datos más relevantes del informe o reporte, que a continuación se transcribirán. Al finalizar comprenderán porqué a la primera lectura me impactaron, pese a mis más de 30 años de profesión en el ámbito hospitalario y más de 25 como médico legista y auxiliar de la justicia, tratando en forma cotidiana con temas de responsabilidad profesional. Porque en Estados Unidos el propio presi-

dente Bill Clinton, luego de conocerlo, tomó la determinación de exigir a las distintas agencias federales preparar un informe con al menos 100 acciones posibles para reducir los errores en medicina y sus impactos, agenda que quedó a cargo de la Agencia para la Calidad y la Investigación de la Atención Médica del Dto. de Salud y el Foro Nacional para la Calidad. Y porque la población en general de Estados Unidos, como mínimo, se conmocionó al difundirse por los medios el informe.

No obstante lo expuesto debo advertir al lector, para evitar que arribe a conclusiones apresuradas, que si bien el informe se basó en estudios de prestigiosas universidades, como por ejemplo Harvard, y se realizó en el país con más alta tecnología y el mayor costo en salud médica en relación al Producto Bruto Interno, las cifras nacionales que ofrece fueron obtenidas realizando la proyección estadística del estudio efectuado en Utah-Colorado, y en Nueva York. Por ello encontrarán que informan de 44.000 a 98.000 personas fallecidas por año, según se proyectan las cifras de un estudio o de otro. Ninguno de los datos fueron validados en nuestro país, aunque es parte del esfuerzo y de los objetivos propuestos de los grupos de trabajo en el futuro.

En lo personal utilizando analogías, homologías y sentido común, sumados a la experiencia personal y hospitalaria, no puedo inferir que la situación en nuestro país sea significativamente muy diferente. Pero en definitiva, y por ello se ofrecen los datos en su estado más puro, será cada lector, paciente y/o familiar, quien, en base a su propia experiencia, profesional con quien se asista, institución en la que se interne, y subsistema de salud al que pertenezca (público, obra social, pami, prepaga o particular), realice su propio análisis y consideraciones.

Datos relevantes del informe “*Errar es Humano: construyendo un sistema de salud seguro*”, del Instituto de Medicina, USA, 1999:

- 44.000 a 98.000 personas fallecidas en los hospitales por año como resultado de errores médicos, sobrepasando las correspondientes a:  
Accidentes de tránsito por vehículos a motor (43.458).  
Cáncer de mama (42.897).  
HIV-Sida (16.516).
- 7.391 personas fallecidas en 1993 por errores en la medicación.
- Una operación en el lado incorrecto por día.

- Costo Nacional por eventos adversos: 4% del Costo Nacional en Salud.
- Según Estudio Nueva York:
- 98.000 personas fallecidas en hospitales por año (U.S.A).
- 3,7 eventos adversos en hospitalización.
- 50% injurias menores.
- 19% complicaciones medicamentosas.
- 14% infección heridas.
- 13% complicaciones técnicas.
- 13,6% condujeron a fallecimiento.
- 2,6% condujeron a importante incapacidad permanente.
- 58% eran previsibles.
- 27% errores por negligencia.
- 1 de cada 4 errores por negligencia fueron mortales.

Según estudio en Colorado – Utah:

- 44.000 personas fallecidas en hospitales por año.
- 2,9% eventos adversos en hospitalización.
- 6,6% condujeron a fallecimiento.
- 29,2% errores por negligencia.
- 1 de cada 11 errores por negligencia fueron mortales.
- 53% eran previsibles.

Hospital Londres sobre 1000 HC (Historias Clínicas):

- 11% de episodios adversos, de los cuales 50% prevenibles.
- 1/3 produjo incapacidad o muerte.
- Extrapolación a toda Inglaterra y Gales: 3 millones de días extras de internación (mil millones de libras).

Estudio sobre 14.732 H.C. en 12 hospitales de Colorado (1992).

Proyección sobre 33,6 millones de admisiones hospitalarias en USA (1997).

- Estimó costos por errores de 662 millones de dólares de los cuales 348 millones eran gastos en salud propiamente dicho.
- Extrapolación a nivel país: 37.600 millones de dólares, de los cuales 17.000 hubiesen sido prevenibles en Colorado o 29.000 en Nueva York.

Errores con la medicación:

- 3% de errores medicamentosos en terapias infantiles.
- 4,2% eventos adversos en ambulatorio.
- 50% evitable.

Estudio sobre 289.411 recetas:

- 3,13 por mil errores.
- 1,81 por mil errores importantes.
- Por cada dólar gastado en medicación ambulatoria, se gasta otro dólar por problemas producidos con la medicación.

Preparación de medicamentos endovenosos:

- 20% errores si los efectúa Enfermería.
- 9% errores si los efectúa Farmacia.
- 0,3% si fue manufacturado.
- 2.000 millones de dólares es el costo proyectado por efectos adversos relacionados a medicación en internación.
- 4.700 dólares por admisión.
- 4,6 días estada más de internación por errores con medicamentos.

Estudio sobre 815 pacientes:

- 36% algún evento sin relación con la evolución normal de su enfermedad.
- 9% con riesgo de vida o importante discapacidad.
- 2% llevaron a la muerte.

Estudio sobre 1047 pacientes en Unidad de terapia intensiva:

- 45,8% eventos adversos.
- 17,7% serios.
- 6% aumento por día internación de posibilidad de evento adverso.

Estudio sobre 182 fallecidos por Accidente Cerebro Vascular-Infarto-Neumonías:

- 14-27% se podrían haber prevenido.

Estudio sobre 203 paros cardíacos:

- 14% consecutivos a eventos adversos.

- 50% de estos evitables.
- Estudio sobre 44.603 pacientes quirúrgicos:
- 5,4% complicaciones.
- 50% atribuible a errores.
- 749 fallecidos en hospitalización.
- 7,5% atribuible a errores.

#### Hospital Israel:

Un observador en una cama de Terapia Intensiva durante 4 meses.

- 554 errores, 1,7 errores por paciente/día.

#### Concientización de la población:

- 4 de cada 5 americanos saben de casos de error médico.
- 42% por referencias (amigos, familiares).
- 39% por medios informativos.
- 12% por experiencias personales.
- 75% piensa que el sistema mejoraría eliminando a los malos profesionales.
- 69% con mejor entrenamiento.

Luego de conocer estos datos y pasado el shock inicial que producen, en esta etapa de la introducción ya podemos ir adelantando un resumen de las recomendaciones, enumerando las 20 que se consideraron más útiles, lo que permitirá al lector ya desde el inicio conocer de qué tratan esas recomendaciones que tan frecuentemente se mencionan. Como valor agregado, además, ya puede comenzar a aplicarlas sin necesidad de terminar de leer todo el libro y tener al menos la sensación de que ya ha comenzado a hacer algo para no ser una cifra más en esta o similares estadísticas.

## **RECOMENDACIONES PARA EVITAR ERRORES Y MEJORAR SU SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA**

Los pacientes que no están involucrados y que no están informados tienen menos probabilidad de aceptar el tratamiento adecuado y tienen menos probabilidad de hacer lo que deben para permitir que el tratamiento funcione.

Ningún reclamo posterior, aún el judicial, compensará el haber perdido las oportunidades que solamente requerían ejercer nuestros derechos y obligaciones como pacientes.

**1) Involucrarse y responsabilizarse en la toma de decisiones, siendo un miembro activo del equipo de salud.**

Las investigaciones han demostrado que los pacientes que están involucrados en su cuidado y participan en la toma de decisiones tienen mejores resultados.

**Medicamentos**

**2) Asegúrese que todos sus médicos sepan todos los medicamentos que usted usa, con o sin receta, así como suplementos para dietas, vitaminas o hierbas.**

Esto es fundamental cuando le están recetando un nuevo medicamento que pudiese estar contraindicado. Si puede llevar todos los prospectos, mejor.

**3) Asegúrese que su médico sepa acerca de cualquier alergia o reacción adversa que haya tenido a los medicamentos.**

Esto puede ayudar a que usted no reciba un medicamento que pudiera causarle daño.

**4) Asegúrese que puede leer las recetas de medicamentos que le escribe su médico antes de retirarse del consultorio.**

Si usted no puede, es probable que quien le venda o provea el medicamento tampoco pueda y se cometan errores.

**5) Haga preguntas sobre sus medicamentos y pida información útil, por ejemplo:**

¿Cuál es el nombre del medicamento?

¿Para qué es el medicamento?

¿Cómo lo debo tomar y por cuánto tiempo?

¿Lo debo tomar de noche?

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios y qué debo hacer si se presentan?

¿Es seguro tomar ese medicamento con los otros que tomo?

¿Qué comidas, bebidas o actividades debo evitar mientras tome el medicamento?

¿Qué debo hacer si tengo alguna reacción o efecto adverso?

¿Cómo le aviso si tengo algún problema con la receta?

¿Cómo le aviso si el efecto fue el esperado y cuándo?

**6) Cuando recoja su medicamento en la farmacia pregunte o verifique**

usted, con el envase o prospecto, si no hay alguna diferencia de nombre o con los miligramos o unidades (si es menor a lo recetado puede no curarlo, y si es mayor intoxicarlo). Ante la mínima duda, consulte.

- 7) **Ante remedios en presentación líquida, en la farmacia verifique si el dosificador o medida es fácil de usar. Si no está seguro pregunte cómo lo puede reemplazar o que le enseñen a utilizarlo.**
- 8) **En caso de medicación que pueda tener efectos secundarios en usted, solicite a su médico se las escriban.**

Esto ayudará a que usted esté preparado y a reconocerlos más fácilmente si aparecen.

### **Internaciones**

- 9) **Si tiene la opción, elija un hospital en el que muchos pacientes ya han recibido el procedimiento o la operación que usted necesita.**

Consulte a su médico de confianza cuál es el que ofrece la mejor atención y seguridad.

- 10) **Si está en un hospital, considere preguntar a quienes lo atienden y tienen contacto directo con usted si se han lavado las manos.**

Lavarse las manos previene las infecciones dentro de los hospitales, la pregunta ayuda a que se cumpla la norma.

- 11) **Cuando se le dé el alta de un hospital, pida a su médico que le explique el plan de tratamiento que necesitará en su casa.**

Esto incluye aprender lo necesario en cuanto a los medicamentos y averiguar cuándo puede volver a hacer sus actividades normales.

### **Operaciones**

- 12) **Si lo van a operar, tiene que estar seguro de que su cirujano y usted están de acuerdo y tienen claro exactamente lo que se va a hacer.**

Antes de la operación, pregúntele a su médico lo siguiente:

¿Qué operación recomienda usted?

¿Por qué necesito la operación?

¿Existen alternativas de cirugía?

¿Cuáles son los beneficios de la operación?

¿Cuáles son los riesgos de la operación?

¿Qué sucederá si no me opero?

¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?

¿Cuál ha sido su experiencia con esta operación?

¿Cuántas operaciones de este tipo ha realizado?

¿Dónde se hará la operación?

¿Qué clase de anestesia necesitaré?

¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme?

¿Cuánto costará la operación?

Hacer la operación en la parte equivocada del cuerpo es raro, pero sucede. Recuérdele al cirujano y ayudantes el lado correcto, en el quirófano.

Si quiere asegurarse y su cirujano no lo hizo previamente, solicite le marque el lado a operar con fibra indeleble.

### **Otras**

#### **13) Exprese sus dudas y preocupaciones. Anótelas antes de la consulta para no olvidarse ninguna.**

Respecto del “**Consentimiento informado**”, lea detalladamente el mismo, si es preimpreso y general (o sea si se utiliza para cualquier práctica u operación) pregunte a su médico si no cuentan con el modelo que ya muchas asociaciones médicas proponen para su especialidad y para la patología en particular, donde usted puede enterarse de aspectos de su enfermedad, distintas posibilidades terapéuticas, riesgos propios de la intervención, etc., pudiendo agregarse si fue consentido y/o consensuado, algún comentario o decisión que resulte relevante.

Salvo en urgencias lleve el modelo de consentimiento a su hogar, léalo y/o estúdielo con algún familiar o amigo y anote sus dudas para preguntarle a su profesional en la próxima consulta. *(Se adjunta un modelo en el capítulo 7)*

#### **14) Asegúrese que su médico personal y/o de confianza esté informado, si usted tiene muchos problemas de salud y/o está internado, la comunicación entre éste y los profesionales de la institución será muy beneficiosa.**

#### **15) Asegúrese que todos los profesionales involucrados en su cuidado cuenten con toda la información necesaria. No asuma que todos saben lo que deberían saber.**

#### **16) Pida a un familiar o amigo que lo acompañe. Podrá ayudarlo a hacer preguntas y a entender las respuestas.**

Incluso si piensa que no necesita ayuda ahora, puede ser que la necesite más tarde.

**17) Ante un examen solicitado pregunte:**

¿Cómo se realizará la prueba?

¿Qué tipo de información proporcionará la prueba?

¿Es ésta la única manera de obtener esa información?

¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de este examen?

¿Qué tan precisa es la prueba?

¿Qué necesito hacer para prepararme para la prueba? (lo que usted hace o no, puede afectar la exactitud de los resultados del examen.)

¿Me hará sentir incómodo el examen?

¿Cuánto tiempo tengo que esperar para obtener resultados y cómo los obtendré?

¿Cuál es el próximo paso después del examen?

**18) Si le hacen un examen, no asuma que el que no le den noticias indica que todo está bien.**

Pida usted mismo los resultados o solicite el informe de ellos a su médico.

**19) Aprenda sobre su condición y/o tratamientos haciendo preguntas a su médico y/o enfermera y/o usando otras fuentes basadas en evidencia científica, así las decisiones serán consensuadas. Salvo que acepte un rol pasivo en su relación médico-paciente.**

**20) Cuando tenga algún problema, duda, queja, etc., que no le pueden o quieren solucionar o aclarar, no dude en ir al nivel jerárquico superior hasta que la misma sea resuelta o aclarada.**

En el capítulo 2, en las Recomendaciones del AHRQ, el lector encontrará las recomendaciones sobre aproximadamente 11 aspectos que hacen a la atención médica y que se consideraron los más importantes para compartir.

En el resto de los capítulos los temas serán abordados siguiendo la secuencia que consideré más lógica para alcanzar los conocimientos necesarios para prevenir, evitar, entender y enfrentar los errores en medicina y poder mejorar la seguridad de la atención médica, esperando cumplir con la misión, visión y valores enunciados en el epílogo.

# CAPÍTULO 1

## LOS ERRORES EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Con el objeto de que cuando se analice o discuta sobre “*el error en medicina y la seguridad de los pacientes*”, tanto los pacientes y/o familiares, tengan el mismo nivel de información o conocimiento, para que juntos o separados puedan entender la esencia de los problemas y del medio donde estos suceden, en la búsqueda de soluciones alternativas prácticas para beneficio de todos, el glosario de la introducción puede no ser suficiente.

Por ello nos detendremos para clarificar un poco más algunos aspectos relevantes sobre los errores y los sistemas de salud, sus orígenes y distintos tipos de financiación tanto propios como de otras naciones.

Dejando para el final del capítulo lo que considero una joyita y que subtitularemos “El narcisismo médico”, que permitirá entender mucho más la siempre bien deseada relación médico-paciente.

### ENTENDIENDO LOS ERRORES

En nuestra vida cotidiana infinidad de veces utilizamos palabras sin saber exactamente qué significan, dado que ello no interfiere en nuestra comunicación, ni afecta nuestros resultados. En ciertas ocasiones debemos conocer y precisar el término utilizado, lo que no siempre es fácil, dado que la palabra proviene de otra lengua, o es un término utilizado en algunas áreas de negocios o del comercio en inglés y ni siquiera tiene traducción literal en su lengua de origen, pudiendo sólo encontrarla en diccionarios específicos. Otras veces las palabras o frases tienen entidad propia, distinta a lo que simplemente representan.

Con la palabra error en general y error médico en particular esto sucede frecuentemente. La definición de la palabra error según el Gran Diccionario Salvat es: Concepto equivocado, juicio falso, acción desacertada o equivocada (de buena fe). En el caso de mediciones de algún tipo, se denominan *accidentales* cuando son cometidos al realizar la medición, en cambio *sistemáti-*

cos cuando se deben al aparato o método utilizado. En relación a nuestro problema específico utilizaremos la siguiente:

**“Un error es un acto u omisión que lleva o puede llevar a un resultado imprevisto y no deseado”.**

Analizando los componentes de esta definición observamos que menciona **“acto u omisión”**, entendiéndose por el primero una acción o comportamiento activo. Y por el segundo a un comportamiento pasivo, como podría ser un olvido o la no aplicación de una norma vigente. Hay ocasiones en que se deben registrar comportamientos activos para que no parezcan omisiones. Siempre uso el ejemplo: “que no es lo mismo indicar ayuno, que no darle de comer a un paciente”, aunque en la práctica el resultado de uno u otro sea el mismo.

El otro componente a analizar es el término **“resultado no deseado”**. Personalmente considero que si bien éste se adapta al tema de la responsabilidad no es una variable excluyente, pues si un error se comete, y por alguna razón no se produce un resultado no deseado, el error continúa existiendo y no definirlo como tal impediría detectarlo, y por lo tanto corregirlo y/o evitarlo.

Se dejó para el final el término o concepto de **“resultado imprevisto”** por considerarlo el más importante. Si un resultado fue previsto, cuidadosamente se analizó su alcance o consecuencia, se aceptó conciente y formalmente el riesgo y se lo asumió luego de un correcto análisis costo/beneficio, esto no puede ser considerado error.

La jurisprudencia establece que estando las opiniones divididas no es error elegir algunas de las opciones que se ofrecen, científicamente aceptadas.

Aunque nos salgamos parcialmente del tema, este es un buen momento para aclarar que **“se comete un error”**, si no se comparte con el paciente o su familia la toma de decisión de ese riesgo (y se lo documenta correctamente), si aceptamos como corresponde y establece la bioética que el paciente capaz, tiene plena autonomía y ya dejó de ser un simple receptor de tratamientos, para erigirse en socio del plan terapéutico.

Queda sólo por completar el análisis de la palabra **“imprevisto”** en aquellas situaciones en las que el resultado no podía ser previsto, y aquí quedaría por decidir si esta situación no podría directamente clasificarse como **“caso fortuito”** que por definición **es el hecho no previsible y/o aún previsible no es evitable**. Que como ya veremos y también lo acepta la jurisprudencia, eximiría de la responsabilidad profesional; si se prueba el origen “extraño” del hecho.

El análisis del error en base a las teorías psicológicas es muy útil ya que lo aborda desde el punto de vista de las conductas.

Muchas veces resulta difícil establecer la diferencia entre un obrero y un empleado, si es que las hay, sin embargo cuando estaba realizando el Curso Superior de Medicina Legal, alguien me acercó una definición que parecía al menos coherente: “Empleado es aquel que en el trabajo debe utilizar más del 50% de su capacidad intelectual y el obrero quien supera este 50% en actividades que no la requieren”.

Traigo esto a cuento, dado que existen teorías psicológicas que dividen la actividad laboral en dos, aquellas en la que priman las **“conductas atencionales”** y en las que priman las **“conductas esquemáticas”** cuya importancia en la génesis de los errores debemos conocer.

Como en el caso del empleado y el obrero esto no puede ser tomado rígidamente, todas las actividades tienen parte de una y de otra, y las cantidades de cada una no sólo pueden variar en el tiempo, sino ante diversas circunstancias en un mismo momento.

En las conductas atencionales prevalecen las actividades concientes, en tanto en las esquemáticas, las inconscientes. Cuando uno comienza a manejar toda la actividad es conciente, con el tiempo y el aprendizaje se convierten en inconscientes. Las conductas atencionales requieren un importante esfuerzo mental, son en medicina por ejemplo las que permiten que lleguemos a un diagnóstico de certeza, las que nos permiten elaborar un plan terapéutico, decidir una conducta quirúrgica, ante un hallazgo inesperado en una operación, o decidir un plan sanitario ante la realidad observada en una población. Las conductas esquemáticas, por el contrario, son más automáticas, se siguen según una rutina preestablecida.

El aumento de la eficiencia, o si queremos de la productividad gracias a las conductas esquemáticas, se aplica en la industria desde hace muchísimos años y tiene a Adam Smith como a su precursor, quien la describe en su libro “La Riqueza de las Naciones” ya en el año 1776. En medicina, la automatización ha permitido alcanzar resultados impensables en procesos que antes se realizaban manualmente.

Establecer que una conducta es mejor que otra o que se excluyen sería desconocer que en algunas actividades o momentos puntuales, se utilizan ambas, y que cada una de ellas tiene sus virtudes y sus defectos. De noche, con lluvia intensa y mucho tránsito, casi todos estamos en estado de alerta y predomina

mina un estado de conciencia en la conducción de nuestro vehículo. Por otro lado muchas veces conducimos en una forma tan automática, que cuando nos damos cuenta nos pasamos de largo de la salida que debíamos tomar. Como en todos los órdenes de la vida, debe existir un equilibrio y el análisis psicológico de las conductas no escapa a esta concepción.

Promover en medicina conductas esquemáticas, reduciendo las atencionales, debería reducir algunos errores. Esa es la idea de los flujogramas, los algoritmos, las normatizaciones, los manuales de procedimientos, los protocolos, etc. Reconociendo que los mismos deben permitir cierta flexibilidad y un estricto control y vigilancia.

El entrenamiento militar, algunos cursos en la aviación o en medicina, tienden a lograr que el individuo, aún en situación de crisis (donde tal vez su nivel conciente esté afectado), al menos reaccione con las conductas esquemáticas aprendidas.

Las conductas atencionales, que se caracterizan por el pensamiento, el análisis y la planificación conciente, necesitan de colaboración. Tales como interconsultas, ateneos, presentación del caso, etc., o simplemente compartir. Las conductas atencionales generan la sensación de esfuerzo mental compensada por otra de satisfacción intelectual. Las conductas esquemáticas en general son monótonas y poco gratificantes requiriendo vigilancia y control. Aquellas actividades médicas que requieren conductas atencionales, no pueden quedar en manos de profesionales o personal inexperto, dado que la impericia es generadora de errores importantes, y es por ello que el personal en entrenamiento debe ser siempre supervisado. No realizar esta supervisión puede generar culpa por imprudencia o por negligencia.

Las actividades esquemáticas, por su lado están más expuestas a producir errores, como consecuencia de la fatiga, el stress o la distracción; por ello requieren la vigilancia. La vigilancia es una conducta netamente atencional.

Algunos autores para diferenciar los errores según de que tipo de conducta provenga, los denominan como desliz o lapsus (en las esquemáticas) y falla o falta (en las atencionales). La falta que supone una elección incorrecta, suele responder a un conocimiento insuficiente, a la interpretación incorrecta de la información disponible o a la aplicación de una norma equivocada.

En algunos trabajos científicos se analizaron los resultados por ejemplo en traslados prehospitalario e interhospitalario realizados por personal médico comparándolo con los efectuados por paramédicos y/o enfermeras. Siendo el

resultado en el caso de estos últimos mejores. Se concluyó que esto era debido a que por formación se apegaban más a las normas y manuales de procedimientos (conductas esquemáticas).

Dentro de las causas que pueden alterar las conductas atencionales y/o las esquemáticas, y por ende producir errores médicos, se encuentra el **Síndrome de Burn-out (quemado o agotado por el trabajo)** que es un cuadro psicológico que aparece especialmente a los profesionales de ayuda (trabajadores de la salud, educadores, etc.).

Entre sus causas principales, como lo ha señalado María Isabel Pérez Jáuregui (Prof. Tit. de la Facultad de Psicología y Pedagogía de la Universidad del Salvador) se puede mencionar:

- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor, la muerte.
- La caída del valor social de la profesión de nuestro país.
- La sobrecarga laboral debida al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- La merma de las retribuciones y estímulos de distinto tipo.
- La cada vez más inquietante amenaza de padecer juicio por mala praxis.
- El resolver dilemas éticos resultantes de nuevas tecnologías.

Se reconocen como factores que pueden llevar a experimentar **estrés laboral** los que se enumeran:

- La naturaleza de la tarea.
- La variable organizacional e institucional.
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).
- La variable individual (perfil psicológico del profesional).

Los signos de inicio de este cuadro son: ansiedad, fatiga, irritabilidad, que en general pasan inadvertidos para el individuo pero son evidentes para quienes componen el entorno.

Maslach (1981) describió las características principales:

- Cansancio y desgaste emocional, pérdida de energía tanto física como psíquica.
- Despersonalización en relación al entorno con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

Hay factores cotidianos que pueden conducir a la producción de errores.

Incluyo un artículo reciente relacionado con el tema y otros dos en donde puede verse claramente los tipos de conductas predominantes, atencionales y esquemáticas respectivamente, nótese cómo en el último caso un efectivo control podría haber evitado la catástrofe.

### **The New York Time - La Nación. Ciencia y Salud. 26/03/2007**

Hacer muchas cosas a la vez disminuye la eficiencia y la rapidez, lo retrasa y aumenta la posibilidad de que cometa errores, según dice David E. Meyer, científico cognitivo de la Universidad de Michigan. Las interrupciones son mal negocio desde el punto de vista de nuestra capacidad de procesar información. La eficiencia del cerebro disminuye al realizar dos tareas al mismo tiempo (incluso una llamada telefónica).

Pese a que la creencia tradicional es que los jóvenes son más hábiles para hacer varias cosas al mismo tiempo esto no pudo ser comprobado científicamente. Ya que se constató que las personas mayores piensan más despacio, pero tienen una inteligencia más rápida y fluida, de modo que pueden bloquear mejor las interrupciones y elegir en que concentrarse.

Fue sorprendente el tiempo promedio que se constató le tomaba por ejemplo a empleados estudiados volver a trabajar luego de ser interrumpidos (15 minutos promedio). Así como lo fácil que se distraen y después tardan en volver a su tarea.

### **Télam.**

#### **Un error de traducción provocó 4 muertes en un hospital francés**

*Y 19 personas con cáncer de próstata presentaron complicaciones de distinta gravedad. Esto fue debido a una sobredosis de Rayos X, porque las instrucciones para el uso del software médico estaban mal traducidas.*

El caso se produjo entre mayo de 2004 y agosto de 2005. Lo traigo a consideración para que el lector tenga la visión sistémica que tanto mencionamos, donde el error en un proceso, tal vez propio más de un subsistema dentro del sistema de salud o de otro sistema distinto que entra en una interfase en el sistema de salud, puede afectar los resultados.

Este caso es típico de un error en medicina no atribuible a los profesionales de la salud, pero que no es fortuito porque se podría haber previsto y aun no previsto, evitado. Cuál hubiese sido el control necesario para evitarlo, surgirá de analizar pormenorizadamente el caso y realizar el examen de la causa

raíz o causa efecto o multicausal.

Tal vez si los proveedores hubieran mandado un técnico o representante para instruir a los compradores o estos hubieran enviado a alguien a capacitarse en algún centro o en la fábrica esto no hubiese sucedido. Esperemos que la lección, a un costo muy alto, haya sido aprendida.

Clarín - 06/05/2007

### **Tragedia en un hospital de Italia.**

#### **Falla en tubos de oxígeno: 8 muertos.**

*Ocho pacientes murieron en las últimas dos semanas en un hospital del sur de Italia después de que se les suministrara gas venenoso por error. Es que hubo una confusión en la conexión de tubos de oxígeno de la sala de cuidados intensivos, según una denuncia que investiga la fiscalía italiana.*

El caso trascendió el viernes tras la muerte de una mujer de 73 años, hospitalizada en la unidad de terapia intensiva coronaria, un pabellón inaugurado el 20 de abril, donde había 21 personas. La mujer, cuyo estado no era grave, murió, según parece, luego de que le dieron protóxido de nitrógeno (un gas que se usa como anestésico) a través de los tubos de oxígeno.

El director sanitario de la unidad médica local de la Ciudad de Táranto, Marco Urago, dijo ayer que “la presencia de protóxido de ázote (nitrógeno) fue causada por un error de conexión” en la línea de oxígeno a otra de distribución de ese gas.

El jefe del gobierno italiano, Romano Prodi, pidió hacer un análisis puntual de las responsabilidades: “Es necesario examinar seriamente lo que ocurrió y tomar las medidas consecuentes”, agregó. “Tenemos que trabajar para que episodios como estos no tapen lo bueno que hay en un sistema de salud como el italiano”, dijo Prodi.

La alarma sobre la situación en el hospital del sur del país fue lanzada por Urago, mientras que la hipótesis de delito sobre la cual investiga la justicia es la de homicidio culposo múltiple contra desconocidos.

## **LOS SISTEMAS DE SALUD**

Los sistemas de salud, según la teoría de sistemas, presentada en Chicago en el año 1937, están compuestos por el conjunto de cosas (materiales, huma-

nas, inmuebles, etc.) que ordenadamente relacionadas, contribuyen a un determinado objetivo, en este caso brindar salud. Las actividades que producen el resultado o la dinámica con la que se logran los objetivos en un sistema se denomina proceso. Las cosas y fenómenos exteriores al sistema se denominan ambiente.

Esta aclaración permitirá entender que cuando nos referimos a un error en medicina, estamos hablando de un error en alguno de los procesos que en el sistema se desarrollan. Sin embargo cuando hablamos de que el sistema de salud no es seguro o es deficiente, podemos incluir además de los procesos a algunos de los elementos que lo componen (equipamiento, instalaciones, instrumental, etc).

Cuando mencionamos que algunos profesionales de la medicina vienen de la facultad mal formados, nos encontramos con un elemento o resultado que corresponde al ambiente externo del sistema de salud, pero que a su vez es parte de un sistema propio denominado el sistema educativo.

Cuando un médico es demandado por mala praxis, es porque deberá responder por sus actos en el ejercicio de su profesión ante el sistema judicial. Un paciente pobre, desocupado y sin un aceptable grado de instrucción, es producto del medio o ambiente exterior al sistema de salud, pero cuando por algún motivo ingresa al mismo esa pesada carga puede ser decisiva en lo que a resultados esperados se refiere.

Así como bajos salarios para los profesionales de salud, por razones de políticas económicas nacionales o provinciales influirán en el tipo de profesional que se contrata y el tipo de atención que se brinda, contemplar todos los elementos de la realidad, siguiendo esta metodología de análisis es lo que se denomina **visión sistémica**.

No podemos siquiera comenzar a analizar un tema como el del error en la medicina y la seguridad de los pacientes, si no lo hacemos con una visión sistémica. Menos aun comparar sistemas de salud entre distintos países o aun dentro del mismo, si es que existen, como en el nuestro, distintos subsistemas de salud, como ser el subsistema público, el de obras sociales, el de Pami, el de las prepagas, etc., donde los errores se producen en relación inversamente proporcional a la seguridad que ofrecen.

Tampoco podemos abstraernos y desconocer como ha evolucionado la medicina desde sus comienzos hasta nuestros días, dado que esta transformación fue la que ha marcado el desarrollo de una personalidad muy especial,

entre quienes ejercen la medicina. Partiendo de aquellas sociedades en donde los médicos eran sacerdotes a otras en donde eran brujos, con algo en común: ambos eran intermediarios entre la enfermedad y las fuerzas sobrenaturales.

Recién en Grecia, con la escuela de Hipócrates, 400 años A.C., la medicina alcanza un carácter más racional y los médicos la categoría de artesanos que trabajaban para ganarse la vida. Con el Renacimiento sobrevienen la creación de universidades y la elaboración y difusión de libros.

Llegamos al siglo XIX donde el médico era miembro de una profesión liberal altamente respetada, los hospitales eran exclusivamente caritativos y sus médicos trabajaban sin remuneración. Surge la medicina preventiva. Nacen los sistemas de seguro en el transporte marítimo. Con el desarrollo de la tecnología y la industrialización la medicina se hace más costosa, originándose en Europa, para afrontarla, el seguro social y con el, el concepto moderno de la seguridad social.

Con los años el desarrollo de las especializaciones médicas, el incremento incesante de los costos y la necesidad de una mejor y mayor planificación y organización ante el desarrollo tecnológico genera los distintos modelos de sistemas de salud tal cual hoy los conocemos, los que se clasifican fundamentalmente según quien financia.

En el financiamiento público los recursos provienen de los impuestos, en el de la seguridad social de los sueldos de los trabajadores (obras sociales) y en el privado, del aporte voluntario en forma de seguro (prepagas) o del pago directo por prestaciones recibidas.

Los países más importantes que tienen sistemas nacionales de salud, con financiación pública y donde los profesionales son empleados públicos, son Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, Canadá, Grecia, Italia, Portugal y España. Estados Unidos tiene un modelo de seguros privados contratado voluntariamente por las personas o los empleadores, dentro de los aproximadamente 1.500 planes de seguro privado y 175.000 planes de autoseguro del empleador.

Este modelo deja sin cobertura aproximadamente a un 14-17 % de la población (unas 40 millones de personas), quienes son atendidas en hospitales de la comunidad, salvo en las urgencias, donde (en teoría) cualquier hospital debe brindar la atención necesaria para solucionarlas. Para los pobres existe un programa nacional denominado Medicaid y para los ancianos otro denominado Medicare (similar a nuestro Pami).

El informe IOM *“To err is human: construyendo un sistema de salud seguro”*, demostró entre otras cosas que el costo nacional que producían los errores médicos era de 17.000 o 29.000 millones de dólares al año sólo en Estados Unidos, variando según se tome el estudio de Nueva York o Colorado en la proyección.

**¿Quién paga por los errores médicos** según los distintos subsistemas o sistemas de salud en el cual tengan lugar?

Previamente a dar la respuesta, debo aclarar, para que no quede ninguna duda, que cuando se utiliza la palabra pagar nos referimos exclusivamente a quien financia. Ya que la otra percepción más vulgar de la palabra pagar, no económica, sino utilizada como sinónimo de sufrir las consecuencias o ser damnificado, siempre ante un error médico es el paciente y no importa si es uno de los 44.000 o 98.000 fallecidos anualmente en los Estados Unidos, o uno de los no contabilizados nuestros, siempre serán para su familia el 100% y no el 0,3% pretendido por alguna estadística o por nosotros mismos como mecanismo de defensa psicológico.

En el sistema público los errores médicos, sea en forma de indemnización, por aumento de los días de estada, por reoperaciones y/o medicamentos extras, lo financian todos los contribuyentes. Una mínima parte la abonan los profesionales o sus seguros, sólo en caso de que hubiesen sido demandados, pero en general es el Estado quien paga parte importante del juicio y todos los otros costos mencionados, que no son menores. En el caso de la obras sociales, el que termina financiando es el afiliado, aunque lo haga en forma indirecta con la pérdida de algún otro servicio que su obra social hubiese podido darle si no hubiese tenido que abonar el costo del error. En el caso de las prepagas o de los seguros de salud privados, la cosa cambia, pues siendo organizaciones con fines de lucro, quien financia el costo del error médico es el mismo que se beneficia con las ganancias. No confundir las organizaciones de seguros de salud (prepagas) con las organizaciones o compañías de seguros que cubren el riesgo de la mal praxis, pues ellas son como la banca en el casino, nunca pierden y menos aún en nuestro país, pues existen topes indemnizatorios, topes de juicios o siniestros por año o por organización de salud asegurada, y además por ser expertos en cálculo de riesgo, cuando éste supera la media, o aumentan la prima o prefieren perder el cliente y/o retirarse del mercado.

## EL NARCISISMO MÉDICO

Debo confesarle a los lectores que nunca había escuchado hablar hasta hace un par de años sobre el narcisismo médico, cuando me informan que en el año 2005 salió publicado, por Jones and Bartleh, el libro de John Banja, experto en bioética titulado “*Medical Errors and Medical Narcissism*” (y que obviamente mandé a comprar de inmediato). Este autor define dos tipos de narcisismo, el normal y el patológico, aclarando que es muy difícil encontrarlos en sus formas puras únicamente.

El narcisismo médico se caracteriza por falta de empatía con el paciente, centrarse en la enfermedad y no en el enfermo. Una relación médico paciente, en donde el primero controla todo con el objeto de evitar ansiedad y disconfor, como mecanismo de autoprotección, por lo cual por ejemplo el tan pedido *Disclosure* (revelar la existencia de un error al paciente o su familia) es casi imposible, dado que existiría una racionalización o confabulación con ocultamiento, ante la perspectiva de ser sometido a juicio por ser honesto.

En cuanto a qué es sano y qué patológico, no hay nada de patológico en sentirse frustrado, enojado o deprimido. Según el autor y en base a encuestas realizadas entre médicos, el sano narcisismo fue verificado en personas con alta autoestima con razonable y ajustado estado psicológico. Los rasgos más típicos del narcisismo son sentimiento de superioridad, autoridad, perfección, autoadmiración y arrogancia.

Para aquellos que no lo conocen o no lo recuerdan, y de paso nos tomamos un “descanso”, les cuento que dice la mitología griega de Narciso (para algunos el episodio más bello desde el punto de vista literario dentro de los relatos mitológicos): hijo del dios del río Cefiso y de la ninfa Liríope, cuando nació, sus padres consultaron al adivino Tiresias que dio la siguiente respuesta: “Vivirá hasta viejo, si no se contempla a sí mismo”. A causa de su gran belleza, tanto doncellas como muchachos se enamoraban de Narciso, pero él rechazaba sus insinuaciones. Entre las jóvenes heridas por su amor estaba la ninfa Eco, quien había disgustado a Hera y esta le había condenado a repetir las últimas palabras de lo que se le dijera. Eco fue, por tanto, incapaz de hablarle a Narciso de su amor, pero un día, cuando estaba caminando por el bosque, él preguntó: “¿Hay alguien aquí?”, Eco contenta respondió: “Aquí, aquí”. Incapaz de verla oculta entre los árboles, Narciso le gritó: “Ven”. Después de responder “Ven, ven”, Eco salió de entre los árboles con los bra-

zos abiertos. Narciso cruelmente se negó a aceptar el amor de ella; la ninfa estaba tan apenada que se ocultó en una cueva y allí se consumió hasta que nada quedó de ella salvo su voz. Para castigar a Narciso, Némesis, la diosa de la venganza, hizo que se apasionara de su propia imagen reflejada en una fuente. En una contemplación absorta, incapaz de apartarse de su imagen, acabó arrojándose a las aguas. En el sitio donde su cuerpo había caído creció una hermosa flor, que hizo honor al nombre y la memoria de Narciso”.

Volviendo entonces al tema, el límite entre el narcisismo sano y el patológico sería una sana autoestima, crucial para diferenciar, por ejemplo, la ansiedad por un liderazgo, por sano orgullo y confianza en sí mismo o por ser emocionalmente frágil, explosivo e implacablemente intentar probar su valor en el mundo. El sano, si bien tolera poco a quien no lo respeta, no lo odia. Se siente mal cuando falla, pero procede al análisis y luego se recobra.

Algunas de las características de los médicos narcisistas patológicos son:

- Nosotros sabemos todo y tenemos el control total.
- No hay poder más grande que el conocimiento médico, nosotros somos lo que hacemos.
- Nosotros decidimos dedicarnos enteramente a la medicina a costa de nuestro propio cuidado.
- Nosotros incorporamos todos los avances científicos y de investigaciones.
- Nuestro disconfor es por otras personas, lugares o cosas, nunca por nuestra debilidad.
- Nosotros nunca tenemos dudas ni sentimientos negativos.
- Nunca mostramos nuestros errores, temores o sentimientos inadecuados.
- Tenemos registradas las personas, lugares y cosas que nos trastornan.
- Siempre actuamos como si todo estuviese bien.
- Vivimos la vida según nuestros propios términos.
- Estamos tan orgullosos de nosotros mismos, que recomendamos a nuestros discípulos actuar y sentir de la misma forma.

Sin necesidad de tener una personalidad narcisista patológica, con las características que describamos previamente, es común entre los profesionales médicos:

- Mantener distancia para evitar que el paciente transfiera su dolor o sufrimiento.
- Parecer siempre totalmente competente sin mostrar debilidades, nunca admitiendo ignorancia o dudas.
- Siempre dirigir y controlar la conversación con los pacientes.
- Usar el poder que otorga el guardapolvo blanco para dirigir como el paciente debe conducirse.

En general podríamos afirmar que el narcisismo médico es un estilo defensivo del profesional, algunos piensan que ya lo traen o adoptaron desde la infancia. Principalmente los varones se definen a ellos mismos primero como médicos, y luego como padres o esposos, o sea que su vida gira sobre la medicina. Esto los lleva a la omnipotencia de pensar que cuando salen de la facultad ya saben todo, aunque no estén capacitados. Se centran en el tratamiento y no en el paciente, como un escudo, y así no ven el sufrimiento de la persona. Y asumen los errores como parte normal del aprendizaje, racionalizando su ocultamiento.

Su compulsión y perfeccionismo en general los convierte en exitosos, pero viven en el límite porque se combina un exagerado sentido de la responsabilidad con exagerado miedo a fallar. El narcisista patológico no puede tolerar equivocarse, ni ser mediocre o sólo promedio. Si alguien se conflictúa cuando comete un error es el compulsivo, porque siente mucha culpa. No buscará el perdón del paciente o revelará el error por estar convencido del derecho del paciente. Tal vez sí, entre pares, como por ejemplo en un ateneo médico podría admitirlo, esperando el perdón de los mismos, lo que realimentará su ego.

Sin intentar realizar una defensa corporativa, no puedo dejar de resaltar luego de este tema, que quien escribe y los cientos de profesionales cuyas investigaciones aquí se citan, también somos médicos (narcisistas o no) lo que sucede es que el error en medicina desde el punto de vista de los pacientes difiere con el punto de vista de los profesionales de la salud, hasta que estos o sus familiares se encuentran del otro lado de la cama o de la mesa del quirófano. Esto, en el libro "*Medical Error*", de Rosenthal y Sutcliffe (Ed. Jossey Boss - 2002) los autores lo reflejan claramente en su capítulo quinto, cuando relatan tres experiencias donde existieron errores, protagonizadas por médicos y sus familiares.

Algunas otras consideraciones pertinentes, del mismo capítulo, servirán al

lector al momento de arribar a sus propias conclusiones sobre el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, por ello aunque muy brevemente se las transcribe:

- Eliot Freidson, médico sociólogo, dijo: “El beneficio de la duda se le da al actuar médico” (en lo que a errores médicos se refiere). El argumento dado es que nadie quiere matar o dañar a un paciente. Pero tal vez las buenas intenciones no son suficientes, estas no reemplazan a una buena actuación.
- La medicina siempre se enmarcó entre una combinación de arte y ciencia. El hecho de que por no seguirse normas o guías preparadas y fundadas en la medicina basada en la evidencia y los resultados de las mejores prácticas, se produzcan miles de muertes al año, llevan a la conclusión que en esa asociación el lado de la ciencia debe ser lo suficientemente fuerte para reducir los errores que diariamente se producen en la práctica de la medicina.
- Pese a la cantidad de errores en medicina no se ve a los profesionales lanzados con todas sus fuerzas para reducirlos. Por otro lado son víctimas de demandas porque los pacientes no entienden que hay errores o complicaciones inevitables.
- La voz de los pacientes es uno de los elementos más importantes para lograr cambios y mejoras en los sistemas de atención médica, si esta se hace oír. Relata el caso de la muerte de Lobby Zion, hija de un famoso reportero del New York Time, relacionada con el actuar de médicos residentes cansados y con exceso de trabajo. El escándalo que produjo en la sociedad condujo a que se estableciera por ley la limitación de las horas de trabajo de los residentes.
- Hay un grupo pequeño de médicos que son drogadictos, alcohólicos y/o mentalmente perturbados, que son los que perjudican al sistema y la reputación de los más del 95 % que están bien entrenados, trabajan duro pero que a veces debido a imperfecciones propias del ser humano o por un mal diseñado sistema de salud, cometen un error. Diferencian también una buena decisión pero pobremente ejecutada y que provoca un daño y una mala decisión.
- Los avances tecnológicos podrán evitar muchísimos errores, pero muy pocos los contratarán o pondrán en práctica voluntariamente, si no hay una presión del público o económica. En nuestro medio sobran los ejemplos en todos los ámbitos en donde la falta de mantenimiento argumentando razones económicas, son, podríamos decir, toleradas o aceptadas hasta que un

accidente y/o la presión de la prensa y los medios los pone en evidencia, luego de lo cual los recursos mágica o rápidamente aparecen.

- Hay consenso en que para mejorar el sistema en relación a los errores en medicina es necesario cambiar también el sistema de resolución de conflictos y/o juicios de mala praxis.



## **CAPÍTULO 2**

### **LAS RECOMENDACIONES PARA PACIENTES DEL AHRQ**

Como ya se ha mencionado este libro es producto de una intensa y extensa búsqueda bibliográfica de información sobre el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, realizada durante años y a la cual se le ha agregado la experiencia personal tanto en el ámbito hospitalario como judicial y las consideraciones que me permito luego de tantos años de ejercicio de la profesión, de la medicina legal y de la administración sanitaria.

Salvo las recomendaciones colocadas en la introducción, que son un breve resumen de las que aquí se transcriben, todas estas se publican en internet (además se ofrecen en forma de folletos gratuitos en inglés y español en el e-mail [ahrqpubs@ahrq.hhs.gov](mailto:ahrqpubs@ahrq.hhs.gov)) al igual que otras informaciones acerca de los errores médicos en inglés en [www.ahrq.gov/qual/errorsix.html](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.html). Mi agradecimiento a la distancia por poder difundirlas es mínimo en comparación a todos los conocimientos, informaciones y avances en el tema que la AHRQ hizo posibles; y cuya confianza espero no defraudar.

AHRQ son las siglas de Agency for Healthcare Research and Quality del Departamento de Salud de los Estados Unidos, cuya misión es mejorar la calidad, la seguridad, la eficiencia y la efectividad en el sistema de atención médica, utilizando para mejorarla la evidencia científica, por medio de la investigación y transformando esta última en la práctica.

Es una fuente de financiamiento importante y asistencia técnica para la investigación médica para universidades y otras instituciones. Y un socio cuando a trabajos se refiere, tanto con sectores públicos o privados, destinados a construir la base de conocimientos que puedan trasladarse a la práctica diaria y contribuir al desarrollo de guías o normas para la atención de la salud.

En resumen, las investigaciones que realiza tienen como objetivos identificar las formas más eficaces de organizar, de manejar, financiar y prestar los mejores (y de más alta calidad), servicios de salud, reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes.

Pero además el AHRQ da la información y la asistencia técnica a los gobiernos y legisladores tanto a nivel nacional como local y a otras agencias estatales, con el objeto de que se puedan desarrollar estrategias entre otras para reducir las disparidades en salud.

Conocida su procedencia que avala su seriedad y calidad, y concediéndome el derecho de manifestar mi sana envidia, me limito a transcribir textualmente las recomendaciones, aconsejando al lector mantenerlas actualizadas ingresando a la página correspondiente o bajar algunas que no fueron incluidas por ser más específicas, como son las guías: “Las mujeres y los medicamentos. Lo que usted necesita saber”, “Lista de verificación para su próximo reconocimiento médico”, “Guía para mantenerse saludable” u otras.

## **5 RECOMENDACIONES PARA RECIBIR UNA MEJOR ATENCIÓN MÉDICA:**

Paso 1: Pregunte si tiene dudas o preocupaciones.

Haga preguntas y asegúrese de que entiende las respuestas. Escoja a un médico de confianza. Invite a un familiar o amigo que pueda ayudarle a hacer preguntas y entender las respuestas.

Paso 2: Asegúrese de mantener y llevar al médico una lista de TODOS los remedios que toma.

Hable con su médico y con su farmacéutico sobre la importancia de mantener una lista de todos los remedios que toma. Incluya los remedios que están disponibles sin receta médica. Infórmeles acerca de cualquier tipo de alergia que tenga a medicamentos.

Pregúnteles sobre los riesgos de combinar los medicamentos y otros productos alimenticios. Lea siempre la etiqueta y las advertencias de sus medicamentos. Asegúrese de que le han dado la medicina que le ha recetado el médico y que sepa cómo usarla. Pregúntele al farmacéutico si la medicina se ve diferente a lo que usted esperaba.

Paso 3: Asegúrese de obtener los resultados de cualquier examen o análisis médico que le hagan.

Pregunte a su médico o enfermera cuándo y de qué manera recibirá los resultados de los exámenes realizados. No presuma que todo está bien si no los recibe cuando usted lo esperaba. Llame a su médico y pídale sus resulta-

dos, es su derecho. Pregunte también qué significan los resultados con respecto a su condición médica.

Paso 4: Hable con su doctor sobre cuál hospital es mejor para sus necesidades de salud.

Si puede escoger entre más de un hospital, pregúntele a su médico cuál ofrece la mejor atención y los mejores resultados para su condición. Asegúrese de entender las instrucciones para obtener el mejor cuidado de seguimiento cuando salga del hospital.

Paso 5: Asegúrese de entender qué sucederá si necesita tener cirugía.

Asegúrese de que su médico y su cirujano estén de acuerdo con lo que se hará durante la cirugía. Recuerde que, en muchos casos, el médico y el cirujano no son la misma persona. Antes de su cirugía, pregunte a su médico sobre quién será responsable de su cuidado mientras esté en el hospital. Pregunte a su cirujano qué le van a hacer, cuánto tiempo durará, qué sucederá y cómo se sentirá después de la cirugía. Informe al cirujano, a los anestesiólogos y a las enfermeras si tiene alergias o si alguna vez ha tenido una reacción adversa a la anestesia.

## **20 RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A PREVENIR LOS ERRORES MÉDICOS EN LOS NIÑOS:**

Los errores médicos son una de las causas principales de muertes y lesiones en el país. Las tasas de errores con medicamentos y de episodios de reacciones adversas a fármacos en niños hospitalizados fueron comparables a las tasas de los adultos hospitalizados en un estudio realizado en 2001 en la publicación *Journal of the American Medical Association*. Sin embargo, la tasa de posibles episodios de reacciones adversas a fármacos fue tres veces más alta en los niños, y todavía mucho más alta en bebés en las unidades neonatales de cuidado intensivo. Actualmente se están iniciando estudios de errores médicos fuera del entorno hospitalario. Esta hoja informativa tiene el objetivo de ayudar a los padres para que a su vez ayuden a sus hijos a evitar que se cometan errores médicos.

¿Qué son errores médicos?

Los errores médicos suceden cuando algo que estaba planeado como parte

de la atención médica no sale bien, o cuando inicialmente se usa un plan equivocado.

Los errores médicos pueden ocurrir en todas partes del sistema de atención médica:

Hospitales. Clínicas. Centros quirúrgicos de pacientes externos. Consultorios médicos.

Farmacias. Hogares de pacientes.

En los errores pueden estar implicados: Medicamentos. Cirugía. Diagnóstico. Equipo. Informes de laboratorio.

La mayoría de los errores son causados por problemas creados debido a la complejidad del sistema de atención médica de hoy en día. Pero los errores también ocurren cuando los médicos y sus pacientes tienen problemas para comunicarse. Por ejemplo, un estudio patrocinado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) descubrió que los médicos a menudo no hacen lo suficiente para ayudar a sus pacientes a tomar decisiones informadas. Los pacientes que no participan en el proceso ni están informados, tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento dé resultado.

### ¿Qué puede hacer?

Participe en la atención médica de su niño.

La manera más importante como puede ayudar a prevenir errores es ser un miembro activo del equipo de atención médica de su niño.

Esto significa participar en cada decisión que se tome respecto a la atención médica de su niño. La investigación indica que los padres que participan más en la atención médica de sus niños tienden a obtener mejores resultados. A continuación se encuentran algunas recomendaciones específicas basadas en las últimas pruebas científicas sobre lo que funciona mejor.

### Medicamentos

1. Asegúrese de que todos los médicos de su niño sepan todo lo que él o ella está tomando y cuánto pesa. Esto incluye medicamentos recetados y sin receta, y suplementos dietéticos como vitaminas y hierbas.
2. Por lo menos una vez al año, lleve todos los medicamentos y suplementos que toma su niño a su médico. Llevar los medicamentos de su niño puede ayudarle a usted y al médico a hablar de ellos y determinar si hay

algún problema. Conocer el historial de medicamentos y el peso de su niño puede ayudar al médico a mantener su expediente médico al día, lo que puede ayudar al niño a obtener una mejor atención médica.

3. Asegúrese de que el médico conozca las alergias que tiene el niño y cómo reacciona a los medicamentos.

Esto puede ayudarle a evitar algún medicamento que pueda hacerle daño al niño.

4. Cuando el médico le extienda una receta, asegúrese de que puede leerla. Si usted no puede leer la letra del médico, puede ser que el farmacéutico tampoco pueda hacerlo. Pídale al médico que use letra de molde para escribir el nombre del medicamento.

5. Cuando recoja el medicamento de su niño en la farmacia, pregunte: ¿es éste el medicamento que recetó el médico del niño?

Un estudio del Massachusetts College of Pharmacy and Allied Health Sciences descubrió que el 88 por ciento de los errores con medicamentos se debía al uso del medicamento equivocado o a una dosis incorrecta.

6. Pida información sobre el medicamento de su niño en términos que usted pueda entender, tanto cuando se receta el medicamento como cuando los reciba en el hospital o farmacia.

¿Cómo se llama el medicamento?

¿Para qué es el medicamento?

¿Es adecuada para mi niño la dosis de este medicamento basado en su peso?

¿Con qué frecuencia tiene que tomar el medicamento y por cuánto tiempo?

¿Qué efectos secundarios puede tener? ¿Qué hago si ocurren?

¿Es seguro que tome este medicamento mi niño además de los otros medicamentos o suplementos dietéticos?

¿Qué alimentos, bebidas o actividades debe evitar mi niño mientras esté tomando este medicamento?

¿Cuándo debe haber una mejoría?

7. Si tiene alguna duda acerca de las instrucciones en la etiqueta del medicamento de su niño, pregunte.

Las etiquetas de los medicamentos pueden ser difíciles de comprender. Por ejemplo, pregunte si “cuatro dosis diarias” quiere decir tomar una dosis cada 6 horas durante las 24 horas o sólo durante las horas en que su niño está despierto.

8. Pregúntele al farmacéutico cuál es el mejor dispositivo para medir las medicinas líquidas del niño. Además, pregunte como usar el dispositivo si no lo entiende.

Las investigaciones indican que muchas personas no entienden la manera correcta de medir los medicamentos líquidos. Por ejemplo, muchas personas usan cucharas domésticas, las cuales frecuentemente no son de la medida correcta de una cucharadita de líquido. Los dispositivos especiales, como las jeringas marcadas, ayudan a las personas a medir la dosis correcta. El que le expliquen cómo usarlo le ayuda aún más.

9. Pida que le den información por escrito sobre los efectos secundarios que puede causar el medicamento del niño.

Si sabe lo que podría pasar, estará mejor preparado si ocurre, o si sucede algo inesperado. De ese modo, usted puede informar inmediatamente el problema y obtener ayuda si empeora. Un estudio descubrió que la información escrita de los medicamentos puede ayudarles a las personas a reconocer el problema de los efectos secundarios. Si su niño sufre efectos secundarios, avísele inmediatamente al médico y al farmacéutico.

### Hospitalizaciones

10. Si tiene la opción, elija un hospital en donde se lleven a cabo muchas de las cirugías o procedimientos que su niño necesita.

Las investigaciones indican que los pacientes tienden a tener mejores resultados cuando se les trata en hospitales que tienen mucha experiencia en el tratamiento de sus enfermedades. Entérese sobre cuántos de estos procedimientos se han realizado en ese hospital. Mientras su niño esté hospitalizado, asegúrese de que él o ella siempre tenga puesto el brazalete de identificación.

11. Si su niño está hospitalizado, pregúntele a todo el personal de atención médica que tenga contacto directo con él o ella si se lavó las manos.

Lavarse las manos es una manera importante de evitar la diseminación de infecciones en los hospitales. Aun así, no se practica con regularidad o minuciosamente. Un estudio descubrió que cuando los pacientes verificaban si el personal médico se había lavado las manos, dichas personas se lavaron las manos más frecuentemente y con más jabón.

12. Cuando vayan a dar de alta a su niño, pídale al médico que le explique el plan de tratamiento que usted usará en casa.

Esto incluye aprender cuáles medicamentos tomará su niño y cuándo puede volver a sus actividades regulares. Las investigaciones muestran que al momento de dar de alta a un paciente, los médicos piensan que las personas entienden más de lo que en realidad entienden acerca de lo que deben y no deben hacer cuando regresan a su casa.

### Cirugía

13. Si su niño tendrá una cirugía, asegúrese de que su médico y el cirujano estén de acuerdo y quede bien claro lo que se va a hacer.  
Realizar una cirugía en el lugar equivocado (por ejemplo, operar la rodilla izquierda en lugar de la derecha) es raro, pero incluso una vez es demasiado. Las buenas noticias son que la cirugía en el lado equivocado puede prevenirse completamente. La American Academy of Orthopaedic Surgeons exhorta a sus miembros a poner sus iniciales directamente en el lugar que se operará antes de la cirugía.

### Otras medidas que puede tomar

14. No se quede callado si tiene preguntas o preocupaciones.  
Usted tiene el derecho a interrogar a cualquier persona que esté involucrada en la atención de su niño.
15. Asegúrese de saber quién está a cargo de la atención de su niño.  
Esto es especialmente importante si su niño tiene muchos problemas médicos o está hospitalizado.
16. Asegúrese de que todos los profesionales médicos que participan en la atención de su niño tengan toda la información importante acerca de él o ella.  
No suponga que todos saben todo lo que tienen que saber. No tema decirlo.
17. Pídale a un familiar o amigo que esté con usted y actúe como su defensor.  
Elija a alguien que pueda ayudar a que se hagan las cosas y que hable en su lugar si usted no está presente.
18. Pregunte para qué se está realizando cada análisis o procedimiento.  
Es buena idea enterarse de por qué se necesita un análisis o procedimiento y cómo puede ayudar. Podría ser que su niño no los necesite.
19. Si le realiza algún tipo de análisis a su niño, pregunte cuándo estarán disponibles los resultados.  
Si no le llama el médico o el laboratorio, llame y pida los resultados.

20. Infórmese acerca de la afección y el tratamiento de su niño preguntándole al médico y a la enfermera y usando todas las demás fuentes confiables. Pregunte al médico de su niño si el tratamiento está basado en los últimos descubrimientos científicos.

## **20 RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A PREVENIR LOS ERRORES MÉDICOS:**

### ¿Qué son los errores médicos?

Los errores médicos ocurren cuando algo que se había planeado como parte del cuidado médico no funciona; o cuando se usa un plan equivocado para el problema de salud. Los errores pueden suceder en cualquier ámbito de cuidado médico:

En los hospitales. Clínicas. Centros de cirugía para pacientes ambulatorios. En los consultorios de los médicos. Los asilos de ancianos. Las farmacias. Los hogares de los pacientes.

Los errores pueden involucrar: Los medicamentos. La cirugía. Los diagnósticos. El equipo. Los reportes de los laboratorios.

Pueden suceder incluso cuando se están llevando a cabo la mayoría de los procedimientos de rutina, tal como cuando un paciente hospitalizado que necesita recibir una dieta sin sal recibe una comida que contiene mucha sal.

La mayoría de los errores resultan de problemas creados por la complejidad del sistema de cuidado médico de hoy en día. Pero también ocurren errores cuando los pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación. Por ejemplo, un estudio reciente patrocinado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (agencia federal que investiga maneras de mejorar la calidad de la atención médica) encontró que frecuentemente los médicos no hacen lo suficiente para ayudar a los pacientes a tomar las decisiones más informadas. Los pacientes que no están involucrados y que no están informados tienen menor probabilidad de aceptar el tratamiento que ha elegido el médico y tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para permitir que el tratamiento funcione.

### ¿Qué puede hacer usted? Participe en su propio cuidado médico.

1. La cosa más importante que puede hacer para ayudar a prevenir errores es

hacerse un miembro activo en su propio equipo de cuidado médicos. Eso quiere decir que tome parte en cada decisión en cuanto a su cuidado. La investigación demuestra que los pacientes que están involucrados en su cuidado tienen mejores resultados.

A continuación están algunas recomendaciones específicas basadas en la más reciente evidencia científica acerca de lo que funciona mejor:

### Medicamentos

2. Asegúrese que todos sus médicos sepan todos los medicamentos que usted usa. Esto incluye tanto los que obtiene con receta, como los que compra sin receta y los suplementos de dieta tales como las vitaminas y la hierbas.

Por lo menos una vez al año, llévelos todos a su doctor. Llevar sus medicamentos puede ayudar a que usted y su médico hablen sobre sus medicamentos y que determinen si existe algún problema. También permite que su médico mantenga su archivo al día, lo que puede ayudar a que reciba mejor cuidado médico.

3. Asegúrese que su médico sepa acerca de cualquier alergia o reacción adversa que haya tenido a los medicamentos.

Esto puede ayudar a que usted no reciba un medicamento que pudiera causarle daño.

4. Asegúrese que puede leer las recetas de medicamentos que le escribe su médico.

Si usted no puede leer la escritura de su médico, es probable que tampoco la pueda leer el farmacéutico.

5. Haga preguntas sobre sus medicamentos y pida información fácil de entender acerca de los medicamentos, tanto cuando se los receta el médico, como cuando los recibe en la farmacia:

¿Para qué es el medicamento?

¿Cómo lo debo tomar y por cuánto tiempo?

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios y qué debo hacer si se presentan?

¿Es seguro tomar este medicamento con los otros medicamentos que tomo o con los suplementos dietéticos?

¿Qué comida, bebidas o actividades debo evitar cuando esté tomando este medicamento?

6. Cuando recoja su medicamento en la farmacia, pregunte: ¿Es este el medicamento que me recetó mi médico?

Un estudio del Massachusetts College of Pharmacy and Allied Health Sciences (Universidad de farmacología de Massachusetts) encontró que el 88 por ciento de los errores de este tipo son cuando los medicamentos recetados o las dosis están equivocados.

7. Si tiene alguna pregunta en cuanto a las instrucciones de uso del medicamento, hágala.

Las etiquetas de los medicamentos pueden ser difíciles de entender. Por ejemplo, pregunte si “cuatro dosis al día” quiere decir que debe tomar el medicamento cada seis horas durante todo el día y la noche, o si los puede tomar durante las horas que está despierto.

8. Pregunte al farmacéutico sobre el mejor instrumento para medir la medicina líquida. También hágale preguntas si no está seguro de cómo usarlo. La investigación muestra que muchas personas no entienden la manera correcta de medir medicamentos líquidos. Por ejemplo, muchos usan cucharas pequeñas de cocina, que frecuentemente no miden una verdadera cucharadita de líquido. Los instrumentos especiales, como las jeringas con números, ayudan a las personas a medir la dosis adecuada. El que le digan cómo usar los instrumentos le puede ayudar aún más.

9. Pida información por escrito sobre los efectos secundarios que podría ocasionar el medicamento.

Si sabe que los efectos secundarios podrían suceder, estará mejor preparado con esta información; y también estará preparado si sucede algo que no esperaba. De esta manera, puede reportar el problema de inmediato y recibir ayuda antes de que la situación empeore. Un estudio determinó que recibir información por escrito sobre los medicamentos ayuda a los pacientes a reconocer los efectos secundarios problemáticos y así pasar esa información a su médico o farmacéutico.

### Estadías en el hospital

10. Si tiene la opción, elija un hospital en el que muchos pacientes ya han recibido el procedimiento o la cirugía que usted necesita.

La investigación muestra que los pacientes tienden a tener mejores resultados cuando reciben tratamiento en los hospitales que cuentan con amplia experiencia en el problema que padecen.

11. Si está en un hospital, considere preguntar a quienes lo atienden y tienen contacto directo con usted, si se han lavado las manos.  
Lavarse las manos es importante en la prevención de esparcir infecciones dentro de los hospitales. Sin embargo, esto no se hace regular o adecuadamente. Un estudio reciente encontró que cuando los pacientes hacen esta pregunta, el personal de cuidado se lava las manos más frecuentemente y usan más jabón.
12. Cuando se le dé de alta en un hospital, pida a su médico que le explique el plan de tratamiento que necesitará en casa.  
Esto incluye aprender lo necesario en cuanto a los medicamentos y averiguar cuándo puede volver a hacer sus actividades normales. La investigación muestra que, en el momento en que dan de alta a sus pacientes, los doctores piensan que entienden más de lo que realmente saben en cuanto a lo que deberían y no deberían hacer cuando regresen a casa.

### Cirugía

13. Si lo van a operar, tiene que estar seguro de que su doctor, el cirujano, y usted están de acuerdo y tienen claro exactamente lo que se va a hacer.  
Hacer la operación en la parte equivocada del cuerpo (la rodilla izquierda en vez de la derecha) es raro. Pero si esto sucede aunque sea una vez, es demasiado. La buena nueva es que las operaciones en la parte equivocada del cuerpo son 100 por ciento prevenibles. La American Academy of Orthopaedic Surgeons (Academia americana de cirujanos ortopédicos) recomienda a sus miembros que antes de realizar el procedimiento, escriban sus iniciales directamente en el lugar del cuerpo en donde van a operar.

### Otros pasos que puede tomar

14. Exprese sus preguntas y preocupaciones.  
Tiene el derecho de hacer preguntas a cualquier persona involucrada en su cuidado médico.
15. Asegúrese que alguien, como su médico personal, esté a cargo de su cuidado.  
Esto es especialmente importante si tiene muchos problemas de salud, o si se encuentra internado en un hospital.
16. Asegúrese que todos los profesionales involucrados en su cuidado cuenten con su información importante de salud.  
No asuma que todos saben todo lo que deberían saber.

17. Pida que un familiar o amigo le acompañe y sea su defensor (alguien que pueda ayudar a que se hagan las cosas).  
Incluso si piensa que no necesita ayuda ahora, puede ser que la necesite más tarde.
18. Sepa que “más” no siempre significa mejor.  
Es buena idea averiguar el por qué un examen o tratamiento es necesario y las maneras en que le podría ayudar. Pero también es posible que usted estaría mejor sin hacerlo.
19. Si le hacen un examen, no asuma que el que no le den noticias indica que todo está bien.  
Pida usted mismo los resultados.
20. Aprenda sobre su condición y tratamientos haciendo preguntas a su médico y enfermera y usando otras fuentes confiables de información.  
Pregunte a su médico si el tratamiento que le da está basado en la más reciente evidencia científica.

## **CONSEJOS PARA CUANDO VISITE A SU MÉDICO:**

Comparta su información médica. ¡No espere que se la pidan!

Usted conoce los datos importantes acerca de sus síntomas y su historia médica.

Cuéntele a su doctor lo que usted cree que él debe saber.

Es importante contarle a su doctor información personal, aunque le haga sentir avergonzado o incómodo.

Cuando visite al médico, lleve su historia clínica y manténgala al día.

Siempre lleve los medicamentos que usa, o una lista de ellos (incluya cuando y cuantas veces las toma). Cuéntele a su médico acerca de cualquier alergia que tiene a los medicamentos. También cuéntele acerca de los productos naturales que está usando e igualmente los tratamientos alternativos que está usando.

Lleve a la cita otra información médica, tal como radiografías y resultados de exámenes médicos.

Obtenga información

Si usted considera, haga preguntas, pues su doctor podría pensar que usted entendió todo lo que dijo.

Anote sus preguntas en un papel antes de su visita, empezando por las más importantes para asegurarse que va hacer las preguntas y que serán contestadas.

Tal vez quiera que alguien le acompañe para ayudarle a hacer las preguntas. Esta persona también le puede ayudar a entender y/o recordar las respuestas. Pida que su doctor le explique usando dibujos si esto le ayuda a entender mejor.

Tome notas de lo que diga el doctor.

A algunos doctores no les importa si usted lleva una grabadora para ayudarle a recordar lo que él dice. Pero siempre pida permiso de antemano.

Dígale a su médico si usted necesita más tiempo. Si no hay tiempo ese día, quizás usted puede hablar con la enfermera. O, pregunte si usted puede llamar más tarde para hablar con alguien.

Pregúntele a su doctor si se ha lavado las manos antes de comenzar a examinarlo. Lavar las manos puede prevenir la propagación de infecciones. Si usted se siente incómodo haciendo esta pregunta directamente, quizás usted puede preguntar, “Me he fijado que algunos doctores y unas enfermeras se lavan las manos o usan guantes antes de examinar a los paciente. ¿Por qué será?”

#### Información para usar en la casa

Pida las instrucciones por escritas.

Su doctor puede tener también cintas de audio y videos que le puedan ayudar. Si no, pregúntele al médico como puede obtener materiales de este tipo.

Es importante continuar con su cuidado médico después de su consulta médica.

Si usted tiene preguntas, llame al doctor.

Si sus síntomas empeoran, o si tiene problemas con su medicina, llame al doctor.

Si le hicieron exámenes médicos y no lo han llamado con los resultados, llame al médico.

Si su doctor le dijo que necesita ciertas pruebas, haga las citas con el laboratorio u otras oficinas para que le hagan las pruebas.

Si su doctor le dijo que debe ver a un especialista, haga una cita.

Recuerde que en cuanto a su salud, la calidad de la atención médica vale mucho.

## CONSEJOS PARA CUANDO NECESITE PRUEBAS MÉDICAS:

Los doctores piden análisis de sangre, radiografías, y otras pruebas para ayudar diagnosticar problemas médicos. Quizás usted no sabe por qué usted necesita una tal prueba o usted no entiende como le ayudará. Aquí se le presenta algunas preguntas que puede hacer para mejor entender el por qué de ciertos exámenes:

¿Cómo se realizará la prueba?

¿Qué tipo de información proporcionará la prueba?

¿Es ésta la única manera de obtener esa información?

¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de éste examen?

¿Qué tan precisa es la prueba?

¿Qué necesito hacer para prepararme para la prueba? (Lo que usted hace o no hace puede afectar la exactitud de los resultados del examen.)

¿Me hará sentir incómodo el examen?

¿Cuánto tiempo tengo que esperar para obtener los resultados, y cómo los obtendré?

¿Cuál es el próximo paso después del examen?

Entre 10 a 30 por ciento de los resultados de la prueba Papanicolau que se catalogan como “normal”, no lo son. Errores tal como este puede producir una equivocación en el diagnóstico o puede ocasionar una demora en el identificar el diagnóstico. Usted tiene derecho que sus pruebas sean hechas de la manera correcta, y también usted tiene derecho a resultados exactos.

¿Qué puede hacer usted?

Para los análisis que su doctor envía a un laboratorio, pregunte cuál laboratorio usa, y por qué lo usa. Le puede interesar saber si el doctor escoge un cierto laboratorio porque tiene alianzas comerciales con el laboratorio o, si su seguro médico puede requerir que las pruebas vayan allí.

Información sobre los resultados de los análisis

No asuma que al no recibir los resultados, los resultados son buenos. Si su doctor no le llama, usted debe llamarlo para obtener los resultados de sus exámenes médicos.

Si usted y su doctor piensan que los resultados no están bien, repitan las pruebas.

## **CONSEJOS PARA CUANDO NECESITE UNA RECETA MÉDICA:**

Es importante entender cómo puede influir sus medicamentos en su tratamiento con el fin de poder recibir el máximo beneficio de ellos.

Cuando su médico le receta una medicina, pregúntele a él o al farmacéutico lo siguiente:

¿Cuál es el nombre de la medicina? ¿Cuál es el efecto?

¿Será posible sustituir el medicamento de marca por uno de marca genérica menos costoso? ¿Tendrá el mismo efecto?

¿Cuál es la dosis de la medicina? ¿Hay alimentos, bebidas, otras medicinas, o actividades que debo evitar al tomar esta medicina?

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de este medicamento? ¿Qué debo hacer al sentir los efectos secundarios?

¿Cuántas veces puedo renovar esta prescripción?

¿Qué debo hacer si me salto una dosis?

¿Qué debo hacer si accidentalmente me tomo más de la dosis recomendada?

¿Hay información escrita que me puedo llevar? (La mayoría de las farmacias tienen hojas de información que usted puede usar como referencia en la comodidad de su casa.)

Cuando usted recoja su medicina en la farmacia, chequee para estar seguro que la medicina es la que fue recetada por su doctor.

Cuando su doctor le receta un medicamento por primera vez, asegúrese de contarle lo siguiente:

Los nombres de todas las medicinas que está tomando actualmente, inclusive los medicamentos de y sin recetas médicas. Es importante que su doctor sepa esta información para recetarle la medicina que le hará el mayor beneficio.

Cualquiera duda que tenga acerca de como tomar su medicamento.

Si es alérgico a cualquier medicamento o ha tenido efectos secundarios molestos de algún medicamento de receta.

Durante su tratamiento, usted debe hacer una cita de seguimiento con su médico para poder controlar y observar su progreso. Asegúrese de contarle:

Acerca de cualquier problema que tiene con su receta médica.

Acerca de cualquier efecto secundario que ha tenido desde que comenzó a tomar la medicina.

Acerca de cualquier medicina recetada por otro doctor o comprada en la farmacia sin necesidad de receta médica que usted empezó a tomar desde la su última visita al médico.

Cómo se está sintiendo desde que comenzó a tomar el medicamento.

## **CONSEJOS PARA CUANDO NECESITE OPERARSE:**

Ninguna cirugía es libre de riesgos. Es importante entender acerca de los posibles beneficios y riesgos producidos por un procedimiento quirúrgico que se vaya a hacer. Investigaciones científicas han mostrado que pacientes que están informados acerca de sus procedimientos pueden colaborar mejor con sus doctores para hacer las decisiones correctas.

Obtener una segunda opinión es importante. Su doctor, el cirujano, su seguro médico, o sociedad médica local le pueden ayudar a encontrar alguien que le puede proporcionar una segunda opinión. Antes de obtener una segunda opinión, asegúrese que su seguro médico cubrirá este gasto.

Antes de la operación, pregúntele a su médico lo siguiente:

- ¿Qué operación recomienda usted?
- ¿Por qué necesito la operación?
- ¿Existen alternativas a la cirugía?
- ¿Cuáles son los beneficios de la operación?
- ¿Cuáles son los riesgos de la operación?
- ¿Qué sucederá si no me opero?
- ¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?
- ¿Cuál ha sido su experiencia con esta operación?
- ¿Cuántas operaciones de este tipo ha realizado?
- ¿Dónde se hará la operación?
- ¿Qué clase de anestesia necesitaré?
- ¿Cuánto tiempo me tomará para recuperarme?
- ¿Cuánto costará la operación?

## **NO SE ARRIESGUE CON SUS MEDICAMENTOS:**

Los medicamentos y usted

¿Alguna vez ha tenido un problema con medicamentos? No está solo.

Existen muchos factores que tienen que considerarse. Por ejemplo, quizá se haya preguntado:

¿Cuándo exactamente debo tomar mi medicamento?

¿Es seguro tomar mis vitaminas cuando tengo que tomar medicamentos recetados?

Ahora que me siento mejor, ¿puedo dejar de tomar mi medicamento?

Aceptémoslo, los medicamentos se los prescriben para ayudarlo. Pero pueden hacerle daño si toma demasiado o si mezcla los medicamentos que no pueden combinarse. Muchas personas resultan lastimadas cada año, algunas de gravedad, por tomar el medicamento equivocado o no tomarlo de manera correcta.

#### El equipo de atención médica

Usted puede ayudar a obtener los mejores resultados si trabaja con su equipo de atención médica. El equipo de atención médica incluye:

El médico, auxiliar médico, enfermera especializada (nurse practitioner) u otro profesional que le recete medicamentos a usted o esté encargado de su cuidado.

La enfermera que le ayude con su atención en casa, en el consultorio de un médico o en un hospital.

El farmacéutico que surte su receta y que está dispuesto a contestar a las preguntas que tenga sobre los medicamentos.

#### Los médicos y las farmacias

Médico: Teléfono:

Enfermera: Teléfono:

Farmacéutico: Teléfono:

Farmacia de 24 horas: Teléfono:

#### Las cuatro maneras de no arriesgarse con los medicamentos

1. Proporcione información importante a su equipo de atención médica.

Trabaje como miembro de su equipo de atención médica. Infórmeles lo siguiente:

Todos los medicamentos, vitaminas, hierbas y suplementos dietéticos que esté tomando. Esto incluye:

Medicamentos recetados.

Medicamentos que puede comprar sin receta, como aspirinas, antiácidos, laxantes y medicamentos para la tos.

Vitaminas y suplementos dietéticos o esimulantes psicofísicos.

Lístelos todos en formulario de registro de medicamentos.

También asegúrese de decirle a su equipo de atención médica:

Si tiene alergias a medicamentos o si ha tenido anteriormente problemas al tomar algún medicamento.

Sobre cualquier otro médico o profesional médico que le haya recetado medicamentos o le haya sugerido que tome algún suplemento de vitaminas o hierbas. La lista de los médicos y las farmacias le ayudará a mantener el registro de sus medicamentos.

Si está embarazada, podría quedar embarazada, o si está amamantando a su bebé.

Acerca de cualquier otra enfermedad o afección médica que tenga, como diabetes o presión arterial alta.

Si el costo es un problema, podría haber otro medicamento más económico que ofrece el mismo resultado.

Yo voy a mi médico regular para la mayoría de las cosas, pero en ocasiones consulto a un especialista. No importa a quién vaya a consultar, siempre llevo la lista de los medicamentos que tomo y se la muestro al médico.

2. Obtenga información sobre el medicamento.

Infórmese: Haga las preguntas que se indican en la página siguiente acerca de su nuevo medicamento recetado. Obtenga las respuestas que necesita del equipo de atención médica antes de tomar el medicamento.

Lea la receta: Si el médico le escribe a mano una receta, asegúrese de que pueda leerla. Si no puede leer la letra del médico, puede ser que el farmacéutico tampoco pueda hacerlo. Si su médico envía electrónicamente la receta a la farmacia, pida una copia de la receta.

Sepa para qué se usa el medicamento: Pídale a su médico que le escriba en la receta para qué se usa el medicamento... no sólo “tome una vez al día” sino “tome una vez al día para la presión arterial alta.”

Haga preguntas: Si tiene otras preguntas o problemas:

Hable con su médico o farmacéutico: Escriba las preguntas con anticipación y llévelas a su cita. Al tomarse ahora el tiempo para hacer preguntas, podría estar evitando problemas más adelante.

Preguntas que debe hacer antes de tomar el medicamento: Seleccione para una lista de preguntas que debe hacer antes de tomar el medicamento.

¡Consejos!

Escriba todas sus preguntas con anticipación. Tenga una lista de las preguntas que desee hacerle al equipo de atención médica. Lleve su lista a la consulta.

Tome notas cuando obtenga información del equipo de atención médica.

Lleve a un amigo o familiar con usted cuando vaya al médico. Hablar con alguien en quien confía sobre lo que tiene que hacer puede ayudarle a tomar mejores decisiones.

Trate de usar la misma farmacia para comprar todos sus medicamentos de manera que pueda tener todos los registros de medicamentos en un solo lugar.

Lea y guarde la información para el paciente que viene con el medicamento, o le entreguen en la farmacia.

Mantenga una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos dietéticos que toma. Asegúrese de añadir a la lista los medicamentos nuevos cuando comience a tomar algo nuevo o cuando cambie alguna dosis. Muestre la lista a su médico y al farmacéutico. Use el formulario de registro de medicamentos Medicine Record Form.

Haga una copia de la lista. Conserve una copia y dele la otra a un amigo o ser querido.

3. Siga con el plan de tratamiento.

Quiero estar seguro de que todos los medicamentos estén bien. Así que una vez al año llamo a mi farmacéutico y hago una cita para que ella revise todo lo que estoy tomando. Coloco todos mis medicamentos y vitaminas en una bolsa, incluso los medicamentos sin receta como los antiácidos, los medicamentos para el dolor y los laxantes.

Ahora que tiene el medicamento correcto, deberá llevar a cabo el plan de tratamiento. Pero no siempre es fácil. Los medicamentos pueden causar efectos secundarios. O bien, usted puede sentirse mejor y desea dejar el medicamento antes de tomarlo todo.

Tómese todo el antibiótico que se le haya recetado. Si está tomando antibiótico para combatir una infección, es muy importante que se tome todo el medicamento por los días que el médico le recetó, incluso si se siente mejor.

Pregúntele a su médico si hay que rellenar su receta. Si está tomando medicamento para la presión arterial alta o para bajar su colesterol, quizá tenga que tomar el medicamento durante mucho tiempo.

Si tiene efectos secundarios o algún otro problema, dígaselo al médico. Puede ser que necesite cambiar la cantidad o el tipo de medicamento.

El medicamento se le recetó solamente a usted. Nunca le dé a otra persona el medicamento que le recetaron a usted ni tome medicamentos recetados a otra persona, incluso si tiene la misma afección.

Pregunte si necesita someterse a análisis de sangre, radiografías u otras pruebas de laboratorio para saber si el medicamento está surtiendo efecto, para saber si le está causando algún problema y para ver si necesita un medicamento diferente. Pregúntele al médico los resultados de los exámenes.

¿Qué productos pueden ayudarme a llevar un control de mis medicamentos?

Muchos productos pueden ayudarle a recordar que debe tomar su medicamento a tiempo y mantener el control de las dosis que toma. Existen recipientes que puede llenar con sus medicamentos para cada día de la semana, calendarios que se marcan e incluso hay productos que caben encima de los frascos de píldoras. Pídale a su farmacéutico que le ayude a encontrar el producto más adecuado para usted.

¡Consejos!

Usted puede obtener ayuda:

En el trabajo, puede haber una enfermera presente.

En la escuela, la enfermera de la escuela puede ayudarle a su hijo a tomar los medicamentos a sus horas y de manera segura.

En la casa, una enfermera visitante puede ayudarle.

Los amigos y la familia

Los amigos y la familia pueden ayudar:

Asistiendo al médico con usted. Pídales que tomen notas acerca de los medicamentos y las demás partes del tratamiento.

Recogiendo su medicamento de la farmacia. Pídales que le muestren al farmacéutico la lista de los medicamentos, vitaminas y suplementos que usted toma. Deben preguntar, ¿actuará de manera segura este nuevo medicamento con los demás medicamentos?

Llamando con regularidad para recordarle que tiene que tomar su medicamento a tiempo. Si tiene algún problema, avíseles.

Manteniendo un registro de qué medicamentos toma para que no los tome dos veces.

4. Mantenga un registro de sus medicamentos.

Use el formulario de registro de medicamentos Medicine Record Form como ayuda para llevar un control de sus medicamentos, vitaminas y demás suplementos dietéticos.

¿Qué es un medicamento genérico?

Los medicamentos genéricos son seguros, eficaces y están aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration,

FDA). Tienen la misma dosis, seguridad, calidad, desempeño y concentración que la marca de nombre. El color o el sabor de un medicamento genérico puede ser diferente al del medicamento de nombre, pero el principio activo es el mismo. Después de que vence la patente de un medicamento de marca, las compañías pueden presentar una solicitud a la FDA para producir una copia genérica del medicamento. Los medicamentos genéricos por lo general cuestan menos que los de marca debido a que sus fabricantes no pagan lo que cuesta desarrollar el medicamento.

## **LOS PASOS A SEGUIR DESPUÉS DE SU DIAGNÓSTICO: CÓMO ENCONTRAR INFORMACIÓN Y APOYO**

Los pasos a seguir después de su diagnóstico ofrece consejería para las personas con casi cualquier tipo de enfermedad o condición. También tiene consejos para ayudarle a aprender más acerca de su problema en específico y de qué manera puede tratarse.

La información contenida aquí se presenta de una manera sencilla como primera ayuda. Las organizaciones, publicaciones u otros recursos adicionales en caso de que usted desee conocer más con sus enlaces a Internet, también está disponible en inglés en la página original [www.ahrq.gov/consumer/diaginfo.pdf](http://www.ahrq.gov/consumer/diaginfo.pdf).

### Introducción

Su médico\* le ha dado un diagnóstico que puede cambiar su vida. Este folleto le puede ayudar a tomar los próximos pasos.

Cada persona es diferente, por supuesto, y por lo tanto las condiciones y enfermedades de cada persona le afectarán de una manera diferente. Sin embargo, las investigaciones demuestran que después de recibir un diagnóstico, muchas personas tienen algunas de las mismas reacciones y necesidades.

### Los cinco pasos básicos

Este folleto describe cinco pasos básicos para ayudarle a sobrellevar el diagnóstico, tomar decisiones y seguir adelante con su vida.

Paso 1: Tómese el tiempo que necesite. No tome decisiones apresuradas acerca de su salud. En la mayoría de los casos, usted tendrá tiempo para examinar cuidadosamente sus opiniones y decidir lo que es mejor para usted.

Paso 2: Obtenga el apoyo que necesite. Busque el apoyo de sus familiares

y amigos, personas que están pasando por lo mismo que usted, y de aquellos que ya “han estado en la misma situación”. Ellos pueden ayudarle a sobrellevar su situación y a tomar decisiones informadas.

**Paso 3: Hable con su médico.** La buena comunicación con su médico puede ayudarle a que se sienta más satisfecho de la atención que recibe. Las investigaciones demuestran que hasta puede tener un efecto positivo en cosas tales como, los síntomas y el dolor. El obtener una “segunda opinión” le puede ayudar a sentirse más confiado acerca de su atención.

**Paso 4: Busque información.** Al aprender acerca de su problema de salud y su tratamiento, busque información que esté basada en la revisión cuidadosa de los últimos hallazgos científicos publicados en las revistas médicas.

**Paso 5: Decídase por un plan de tratamiento.** Trabaje conjuntamente con su médico para decidir el plan de tratamiento que mejor se adecue a sus necesidades.

A medida que toma cada paso, recuerde esto: Las investigaciones demuestran que los pacientes que están más involucrados en su atención médica tienden a obtener mejores resultados y a estar más satisfechos.

\*Su atención médica puede provenir de un médico, enfermera, asistente médico, u otro tipo de clínico o profesional de atención médica. Para mantenerlo de forma sencilla, en este folleto utilizamos el término “médico” para referirnos a cualquiera de estos profesionales con quien usted pueda interactuar.

## **¿VA A TENER UNA CIRUGÍA?: LO QUE USTED NECESITA SABER**

### Preguntas que debe hacerle a su médico y a su cirujano

¿Va a tener una cirugía? Lo que usted necesita saber está creado para los pacientes que enfrentan una cirugía que no es de emergencia. Algunas de las preguntas que aparecen en el folleto pueden ayudarle a usted y a su familia a entender más acerca de su cirugía, ya sea que tenga que hacerse inmediatamente o pueda hacerse después. Su médico o enfermera también le pueden ayudar a comprender lo que se está haciendo y por qué. ¡No tenga miedo de hacer preguntas!

## Preocúpese por su salud

### Ayude a tomar las decisiones

¿Está enfrentando una cirugía? Usted no está solo. Cada año, más de 15 millones de estadounidenses tienen una cirugía.

La mayoría de las operaciones no son emergencias y son consideradas como cirugía electiva. Esto significa que usted tiene tiempo para aprender acerca de su operación y asegurarse que éste es el mejor tratamiento para usted. También tiene tiempo para trabajar con su cirujano y hacer que la cirugía sea lo más segura posible. Sea activo con su atención médica para obtener una atención de calidad.

Su médico regular es su médico de cabecera. Él o ella puede que sea el médico que le sugiera que se haga la cirugía y puede referirle a un cirujano. Puede que usted también quiera encontrar otro cirujano para obtener una segunda opinión, y confirmar si la cirugía es el tratamiento adecuado para usted. Usted quizá desee preguntarle a sus amistades o compañeros de trabajo por nombres de cirujanos que ellos hayan usado.

Este folleto le ofrece algunas preguntas que puede hacerle a su médico de cabecera y cirujano antes de tener la cirugía. También le ofrece las razones por las que debe hacer estas preguntas. Las respuestas le ayudarán a tomar mejores decisiones. Seleccione para obtener consejos acerca de dónde usted puede conseguir más información sobre el tema de cirugía.

Sus médicos deben acoger bien las preguntas. Si usted no comprende las respuestas, pídale al médico que las explique claramente. Traiga a un amigo o familiar con usted para que le ayude a hablar con el médico. Las investigaciones demuestran que los pacientes que están bien informados acerca de su tratamiento están más satisfechos con sus resultados.

### Obtenga los hechos fundamentales

#### ¿Por qué necesito una operación?

Existen muchas razones por las cuales hay que tener una cirugía. Algunas operaciones pueden aliviar o prevenir el dolor. Otras pueden reducir el síntoma de un problema o mejorar alguna función del cuerpo. Algunas cirugías se hacen para encontrar un problema. Una cirugía también puede salvarle la vida. Su médico le dirá el propósito del procedimiento. Asegúrese que entienda cómo la operación propuesta le ayudará a solucionar su problema médico. Por ejemplo, si algo se va a reparar ó a remover, averigüe por qué es necesario hacerlo.

¿Qué operación está recomendando?

Pídale a su cirujano que le explique la cirugía y cómo se llevará a cabo. Su cirujano puede hacerle un dibujo o diagrama y explicar los pasos de la cirugía.

¿Existe más de una forma de realizar la operación?

Una forma puede requerir de una cirugía más extensa que la otra. Algunas operaciones que en su momento necesitaron de incisiones grandes (cortes en el cuerpo) ahora se pueden hacer usando incisiones mucho más pequeñas (por ejemplo, cirugía laparoscópica).

Algunas cirugías requieren que usted se quede en el hospital 1 ó más días. Otros dejan que usted ingrese y regrese a casa el mismo día. Pregunte por qué su cirujano desea hacer la operación de una forma en vez de la otra.

### Cirugía laparoscópica

Algunas cirugías que requerían de incisiones grandes, ahora pueden hacerse usando menos cortes y más pequeños. En vez de una cicatriz grande, sólo le quedarán unas cuantas cicatrices pequeñas. Usualmente, usted se recuperará de este tipo de cirugía de forma más rápida. Algunas incisiones permiten que los médicos inserten un tubo delgado en el cuerpo con una cámara (un laparoscopio), para permitirles ver. Después usan herramientas pequeñas para realizar la cirugía. Este tipo de cirugía se conoce como cirugía laparoscópica. Para extirpar la vesícula, por ejemplo, ahora se utiliza mayormente este tipo de cirugía.

¿Existen alternativas a la cirugía?

Algunas veces, la cirugía no es la única respuesta a un problema médico. Los medicamentos o tratamientos en vez de la cirugía, tales como, el cambio de dieta o ejercicios especiales, pueden ayudarle casi de la misma forma—o más. Pregúntele a su cirujano o médico de cabecera acerca de los beneficios y riesgos de estas alternativas. Usted necesita saber, lo más posible, sobre estos beneficios y riesgos para tomar la mejor decisión.

Una alternativa a la cirugía, puede ser una espera vigilante. Durante una espera vigilante, su médico y usted están pendientes de ver si su problema mejora o empeora con el tiempo. Si empeora, puede que usted necesite la cirugía de inmediato. Si mejora, a lo mejor puede esperar para hacerse la cirugía, o puede no tenerla en lo absoluto.

¿Cuánto costará la operación?

Aunque usted tenga seguro médico, puede que existan algunos gastos que usted tenga que pagar. Esto depende de su elección de cirujano u hospital.

Pregunte cuáles son los honorarios de su cirujano y que cubren. Los honorarios quirúrgicos, casi siempre incluyen algunas visitas después de la operación. Usted también recibirá un cobro del hospital por su atención y por parte de los otros médicos que le atendieron durante su cirugía.

### Aprenda sobre los beneficios y riesgos

¿Cuáles son los beneficios de tener la operación?

Pregúntele a su cirujano que ganará haciéndose la operación. Por ejemplo, un reemplazo de cadera puede significar que usted volverá a caminar con facilidad.

Pregunte cuánto tiempo durarán los beneficios. Para algunos procedimientos, no es inusual que los beneficios duren solamente un corto tiempo. Puede que usted necesite de una segunda operación posteriormente. Para otros procedimientos, los beneficios pueden durar toda una vida.

Cuando comience a conocer los beneficios de la operación, sea realista. Algunas veces los pacientes esperan demasiado y se frustran con el resultado. Pregúntele a su médico si existe algo que usted pueda leer para ayudarlo a comprender el procedimiento y las posibilidades de sus resultados.

¿Cuáles son los riesgos de tener la operación?

Todas las operaciones tienen cierto riesgo. Es por esto, que usted necesita sopesar los beneficios de la operación contra los riesgos de las complicaciones o efectos secundarios.

Las complicaciones son eventos no planificados que están vinculados con la operación. Las complicaciones típicas son: infección, sangrado excesivo, reacción a la anestesia, o lesiones accidentales. Algunas personas corren un riesgo más alto de complicaciones porque tienen otras condiciones médicas. También pueden presentarse efectos secundarios después de la operación. A menudo, su cirujano le puede decir qué efectos secundarios puede esperar. Por ejemplo, puede que se presente hinchazón y dolor alrededor de la incisión.

Casi siempre existe dolor con la cirugía. Pregunte a su cirujano cuánto dolor puede haber y qué los médicos y enfermeras harán para calmar el dolor. El controlar el dolor le ayudará a que esté más cómodo mientras mejora. El controlar el dolor también le ayudará a recuperarse más rápido y a mejorar los resultados de su operación.

¿Y qué si no me hago esta operación?

Basándose en lo que usted aprenda de los beneficios y riesgos de la operación, puede que usted decida no tenerla. Pregúntele a su cirujano que gana-

rá con esto—o perderá—de no tener la operación en este momento. ¿Puede que usted experimente más dolor? ¿puede empeorar su situación? ¿puede que desaparezca el problema?

### Aprenda a obtener más información

¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?

El obtener una segunda opinión de otro médico es una buena manera para asegurarse que el tener la operación es la mejor alternativa para usted. Usted puede preguntarle a su médico de cabecera por el nombre de otro cirujano que pueda revisar su expediente médico. Si usted consulta a otro médico, asegúrese de recibir sus expedientes del primer médico para que no le tengan que repetir los exámenes.

Muchos planes de seguro le piden a los pacientes que obtengan una segunda opinión antes de hacerse ciertas operaciones que no son de emergencia. Si su plan no requiere de una segunda opinión, puede que usted aún desee solicitar una. Verifique con su compañía de seguro, para ver si ellos pagarían por una segunda opinión. Usted debe hacer las preguntas que tenga sobre el seguro a su compañía de seguro de salud, o a su oficina de beneficios para empleados. Si usted es elegible para recibir Medicare, ellos pagarán por una segunda opinión. (*Ver programas de segunda opinión al final de esta recomendación.*)

### Averigüe más acerca de su operación

¿Qué tipo de anestesia voy a necesitar?

La anestesia se utiliza para que la cirugía se pueda realizar sin experimentar dolor innecesariamente. Su cirujano puede decirle si su operación requiere de anestesia local, regional o general, y por qué ésta forma de anestesia es mejor para su procedimiento.

La anestesia local adormece solamente una parte de su cuerpo y únicamente por un período corto de tiempo. Por ejemplo, cuando usted va al dentista, puede que le den un anestésico local conocido como Novocaína. Éste adormece el área de la encía alrededor de los dientes. No todos los procedimientos en que se usa anestesia local ocurren sin dolor.

La anestesia regional adormece un área más extensa de su cuerpo—por ejemplo, la parte inferior de su cuerpo—por un par de horas. En la mayoría de los casos, con la anestesia regional usted estará despierto durante la operación.

La anestesia general adormece el cuerpo entero. Usted estará dormido durante toda la operación, si le han administrado anestesia general.

La anestesia es bastante segura para la mayoría de los pacientes. Generalmente la administra un médico especializado (el anesthesiólogo) o una enfermera (enfermera anestesista). Ambos están altamente adiestrados y han sido entrenados para administrar la anestesia.

Si usted decide hacerse una operación, solicite reunirse con la persona que le va a administrar la anestesia. Está bien preguntarle qué tipo de entrenamiento él o ella tiene. También pregunte cuáles son los efectos secundarios y riesgos de recibir anestesia, en su caso. Asegúrese de decirle a él o ella los problemas médicos que usted tiene—incluyendo alergias y qué medicamentos ha estado tomando. Estos medicamentos pueden afectar su respuesta a la anestesia. Asegúrese de incluir tanto las prescripciones, como los medicamentos sin prescripción, tales como las vitaminas y suplementos. (Seleccione por más información sobre anestesia.)

¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme?

Su cirujano le puede decir cómo se puede sentir o qué podrá hacer—o no hacer—durante los primeros días, semanas, o meses después de la cirugía. Pregunte cuánto tiempo estará en el hospital. Averigüe que tipo de provisiones, equipo y ayuda necesitará cuando regrese a casa. El saber que esperar le puede ayudar a recuperarse más rápido.

Pregunte cuánto tiempo pasará antes de que pueda regresar al trabajo ó a comenzar el ejercicio regular nuevamente. Usted no deseará hacer nada que vaya a retardar su recuperación. Por ejemplo, el levantar una bolsa de papas de 10 libras puede que no parezca “mucho” una semana después de la operación, pero sí lo puede ser. Usted debe seguir los consejos de su cirujano para asegurarse que se recuperará completamente y lo más pronto posible.

Asegúrese de que su cirugía es segura

Verifique con su compañía de seguros para averiguar si usted puede escoger a un cirujano u hospital, o si debe usar los seleccionados por la aseguradora. Pregúntele a su médico cuál hospital ofrece la mejor atención y resultados para su condición, en el caso que tenga que escoger entre más de un hospital. Los estudios demuestran que para ciertos tipos de cirugía, los números cuentan—el usar a un cirujano u hospital que realiza más de seguido cierto tipo de cirugía en particular, puede mejorar las posibilidades de que usted obtenga un buen resultado.

Si usted puede escoger a un cirujano u hospital, pregúntale a su cirujano lo siguiente:

¿Cuáles son sus credenciales?

Usted querrá saber si su cirujano tiene experiencia y que está calificado para realizar la operación. Muchos cirujanos han tomado un entrenamiento especial y pasado exámenes que ofrece la junta nacional de cirujanos. Pregunte si su cirujano está “certificado por la junta” en cirugía. Algunos cirujanos también tienen letras tales como F.A.C.S. (por sus siglas en inglés) después de su nombre. Esto significa que son Fellows of the American College of Surgeons (Asociados del Colegio Americano de Cirujanos) y que han pasado por otra revisión de sus habilidades quirúrgicas, realizada por parte de cirujanos.

¿Qué tanta experiencia tiene usted con este tipo de operación?

Una forma de reducir los riesgos de cirugía es escoger a un cirujano que ha sido bien entrenado para realizar la cirugía y tiene suficiente experiencia llevándola a cabo. Usted puede preguntarle a su cirujano acerca de su expediente de éxitos recientes y complicaciones con esta cirugía. Si es más fácil para usted, puede discutir las credenciales de su cirujano con su médico de cabecera. (Seleccione por más información sobre las credenciales de los cirujanos.)

¿En qué hospital se realizará la operación?

La mayoría de los cirujanos trabajan en uno o dos hospitales locales. Averigüe dónde se va a realizar su cirugía y qué tan seguido se realiza allí ese mismo tipo de operación. Las investigaciones demuestran que a menudo a los pacientes les va mejor cuando tienen la cirugía en hospitales que cuentan con más experiencia en esa operación.

Pregúntele a su médico acerca del índice de éxito en los hospitales entre los que usted puede escoger. El índice de éxito corresponde al número de pacientes que mejoran dividido entre todos los pacientes que tuvieron la operación en un hospital. Si su cirujano sugiere utilizar para su cirugía a un hospital con un índice bajo de éxito, averigüe por qué.

Pregúntele al cirujano cuánto tiempo tendrá que estar en el hospital.

Hasta hace poco, la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía pasaban la noche en el hospital 1 ó más días. Hoy día, a muchos pacientes se les hace la cirugía como un paciente externo en un consultorio médico, en un centro de cirugía especial, o en una unidad del hospital para cirugías diurnas. Estos pacientes tienen la cirugía y regresan a casa el mismo día. La operación para pacientes externos es menos costosa porque usted no tiene que pagar por quedarse en un cuarto de hospital.

Pregunte si su operación se hará en el hospital o en un lugar para pacientes externos, y pregunte cuál de éstas es la forma usual en que se hace la cirugía. Si su médico recomienda que usted pase la noche en el hospital (tener una cirugía para paciente interno) por una operación que usualmente se realiza como cirugía de paciente externo—o recomienda una cirugía de paciente externo que usualmente se realiza como paciente interno—pregunte por qué. Usted desea estar en el lugar adecuado para su operación.

Haga seguro que el cirujano marque el lugar donde él o ella le van a operar

Raramente, los cirujanos cometen un error y operan en la parte equivocada del cuerpo. Un número de grupos de cirujanos ahora urgen a sus miembros a que utilicen un bolígrafo marcador para mostrar el lugar en dónde van a operar. Los cirujanos hacen esto escribiendo directamente en la piel del paciente el día de la cirugía. No tenga miedo de pedirle a su cirujano que haga esto para hacer que su cirugía sea más segura.

Preguntas rápidas para su médico

Lleve esta lista de preguntas con usted cuando vea a su médico o cirujano para hablar sobre su cirugía:

¿Qué operación está recomendando?

¿Por qué necesito la operación?

¿Existen alternativas a la cirugía?

¿Cuáles son los beneficios de tener la operación?

¿Cuáles son los riesgos de tener la operación?

¿Qué sucede si no tengo esta operación?

¿Dónde puedo obtener una segunda opinión?

¿Qué entrenamiento y experiencia tiene para realizar este tipo de cirugía?

¿Dónde se llevará a cabo la operación?

¿Tendré que pasar la noche en el hospital?

¿Qué tipo de anestesia voy a necesitar?

¿Cuánto tiempo me tomará recuperarme?

¿Cuánto costará la operación?

¿Puede marcar la parte de mi cuerpo en la que va a operar?

## **PROGRAMAS DE SEGUNDA OPINIÓN**

Los Programas de Segunda Opinión son parte de las técnicas de gestión del Managed Care y que a su vez forman parte de la estrategia de reducción

de utilización de servicios que no aportan beneficios al proceso asistencial o de limitación de cuidados innecesarios.

Recuerde que el Managed Care (Medicina gerenciada) es justamente el conjunto de estrategias que tuvo su auge en los Estados Unidos en la década del '80 y llevó al sistema Managed Care que es el que funciona en Estados Unidos. Los enfoques de Managed Care son como el de la segunda opinión, algunas técnicas que se utilizan en diversas partes del mundo, por ser efectivas independientemente del sistema de salud del país, incluso europeos.

Los Programas de segunda opinión se utilizan casi con exclusividad para los procedimientos o prácticas quirúrgicas y dentro de las mismas las electivas o programadas (por razones obvias). El segundo cirujano puede confirmar la indicación quirúrgica, considerar que no corresponde, cuestionar el diagnóstico que la origina, o determinar la necesidad de mayores datos o exámenes para expedirse. Las modalidades de aplicación pueden ser varias: obligatoria o voluntaria; el segundo cirujano puede ser de libre elección o formar parte de un plantel preestablecido por la aseguradora; puede tener o no penalizaciones, etc. Luego de esta segunda opinión es el paciente el que decide si se realiza o no la intervención. Esta modalidad que dista del conocido rechazo a una práctica por un auditor de oficina en una obra social o prepaga, en el fondo nació con el mismo objetivo (bajar costos). Según algunos trabajos utilizando esta técnica las reducciones que se obtuvieron en general fueron más producto del efecto que produce ante el primer cirujano el saber que su decisión será revisada, que a rechazos propiamente dichos.

Un artículo recientemente publicado que recibí de Intramed News en abril de 2007 nos permite conocer el estado actual de esta técnica con el avance de la tecnología:

## **SEGUNDAS OPINIONES MÉDICAS Y CAMBIO DE TRATAMIENTO.**

*Más demanda de un servicio novedoso.*

Al 60% de las personas con enfermedades graves que solicitan una segunda opinión médica de un especialista se les aconseja un cambio de tratamiento, y en un 21% una “modificación radical” del mismo, según un informe sobre una muestra de más de 5.000 pacientes realizado por la empresa

Advance Medical, pionera en la gestión de segundas opiniones de expertos a través de Internet.

Uno de los directivos de Advance Medical, Marc Subirats, destaca que algunos de los “cambios radicales” en el tratamiento recomendados pueden llegar a “ahorrar una intervención quirúrgica al paciente”. Asimismo, un 38% de los expertos también aconseja un cambio en el diagnóstico, siendo en un 7% “cambios mayores”, añadió.

El informe también apunta a una “buena relación médico-paciente”, ya que así lo sostiene un 90% de los tratados. En conjunto, un 60% de los enfermos que solicita una segunda opinión comparte la información con su médico de referencia y el 94% continúa con el equipo original.

La mayor parte de los demandantes de este servicio de telemedicina, que se propone ahorrar desplazamientos a otro país para consultar a profesionales de prestigio, piden segundas opiniones médicas por casos de cáncer (18%), seguidos de los casos de neurología (12%), traumatología (10%) y reumatología (8%).

## **PREVIENIENDO LOS ERRORES EN LA MEDICACIÓN**

En julio de 2006 el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) elabora un informe titulado “*Previniendo los errores en la medicación*”, el cual se traduce y resume. Por complementar las anteriores recomendaciones, se lo agrega en este capítulo.

Casi todas las personas en este mundo moderno toma medicación. Se estima que, por ejemplo, en una semana en Estados Unidos 4 de cada 5 adultos usará algún tipo de medicamento y 1/3 de los adultos tomará 5 o más remedios. Estos la mayor parte del tiempo son beneficiosos para el paciente, o al menos no le causará ningún daño, pero ocasionalmente sí puede hacerlo (evento adverso por medicación) y esto podría prevenirse.

Ante esta realidad los centro de servicio de Medicare (Sistema de salud para ancianos) y Medicaid (Sistema de salud para personas sin recursos) requirieron al IOM estudiar la prevalencia de los errores en la medicación y formular una agenda nacional para reducirlos. Estos encontraron que los errores eran muy comunes y costosos para la nación. Para mejorar sería necesario la participación y el cambio de los médicos, enfermeras, farmacéuticos y

otros actores de los sistemas de salud, además de la Administración General de Drogas (Food and Drug – F.D.A.), de agencias del gobierno, hospitales y otras organizaciones, pero también de **los pacientes**.

Los errores con la medicación ocurren en distintos momentos: en la obtención de la droga, en la prescripción, en la entrega, en la administración y en el monitoreo de sus impactos o efectos. La prescripción y la administración son por lejos las más frecuentes. Las conclusiones del Comité de Identificación y Prevención de Errores con la Medicación fueron que el estado actual no es aceptable y que es necesario una serie de pasos para prevenir los errores con la medicación. A saber:

Un paradigmático cambio de las relaciones entre profesionales y pacientes. Que estos últimos tomen un rol más activo en lo que al cuidado de su salud se refiere, dejando de lado el modelo paternalista centrado en el médico y pasando a la asociación médico-paciente o institución-paciente, entendiendo y conociendo con respecto a su medicación y con una mayor responsabilidad en el monitoreo de la misma, previa educación por parte del profesional, quien deberá estar siempre dispuesto a escucharlo respecto de las dudas que se le presenten (riesgos, contraindicaciones, efectos adversos, etc).

Los pacientes y sus familias deberían tener un registro de la medicación que incluya desde cuándo la toma y si le produjo alguna reacción. Y efectuar un doble chequeo o control de las prescripciones para asegurarse de no cometer errores.

El comité recomienda que sean diseñados folletos de fácil lectura y entendimiento respecto de los medicamentos; tener una vía disponible de información las 24 Hs. vía internet o de consulta telefónica en relación a información sobre medicamentos.

El comité considera que aprovechando los avances tecnológicos, las prescripciones se realicen en computadoras, de esta forma se evitarán los errores propios de las recetas manuscritas, pero además al ingresarlas en el sistema este entrecruzarará información alertando sobre alergias, contraindicaciones o interacciones con otras drogas.

A la industria farmacéutica el comité le recomienda prestar especial atención a los envases y etiquetas, que por similares con otros pueden producir errores. También deberían sonar bien distintos para no confundirse. Respecto de los prospectos aconseja sean más claros y comprensibles para los pacientes.

El informe adjunta una hoja con consejos, la que se transcribe:

Personal y en el hogar

-Tener una lista de medicamentos prescritos, no prescritos y otros productos tales como minerales o vitaminas que esté tomando.

-Llevar la lista con usted cada vez que realice una consulta, entregándose-la al profesional para que la controle.

-Tenga presente y anotado donde obtener información respecto a medicación en su comunidad y/o distintos sitios en internet.

Farmacia

-Confirme con certeza el nombre de la droga, marca o genérico. Y que las instrucciones para su uso que le den en la farmacia concuerden con lo que le prescribió su médico.

-Para su mayor seguridad, puede darle al farmacéutico su lista de medicamentos que usa para que este controle, si no hay contraindicación alguna.

-Pregunte si tiene información complementaria sobre el medicamento.

Atención ambulatoria / Hospital de día

-Usted puede solicitar al profesional lo mismo aconsejado en el rubro anterior.

Atención en internación

-Pregunte al doctor o a la enfermera qué drogas o remedios está usted recibiendo.

-No tome ninguna medicación sobre la cual no se le explicó cuál es su propósito o efecto.

-Ejerza su derecho a que otra persona (familiar o amigo) controle la medicación si usted no puede hacerlo por sí mismo.

-Antes de una cirugía pregunte qué medicación debe seguir tomando y cuál debe suspender.

-Antes de su alta, pregunte por el listado de medicamentos que debe tomar o recibir en su hogar, revise el listado con su médico, asegúrese de haber entendido todas las indicaciones y no se olvide de mostrarle la lista con los medicamentos que usted usa normalmente y pregunte si no hay alguna contraindicación.

Dado que la agencia AHRQ está interesada, según expresa en su página web (en AHRQ Home – Customer Feedback), en conocer el impacto que tanto en los sectores públicos como privados tienen sus investigaciones o pro-

ductos que están siendo utilizados, pero con el objeto de no sobrecargar a la institución con contactos individuales, usted puede enviar un mail a pberstein@intramed.net.ar, dando su opinión sobre las normas o recomendaciones que la AHRQ nos permite disponer, si considera que las mismas le serán útiles y/o cómo reaccionaron los profesionales y/u organizaciones al saber que usted las utilizaba, etc.

Si lo desea puede completar la siguiente encuesta que agregamos. Salvo la pregunta 3 y 10, el resto son para contestar “sí” o “no”. No siendo necesario repetir la pregunta. Por ejemplo, 1) Si – No.

Esta retroinformación será recopilada, clasificada y ampliada en caso de ser necesario con contactos personales posteriores con el lector para finalmente enviar a la agencia, transmitiendo los datos y hallazgos, y que estos puedan ser analizados como caso de estudio o similar de ser de su interés.

Se agradece desde ya la colaboración a quien responda, al que no lo ha hecho piénselo y recuerde que tanto sus datos como su información se mantendrán en absoluta confidencialidad, como corresponde a una encuesta o a un trabajo de investigación.

## **ENCUESTA A PACIENTES SOBRE LAS RECOMENDACIONES**

- 1- ¿Le resultó sencilla la lectura?
- 2- ¿Entendió las recomendaciones en general?
- 3- ¿No entendió alguna/s en particular? ¿Cuáles? Describirlas.
- 4- ¿Piensa que lo pueden beneficiar?
- 5- ¿Ya aplicaba algo de lo que aquí se recomienda?
- 6- ¿Piensa aplicar algo de lo que aquí se recomienda?
- 7- ¿Se sentirá cómodo aplicándolas?
- 8- ¿Piensa que el profesional cambiará su actitud si usted las aplica?
- 9- ¿Pasó por alguna situación que hubiera podido evitarse conociendo estas recomendaciones previamente?
- 10- ¿Qué otros temas quisiera se incluyan? Enumérelos.
- 11- ¿Buscó alguna otra recomendación en la página [www.ahrq.gov/info/customer](http://www.ahrq.gov/info/customer) o [www.ahrq.gov/consumer/espanoix](http://www.ahrq.gov/consumer/espanoix) (en español)?
- 12- ¿Compartió algunas recomendaciones con familiar, amigo o conocido?

## **CAPÍTULO 3**

### **LA SEGURIDAD EN LOS PACIENTES ANCIANOS**

Un capítulo aparte merecen nuestros ancianos, fundamentalmente en lo que a seguridad se refiere. Revisando la literatura, donde mejor están contemplados algunos de los aspectos más importantes es en el informe del AHRQ, la Agencia para la Calidad e Investigación en la Atención de la Salud, del 2001, bajo el subtítulo: “*Un análisis crítico de prácticas seguras para pacientes*”.

#### **LAS CAÍDAS**

En pacientes ancianos existen muchas posibilidades de que cuando estos requieran internación, puedan presentar accidentes o complicaciones propios de la internación más que de la enfermedad que la generó. La más frecuente es la caída de camas o camillas, muchas veces causante de fracturas de cadera, las que deben ser operadas, aumentando la morbimortalidad propias de su enfermedad de base y estado general por su edad, además de prolongar la internación y requerir cuidados postoperatorios, rehabilitación kinésica y cuidados especiales, luego en su domicilio y durante meses, con secuelas para caminar y movilizarse o complicaciones propias de la operación (siendo la infección y el rechazo las más comunes). Otras fracturas o los traumatismos de cráneo también se ven como consecuencia de estas caídas. Según las estadísticas, las caídas se producen entre el 0,6 y el 3,6 %, calculando cada cama por año. Si tomamos 30 instituciones de 500 camas cada una, esto equivaldría a decir que en estas, se produce 1 caída de ancianos por día.

En pacientes ancianos institucionalizados también son frecuentes las caídas por escaleras sin pasamanos adecuados, bañeras sin materiales antideslizantes, pisos no adecuados, luz inadecuada y hasta calzado inapropiado.

Si bien las recomendaciones sobre este tópico fueron estudiadas para las instituciones, que el paciente o sus familiares las conozcan, puede ser útil al momento de elegir el lugar donde vivirán sus abuelos, además de: que el mismo cuente con equipos multidisciplinarios, compuesto por geriatras,

enfermeras diplomadas especializadas, asistentes sociales, kinesiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos y sicoterapeutas como mínimo, y personal de servicio suficientes (mucamas, auxiliares de enfermería, cocineros, personal de mantenimiento, camilleros para traslado de pacientes), etc.

La primera y más importante medida es identificar a los pacientes de riesgo de sufrir caídas, sea por sus antecedentes previos, por trastornos motrices, neurológicos o psiquiátricos o por alguna otra razón o discapacidad. Esta identificación tiene que materializarse por medio de brazaletes, de carteles, etiquetas u otros, visibles en el paciente o su cama, y además debe figurar en lugar visible en la estación de enfermería. Obviamente que a estos pacientes se les indicará una actividad física restringida y controlada.

No se puede pretender que las camas cuenten con sensores o alarmas que alertan cuando el paciente se levanta de su cama (que ya se encuentran en los comercios), pero pueden tomarse medidas para minimizar los riesgos, tales como camas bajas, camas con barandas y en algunos casos medios de sujeción. Si no se pueden modificar las características del piso y este es liso y resbaloso, deberá, como en el caso de los bebés, adaptar un calzado antideslizante, medias antideslizantes o preferentemente que camine descalzo. Existen en el mercado también protectores de cadera para utilizar durante el día y la noche, para minimizar la terrible complicación de una fractura de cadera.

Estas recomendaciones son más específicas para ancianos hospitalizados o institucionalizados. Sin embargo en mi experiencia, me preocuparía más en los casos, tanto en ancianos como en cualquier paciente de cualquier edad, con trastorno de conciencia, sea prolongada o intermitente, o traumatizados, que por algún motivo concurre a las guardias de hospitales o sanatorios. Esto lo sostengo porque en estas guardias que trabajan fundamentalmente en urgencias y emergencias, el personal en algunos momentos está sobrecargado, no siempre se cuenta con camas o camillas con barandas, ni se conoce la posibilidad real de que ocurra una caída, por lo tanto hay que pensar que puede caerse. Para evitarlo, como acompañante del paciente, verifique si la camilla cuenta con freno, si este está colocado; si tiene baranda que esté puesta y fija. De no ser así, apoye la camilla de lado contra una pared y usted quédese en el medio del otro lado, siempre con el paciente acostado. En caso de convulsiones o crisis de excitación siempre grite pidiendo ayuda pero no se retire. Y lo más importante, si ve a algún paciente en situación de riesgo de caerse, avise a la enfermera o al familiar del mismo.

## **DEPRESIONES GRAVES – INTENTOS DE SUICIDIO**

Tan riesgoso como las caídas, lo son los cuidados en pacientes con depresiones graves o intentos de suicidio. Así no hubieran sido serios, el próximo puede ser fatal. Aquí es muy importante cuando no se trata de centros especializados, que es lo más frecuente dado que el primer paso es concurrir al centro asistencial más cercano, verificar si las ventanas están protegidas para evitar que el paciente pueda arrojararse por ellas, y si no hay elementos que pueda utilizar, instrumental punzo cortante, drogas o medicación, sogas o cinturones, etc. Pero como siempre, lo más importante es no dejar al paciente solo. Desgraciadamente he visto infinidad de casos donde el acompañante o está dormido o haciendo sociales, por minimizar los riesgos.

Para finalizar quisiera que tengan presente que el delirio en los pacientes ancianos, aunque también puede producirse en más jóvenes, no es infrecuente en pacientes hospitalizados por múltiples factores. El episodio agudo puede no preverse, pero hay elementos que los médicos tratantes, las enfermeras y los familiares pueden reconocer y que son premonitorios tales como un nivel de conciencia inferior al usual, trastornos del sueño, alteraciones del sensorio, signos de deshidratación, etc. Tener muy en cuenta los síntomas luego de procedimientos en que se realizó anestesia.

## **ÚLCERAS POR DECÚBITO EN ANCIANOS**

Las úlceras producidas generalmente por presión sobre prominencias óseas son una causa común de morbilidad en los pacientes ancianos hospitalizados. Tal es su importancia que es uno de los indicadores de calidad utilizados en las instituciones que tienen a su cuidado ancianos o pacientes que requieren control permanente de enfermería.

Siendo la prevención su aspecto más importante adquiere máxima relevancia la identificación de factores de riesgo antes de que se produzcan. Los más importantes son la escala de Norton y la de Brandon, la primera evalúa: grado de actividad, incontinencia, estado mental, movilidad y condición física. La segunda evalúa: actividad, ingestión alimentaria, fricción, movilidad, percepción sensorial y humedad de la piel.

Dentro de las medidas para evitar y/o minimizar úlceras encontramos como la más importante la rotación y cambios de posición del paciente, la ins-

pección minuciosa y regular de la piel, la disminución al mínimo de presiones sobre la superficie cutánea, favorecer la movilidad y asegurar una buena nutrición. A lo que algunos autores agregan la utilización de aplicaciones tópicas sobre la piel sana en un intento de evitar futuras lesiones por presión o decúbito.

Muchos investigadores han centrado su atención en el uso de camas o colchones especiales como medidas de prevención, sin haberse llegado a un consenso.

En 1991 Krasner reportó más de 115 diferentes tipos de superficies para contrarrestar el efecto de la presión en el mercado, incluyendo la piel de cordero, los colchones símil caja de embalaje de huevos o el uso de diversos polímeros elásticos, distintos tipos de espumas, gel, aire, agua, en los mismos; dentro de los que podríamos llamar soportes estáticos. A los que se asocian otros sistemas tales como bombas de aire intermitentes o camas que permiten la rotación constante del paciente.

Las úlceras por presión generan a las instituciones incrementos de los días de estadía, de las horas de enfermería y obviamente de los costos. Los pacientes pueden complicarse con celulitis, osteomielitis y sepsis aumentando considerablemente la morbilidad de los mismos.

No surgen claras evidencias como para arribar a conclusiones significativas, pudiendo resumirse que sólo se pudo corroborar: una mayor efectividad en los distintos diseños realizados para disminuir la presión en relación a las camas y colchones estándar, sin poder recomendar como el mejor a ninguno de ellos. Y que detectar a los pacientes de alto riesgo de padecer úlceras para incrementar en los mismos las medidas de prevención (aunque existen varios criterios o definiciones de lo que es un paciente de alto riesgo), disminuirán la tasa de desarrollo de úlcera y la morbilidad en los pacientes reduciendo los días de estadía, horas de enfermería y costos en comparación con aquellas organizaciones que no valoren esta entidad nosológica en su justa medida.

## **ERRORES EN LA TOMA DE FÁRMACOS EN PACIENTES ANCIANOS**

Respecto de los mismos, transcribo textual el artículo que me enviara Intramed News el 18 de abril de 2007, aprovechando para agradecerles su

esfuerzo permanente para mantener a la comunidad médica actualizada, y que me ha sido de suma utilidad en muchas ocasiones en general y en este emprendimiento en particular.

### **Recomiendan una serie de medidas para evitarlo.**

Un estudio ha demostrado que los adultos mayores con terapias farmacológicas complejas podrían cometer errores potencialmente de riesgo al intentar cumplir con las indicaciones médicas sobre su administración.

Los ancianos son especialmente propensos a cometer esos errores cuando se les modifica el tratamiento o si toman varios fármacos, explica en “Journal of the American Geriatrics Society” (2007) un equipo dirigido por la Dra. Terry S. Field, del Meyers Primary Care Institute, en Worcester, Massachussets.

Los resultados demuestran la importancia de que los pacientes comprendan exactamente cómo deben tomar los medicamentos y de que los médicos se aseguren de ello, comentó Field. “Es muy frecuente que los pacientes salgan del consultorio sin estar seguros de lo que escucharon”.

El equipo dirigido por Field decidió estudiar la naturaleza y el efecto de los errores que cometen los pacientes al consumir los fármacos. “Esto terminó siendo la parte más importante del problema, que nadie nunca vio”.

Los autores estudiaron a 30.000 pacientes de la cobertura estatal estadounidense Medicare durante un año, e identificó 129 efectos adversos de los fármacos o efectos secundarios potenciales, debidos a errores de los pacientes. En el 42% de los casos, esos errores ocurrieron después de que los médicos les indicaran a los pacientes cambiar el tratamiento farmacológico. Asimismo, aquellos que tomaban tres o cuatro fármacos eran dos veces más propensos a cometer errores que los que consumían dos medicamentos o menos, mientras que los pacientes que tomaban más de siete eran tres veces más propensos a cometer errores.

Los autores hallaron que la demencia, la confusión y los problemas sensoriales eran las causas ocultas más frecuentes de los errores. “Cuando los pacientes desarrollan enfermedades que debilitan su capacidad de llevar adelante los tratamientos, sería necesario reevaluar los riesgos y los beneficios de sus medicamentos” y que los pacientes vayan a la consulta médica acompañados, con la lista de los medicamentos para asegurarse de que están tomándolos adecuadamente y que no tengan miedo de preguntar si no entienden alguna indicación.

En el caso de los pacientes ancianos y dependiendo de su grado de lucidez, se torna casi imprescindible prepararle la medicación día a día o al menos por semana, y según horarios, para evitar que se confunda de medicamento, no lo tome por olvidarse o lo repita por no recordar o no haber anotado que ya lo había ingerido.

También se los deberá controlar estrictamente, porque no es raro que mientan y/o tiren medicamentos, que ellos creen que no necesitan o por pensar que les hacen mal. Sospechar cuando no se obtengan las mejorías esperadas o no se normalicen valores de laboratorio, como sería de esperar con el tratamiento.

## CAPÍTULO 4

### ANTES Y DESPUÉS DEL TO ERR IS HUMAN EN ESTADOS UNIDOS

Como no me cansaré de repetir, para poder realizar un análisis conceptual o esencial de un hecho o situación, es necesario hacerlo con una visión sistémica, un criterio unicista y **sin dejar de estudiar la historia o sus antecedentes**. Si utilizamos ese criterio podremos ver más allá de lo que se nos ofrece sencillamente y evitará arribar a conclusiones falsas o al menos no totalmente correctas.

He sostenido, como lo hacen otros autores, que el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, tiene un antes y un después del Informe IOM de 1999. Es verdad que la repercusión en el público, en los medios y en los políticos motivaron para que en menos de tres meses se comenzara a trabajar seriamente en el tema, y que el propio Presidente Clinton solicitara a distintas agencias federales un informe que contuviera al menos 100 acciones posibles, quedando la agenda a cargo de la Agencia para la Calidad e Investigación en la Atención de la Salud del Departamento de Salud de Estados Unidos. En julio de 2001 ya se encontraba disponible para los profesionales y el público el *Making Health Care Safer* (“Haciendo un sistema de salud seguro”), con 650 páginas, 59 capítulos y más de 80 ítems relacionados concretamente con la seguridad de los pacientes, proponiendo normas o procedimientos para reducir eventos adversos y recomendaciones para promover e implementar prácticas médicas seguras en las organizaciones de salud.

También es cierto que con posterioridad al informe *To err in human*, el IOM, en marzo de 2001, publica un segundo informe titulado *Crossing the Quality Chasm* (Atravesando el abismo de la calidad) subtítulo: Un nuevo sistema de salud para el siglo XXI. En este se encuentra el mismo espíritu crítico en relación al error en medicina y la seguridad de los pacientes, como lo dan a entender ya en el título, dado que el IOM sostiene: “Efectivamente entre el cuidado de la salud que actualmente tenemos y el que deberíamos tener, no hay un hueco o vacío, hay un abismo...”. Algunos de los conceptos y reglas que propone se expondrán aunque en forma resumida luego de revisar otros estudios previos al mismo.

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Si avanzamos un poco en el análisis podemos encontrar, como también lo hicieron los Dres. Shojania, Wald y Gross, de las Universidades de California, Pensilvania y Arizona respectivamente, en su trabajo *“Cómo entender los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes hospitalizados”*, que existían muy serios estudios epidemiológicos sobre acontecimientos adversos en los hospitales estadounidenses.

En 1964, Schimmel, en un estudio prospectivo de 8 meses en un hospital comunitario afiliado a la universidad, describe que un 20 % de los pacientes experimentaron una complicación en la asistencia médica no relacionada con la enfermedad de base y que 1,6 % llevaron a una complicación que causó o contribuyó a la muerte.

En la década del '70 y a raíz de la crisis de la mala praxis de California, que casi deja sin atención médica a la población, se realizó un estudio retrospectivo sobre 20.860 historias clínicas, surgiendo que el 4,6 % de los ingresos se asociaron con acontecimientos indemnizables imputables a la atención sanitaria, de los cuales 0,6 % fueron por muerte o incapacidad permanente y grave.

En Boston en 1981 Steel publica un estudio prospectivo de 8 meses y determina que al menos 36 % de los pacientes experimentó una enfermedad iatrogénica, 2 % mortal. El estudio de Harvard que utiliza el informe IOM de 1999, y cuyos datos ya ofrecimos, fue comenzado en 1984. Y el de Utah-Colorado que se solicitó para validar los datos del de Harvard fue encargado en 1995.

Fuera de Estados Unidos, en 1995, el estudio realizado en Australia, demostró que 16,6 % de los pacientes hospitalizados presentaron eventos adversos, de los cuales un 50 % se podría haber evitado. En Boston, en 1993, se estudiaron las reacciones adversas a medicamentos determinándose que las encontraron en 6,5 % de los ingresos, de los cuales 0,06 % fue mortal. En el 5,5 % de los pacientes se constató error grave en la medicación pero que no produjo lesiones.

En 1997, Andrews, en un trabajo donde observadores acompañaron a los profesionales durante 9 meses, en dos terapias intensivas y una unidad quirúrgica, informaron que el 45,8 % de los pacientes experimentó un acontecimiento adverso derivado de la atención médica y 17,7 % experimentaron el

acontecimiento adverso con al menos una discapacidad pasajera o una lesión más grave.

Con estos antecedentes epidemiológicos puedo formularme la hipótesis de que el informe IOM de 1999 no descubre nada nuevo. Fue parte de una estrategia perfectamente estudiada, analizada, al igual que sus consecuencias, ya que es bien sabida la alta litigiosidad que existe en Estados Unidos. Los profesionales, como surge de los estudios mencionados, conocían aunque no fuera con datos tan precisos, sobre la alta cantidad de errores médicos que se producían, así como sus graves secuelas, y tampoco podían desconocer que el sistema de salud en el que trabajaban era imperfecto e inseguro.

El miedo a sufrir demandas por mala praxis y las medidas y recomendaciones de las compañías de seguros de mala praxis, no habían tenido el impacto deseado en disminuir los errores. Tampoco los esfuerzos de las gerenciadoras de salud y sus instituciones para generar un cambio, introduciendo los principios de la calidad de la atención médica o la gestión de la calidad, se vio reflejada en las estadísticas de los estudios efectuados, ni en Nueva York, ni en Utah-Colorado.

Hacia falta algo más, y que mirándolo retrospectivamente era muy sencillo, que el propio paciente ayude, y para ello había que contarle toda la verdad sobre el sistema de salud, que la mayoría creía era seguro.

El paciente se cuidaría más, no sería tan confiado, y exigiría una atención más segura a sus profesionales tratantes, pero además presionarían a los gobiernos o a los legisladores para revertir la situación, lo que efectivamente como vimos al principio del capítulo se logró. Después se vería qué hacer con los juicios por mal praxis.

¿Cuánto tuvieron que ver en la decisión de la publicación, los 17.000 a 29.000 millones de dólares al año que costaban al país los errores médicos? Como decía Luis Armstrong (1901-1971): “Si tienes que preguntarlo, *nunca lo sabrás*”.

Además del AHRQ, existe en Estados Unidos la **Fundación Nacional para la Seguridad de los Pacientes**. Esta fundación es una organización sin fines de lucro (ONG) dedicada a mejorar la seguridad de los pacientes y reducir los errores en medicina y concientizar a hospitales, médicos, enfermeras, sistemas de salud, pacientes y sus familiares, sobre el tema, trabajando para que la seguridad de los pacientes sea una prioridad nacional.

Fundada en 1996, en el año 1997 incorporó a la Asociación Médica

Americana, contando con el apoyo de varias corporaciones. Desde 1998 hasta 2004 financió 23 investigaciones, con becas por más de 2 millones de dólares. Algunos de los tópicos estudiados fueron errores en la medicación, diseño de organizaciones seguras, el disclosure, las comunicaciones efectivas o por ejemplo, más específicamente, la seguridad de personas ancianas que viven aun independientes.

La **Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes** fue lanzada por la OMS y sus asociados en octubre de 2004 para avanzar en el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes, bajo el lema hipocrático “First do no harm” (*Primero no dañar*), cortar con el número de enfermedades, injurias y muertes sufridas por los pacientes en los distintos niveles de atención de la salud.

El incremento de efectos adversos, que como dijimos comenzó a ser de dominio público a partir del informe IOM de 1999 y que gracias a la globalización informática se difundió a varios países, llevó a considerarlo una emergencia y a la necesidad de crear una “cultura de la seguridad”. En el año 2002 la asamblea de la OMS adoptó la resolución de urgir a los países a prestar la mayor atención posible al tema de la seguridad de los pacientes y monitorizar los sistemas de salud en relación a esta problemática. La resolución incluía también que la OMS construiría normas globales, establecería estándares y ayudaría a los países en su esfuerzo por desarrollar políticas sobre seguridad de los pacientes.

La buena respuesta de los países y agencias de salud de distintas partes del mundo y la cantidad de consultas para requerir asistencia técnica de iniciativas incorporadas dentro de los sistemas de salud, condujeron finalmente al lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. (Para mayor información consultar la página web [www.who.int/patientsafety/en](http://www.who.int/patientsafety/en) de la World Health Organization, apartado “Patient Safety”).

## **UN NUEVO SISTEMA DE SALUD PARA EL SIGLO XXI – IOM (2001) CROSSING THE QUALITY CHASM**

Este nuevo informe del Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, dado a conocer unos meses antes de que AHRQ publique su *Making Health Care Safer* (que podría traducirse como “diseñando o desarrollando un siste-

ma de salud seguro”), propone la estrategia de reinventar el sistema de salud, dado que hacer mejoras parciales no será suficiente para dar a todos los americanos en cada comunidad la seguridad que las investigaciones previas y ya mencionadas demostraron que no tiene.

Los avances deben comprometer a todos los integrantes del sistema: profesionales, instituciones gubernamentales federales, legisladores, proveedores públicos y privados de cuidados de salud, entes reguladores, organizaciones federales, comités gubernamentales y consumidores (pacientes y familiares); con el objeto de reducir la carga de enfermedades, injurias, muertes y discapacidades que produce la atención de la salud por sí misma, independientemente de la evolución de la enfermedad del paciente.

La atención de la salud debe ser **segura**, evitando injurias a los pacientes que se intenta ayudar.

**Efectiva**, dando aquellos servicios que según evidencias científicas beneficien, absteniéndose de hacerlo en aquellos que no se beneficiarán.

También debe ser **oportuna** en el tiempo, reduciendo esperas y dilataciones que pueden ser dañosas, tanto en el paciente que las recibe, como en los profesionales que las proveen.

**Efficiente**, o sea con la menor cantidad de desperdicio de equipos, materiales, insumos, tiempo e incluso ideas y energía.

**Equitativa** proveyendo cuidados que no varían por características propias del sexo, razas étnicas, localización geográfica o estatus socio económico.

Finalmente, concluye el informe, debe estar **centrada en el paciente**, brindando servicios en forma respetuosa, de acuerdo a las preferencias individuales de cada paciente, según sus necesidades, valores, etc, los que guiarán las decisiones clínicas.

De las 10 reglas que propone el informe para este rediseño se transcribirán las partes que pueden resultar de interés al lector, en su condición de paciente, usuario o familiar.

- 1) El paciente debe recibir la atención y el cuidado apropiado, cuando lo necesite y en distintas formas, no sólo la consulta tradicional frente a frente. El sistema debería ser más sensible en todo momento y el acceso puede ser por medios no tradicionales como internet (consultas por e-mail a los profesionales con respuestas rápidas y que evitan traslados innecesarios) o por teléfono, evitando pérdidas de tiempo y recursos.
- 2) El sistema no solamente debe responder a las necesidades más comu-

nes. Tiene que tener la capacidad para afrontar aquellas que no lo son, con la misma naturalidad, dado que existen necesidades, elecciones o preferencias especiales que deben contemplarse.

- 3) El paciente es la principal fuerza de control del sistema de salud, para ello debe recibir la información necesaria, la oportunidad y ser estimulado para ejercer el grado de control sobre las decisiones en su cuidado de la salud que lo afecte.
- 4) Los conocimientos y el flujo de información en la relación médico-paciente debe ser bidireccional y con la mayor libertad posible.
- 5) Las decisiones se deberán tomar de acuerdo a conocimientos basados en evidencia científica y no variar ilógicamente entre un profesional y otro o entre distintos lugares.
- 6) La seguridad deberá ser un subsistema dentro del sistema de atención de la salud, reduciéndose los riesgos y prestando especial atención a las medidas que puedan prevenir y/o disminuir errores.
- 7) Deberá existir transparencia total en la información, para que cuando los pacientes elijan profesional, hospital, seguro, plan de salud, puedan tomar la mejor decisión, lo mismo que cuando se deba optar entre distintas alternativas de tratamiento.
- 8) El sistema de salud debería anticiparse a las necesidades de los pacientes y no simplemente reaccionar ante ellas.
- 9) El sistema no deberá desperdiciar recursos, ni tiempo de los profesionales o pacientes.
- 10) Los profesionales y las instituciones deberán colaborar activamente entre ellos en el intercambio de información del paciente, con el objeto de poder realizar un correcto seguimiento y coordinar tratamientos.

## **PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PÚBLICO**

En un libro como este dirigido principalmente a los pacientes, a estos puede resultarles de interés la parte del informe *Errar es humano* de 1999 referida a la percepción de seguridad del público del capítulo 2, cuyos conceptos más importantes desarrollaré, aconsejando tener presente que lo que se transcribe son conceptos previos al año 1998.

Aunque el riesgo de morir de un error en medicina es muchísimo más alto

que el riesgo de morir en un accidente aéreo, esto no ha atraído la misma atención. El riesgo de morir en vuelos domésticos entre los años 1967 a 1976 era de 1 en 2 millones y mejoró en 1998 a 1 en 8 millones y se cree que la atención pública ha tenido un rol importante en esta mejoría.

El público americano es consciente de que el cuidado de la salud no es totalmente seguro, pero no ha tenido una posición activa para que mejore. Según encuestas lo percibe moderadamente seguro pero estas también muestran que tiene un limitado entendimiento de qué es exactamente la seguridad de los pacientes en el sistema de salud. Limitándolo, por ejemplo, a la exposición a infecciones, niveles de cuidados de atención recibidos, calificación de los profesionales, etc. Cuando se interroga a la población respecto a cuáles cree que son las causas de la inseguridad, responden “falta de cuidado”, o negligencia de los profesionales, quienes están sobrecargados de trabajo, preocupados y estresados. La mayoría de la gente toma conciencia acerca de los errores en medicina a través de anécdotas. Al preguntarles acerca del último o más reciente error médico del que tuvo conocimiento contestaron 42 % que escucharon a familiares y amigos, 39 % por la televisión, radio o diarios y 12 % por propia experiencia.

La mayoría de la gente ve al error en medicina como algo relacionado directamente con el o los profesionales, más que como una falla en un proceso, de un sistema tan complejo como lo es el de la salud. Al responder sobre posibles soluciones proponen en un 75 % eliminar a los profesionales con mala trayectoria de los sistemas de salud y 69 % mejorando el entrenamiento de los profesionales.

Numerosos factores contribuyen a esta distorsionada percepción del público. Reducir los errores y mejorar la seguridad de los pacientes no es prioridad explícita ni manifiesta de las organizaciones de salud, inclusive de aquellas entidades que tienen a su cargo la acreditación y la habilitación de los profesionales de la salud. La cobertura de los medios es sólo ante casos especiales y en forma anecdótica. El tema de los juicios de mala praxis hace que este tema también sea escondido y no sea tratado en la forma que se lo merece. El disclosure, que sería la revelación del secreto guardado, de que ocurrió un error, para 1998 era prácticamente menos que infrecuente.

Tal vez ahora, habiendo compartido la información más relevante del reporte del IOM, “*To err is human: Construyendo un Sistema Seguro de Salud*”, podamos coincidir en las respuestas a algunas de las preguntas que

como médico y persona me hice la primera vez que leí el informe del IOM de 1999.

Primero, por qué el Instituto de Medicina decidió la publicación del mismo, si se analizaron las ventajas y desventajas de hacerlo según la tradicional fórmula de la ecuación costo/beneficio.

Segundo, cuál fue el objetivo de la publicación.

Tercero, si el pueblo americano estaba preparado para recibir esta información.

Cuarto, si el informe no afecta la credibilidad en el sistema de salud.

Quinto, en cuánto influyó el tema económico (los costos en salud que producen los errores médicos) en esta determinación.

Sexto, qué repercusiones tiene un informe de estas características y/o las alternativas que este propone, en un país con tan alto nivel de litigiosidad, fundamentalmente en temas de mala práctica.

Séptimo, si las propuestas o recomendaciones ofrecidas, son las únicas, las mejores y fundamentalmente si son factibles o concretables.

Octavo, y para finalizar, si les dará resultado.

Aunque en mi último libro, “*El Error Médico*”, respondí las mismas, en esta oportunidad he decidido no caer en la tentación de reproducirlas, por considerar que es más importante lo que usted piense al respecto que mi propia opinión, la que por otro lado es fácil de encontrar en el desarrollo de los distintos capítulos, explícitamente o entre líneas.

Los dos siguientes artículos que se comentan lo ayudarán a responder la pregunta número 8.

Si tomamos en cuenta que el estudio de la Universidad de Harvard, de Leape y Brennan, de la población de Nueva York, que es la base del informe IOM de 1999, fue publicado originalmente en 1991 en *The New England Journal of Medicine*, que en el informe *Cruzando el Abismo de la Calidad* también del IOM en marzo de 2001, el primer objetivo que propone dice: “Los pacientes deben recibir el mismo nivel de cuidados de su salud las 24 horas al día, los 7 días de la semana”. No puede generarme más que un cierto grado (elevado) de escepticismo, respecto a los resultados reales o del verdadero impacto de las excelentes propuestas, el artículo publicado en el mismo *The New England Journal of Medicine* en marzo de 2007 titulado: “**¿Es peor tener un infarto de miocardio el fin de semana?**”. Donde concluye que los pacientes con infarto de miocardio que ingresan en los fines de

semana se asocian a una mayor mortalidad por un menor uso de procedimientos cardíacos invasivos, por lo que recomienda un mejor acceso a la atención sanitaria en los fines de semana igual o similar a la de los días de la semana, sobre todo por su importancia en los 2 primeros días de la internación.

Ante esta evidencia podemos inferir que pese a todos los esfuerzos y millones de dólares invertidos con el objeto de mejorar la seguridad de los pacientes, muchos de los objetivos propuestos no se han cumplido y el sistema de salud continúa siendo imperfecto.

En un artículo previo en noviembre de 2004 en la misma revista científica, *The New England Journal of Medicine*, refieren que en una encuesta nacional realizada a cinco años del reporte *To err is human: Construyendo un sistema de salud seguro*, cuyo objetivo era reducir en cinco años en un 50 % los errores en medicina, los datos obtenidos fueron los siguientes: 1/3 de los encuestados denunciaron experiencias personales con serias consecuencias; más del 55 % no estaban satisfechos con la calidad del sistema de salud en comparación con el 44 % que no lo estaba cuatro años atrás. El 40 % pensaba que la calidad en salud había empeorado, sólo 17 % que había mejorado y 50 % estaba muy preocupado por su seguridad cuando por algún motivo debía hacer uso del sistema de salud. La conclusión del artículo fue que era necesario acelerar y expandir los esfuerzos para mejorar la falta de confianza de los ciudadanos americanos en su sistema de salud.



## **CAPÍTULO 5**

### **EL ERROR EN MEDICINA EN LA ARGENTINA A CASI DIEZ AÑOS DEL TO ERR IS HUMAN**

*“La realidad no está sujeta a juicios de valor; sólo es posible su comprensión para poder adaptarse a ella”.* P. Belohlavek

Esta verdad es totalmente aplicable al abordar el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes tanto en USA y otros países desarrollados, como en Argentina. Pero para no errar en el diagnóstico de la realidad, es necesaria una visión sistémica y un pensamiento unicista, mucha información, y reconocimiento del problema.

Después vendrá la estrategia, la que en el tema que nos ocupa (disminución de los errores y mejora de la seguridad) sólo será exitosa con una actitud proactiva de los profesionales de la salud y la participación de los pacientes y la comunidad.

Con el objeto de que todo lo expresado previamente, no sea sólo un juego de palabras, y pueda ser entendido aún por los lectores que no han tenido la necesidad de lidiar previamente, con algunos conceptos que aquí se mencionan; pero reforzando la idea de que de esta personal interpretación de nuestra realidad, surge la hipótesis de que no será útil en la Argentina, copiar estrategias sin la adaptación necesaria, para que se produzca el cambio deseado en relación al abordaje de los errores en la medicina, para dar seguridad a los pacientes. Se ofrece una breve descripción, análisis o interpretación de cada uno de los elementos considerados importantes, que fueron estudiados y que permitieron arribar a la conclusión de la necesidad de una actitud proactiva y participativa con la que se concluye el capítulo.

#### **VISIÓN SISTÉMICA**

Esta nos permitirá identificar y definir cuáles son los elementos que cons-

tituyen el sistema (en este caso el de Salud) donde los errores se cometen, cómo son los procesos que favorecen su producción y cuáles serían los procesos con los cuales se los podría erradicar o al menos disminuir. También aportará elementos e información sobre el medio o el entorno del suprasistema que lo contiene y de los otros sistemas con quienes posee interfaces importantes.

*Recuerdo que sistema es el conjunto de personas y cosas con funciones diferentes, coordinadas y orientadas para alcanzar un objetivo. Las actividades que se desarrollan en el sistema para alcanzar un resultado se llama proceso. Lo que está fuera del sistema se llama medio, pero dentro de este lo que está más cercano al sistema recibe la denominación de entorno. Dentro de la teoría de sistemas están los que se denominan los subsistemas o suprasistemas. Por ejemplo, en salud, los subsistemas de salud públicos, privados, de obras sociales, pami, prepagas, estarían dentro del sistema de salud. Ahora si estamos analizando el sistema de salud que brindan las obras sociales, en ese caso el sistema de salud en general sería un suprasistema del mismo. Muchas veces dos sistemas tienen algo en común entre sí, en lo que a objetivos o resultados se refiere; la parte en donde se superponen dos sistemas se denomina interfase. Si, por ejemplo, hablamos de mala praxis médica y las leyes que la regulan, habría una interfase entre el sistema de salud, el sistema judicial y el sistema legislativo.*

*Profundizar en el análisis de los procesos proveedor-cliente, dentro de cada procesos macro, no sólo permitirá identificar en qué etapa del proceso se comete la falla o desliz, sino que favorecerá el reconocimiento de la satisfacción de cada cliente interno, sin la cual nunca estará satisfecho el cliente final, externo, o paciente en este caso. Un proceso se puede segmentar a su vez en los distintos procesos que lo componen. Estos se denominan procesos proveedor-cliente, dado que hay dos tipos de clientes, el interno, que es parte de la organización, y el externo, que está afuera de la misma y que es el usuario o cliente externo, en nuestro caso el paciente. Veamos un ejemplo sencillo. En el proceso para aplicar una inyección, la farmacia proveedor le entrega al cliente interno (la enfermera) la medicación y las jeringas; la enfermera proveedora ahora le aplica la inyección a su cliente externo (el paciente). Si el cliente interno está satisfecho porque tanto la medicación como las jeringas son las apropiadas, se las entregaron en tiempo y forma y la enfermera realiza correctamente su trabajo, el paciente (cliente externo) quedará satisfecho. Si la enfermera no está satisfecha con lo que se le entregó, nunca lo estará el paciente (salvo que hubiese ocultamiento). El beneficio de este método es que la enfermera se convierte en un control dentro del sistema que, por ejemplo, evitará se coloque al paciente un medicamento vencido. Además, sería imposible pensar en la seguridad de los paciente en un medio y con procesos inseguros para el personal; refiriéndonos no sólo a la seguridad física, sino también a la jurídica.*

En relación al **pensamiento unicista** esto implica ver una integración en todos los elementos de la realidad, incluso la del observador.

Para enfrentar o aproximarnos a la realidad se definen cuatro conjuntos de pensamientos.

- El operativo, que utiliza la analogía funcional.
- El funcional, que agrega a ésta la homología temática.
- El científico, que relaciona ciencias para encarar una solución.
- El conceptual, cuya acción está orientada a comprender la realidad en sus esencias.

El pensamiento estratégico, que integra a los cuatro anteriores, consiste en incorporar nueva información, asimilarla, llegar a su esencia, para luego relacionarla en abstracto y tener la capacidad de asociarla a acciones posibles en la realidad. La materia prima para todos ellos es **la información**.

Con este enfoque, se realizó una revisión de más de un centenar de reportes, libros, trabajos, publicaciones, leyes, jurisprudencias, etc., pertinentes en cuanto a la temática algunos y necesarios otros para evaluar escenarios foráneos y propios. De ellos se transcriben a continuación algunos títulos, aunque en general es más importante conocer cuáles fueron los asuntos o cuestiones analizadas. Las que dadas las características de este libro fueron aquellas relacionadas con la esencia del error en medicina y la seguridad de los pacientes.

En la mayoría de los casos las fuentes, como ya se viene realizando desde la introducción es mencionada, aclarando que las mismas contienen muchísima mas información útil, para los profesionales de la salud, las que se recomiendan a los mismos, para la etapa de implementación en aquellos establecimientos o servicios que ya están operativamente trabajando en la mejora continua de la calidad de la atención medica.

- To err is human. Building a Safer Health System (IOM) .
- Making Health Care Safer (Critical analysis of patient safety practices – AHRQ).
- Crossing the Quality Chasm.
- Preventing medication errors (IOM).
- Medical error.
- Quality management in health care.
- The patient safety hand book.
- Patient Safety: Achieving a New Standard of Care. Global Patient Safety Challenge for 2005-2006.
- Medical errors and medical narcissism.
- AHRQ. Recomendaciones para pacientes.

- Evolución histórica de la Medicina.
- Los distintos modelos de Salud en el mundo.
- The Managed Care y el Sistema de Salud Argentino.
- La crisis de los Seguros de Mala Praxis de California.
- La evolución de la Mala Praxis en Argentina.
- Los derechos del adolescente y la confidencialidad en USA y en la Argentina.
- Evolución de la filosofía de la Calidad en la Argentina y el mundo. Normas ISO. Premios a la Calidad.
- Reformas legislativas nacionales en Mala Praxis.
- Marco estratégico y político para la Salud de los argentinos.
- Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la atención médica en Argentina.
- Rol de las Instituciones Científicas. Colegios de Médicos. Asociaciones de Profesionales.
- Derechos de los beneficiarios de Obras Sociales.
- La justicia y el derecho a la salud.
- Las leyes de riesgo de trabajo.
- La Medicina basada en la evidencia.
- La certificación y la acreditación.
- La seguridad en general en la Argentina.
- Las etapas de la evolución social.
- La lógica del comportamiento humano.

El tema del error en medicina adquiere relevancia internacional luego del reporte “To err is human” del Institute of Medicine de USA que en 1999 publicó cifras alarmantes en cuanto a cantidad de errores, sus consecuencias y costos en los Estados Unidos de América.

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 lema “first do no harm” (“Primero no dañar”) para reducir accidentes y el riesgo de errores en los Sistemas de Salud.

En Argentina, la única institución que está trabajando orgánicamente, con

la seriedad, rigor científico y mesura que el tema requiere es la Academia Nacional de Medicina, con su Comité de Error en Medicina y Seguridad del Paciente, del Centro de Investigaciones Epidemiológicas ([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 está efectuando un estudio en cuatro instituciones del país sobre error en medicina y seguridad de los pacientes. Y está trabajando en la creación de un registro de errores en medicina, entre otras actividades. Algunos otros hospitales están trabajando también muy intensamente, tales como el Hospital Italiano. Y algunas asociaciones científicas han incorporado el tema en sus publicaciones, congresos y jornadas.

En lo personal, atento el aumento de los juicios por mala praxis y la información confusa sobre ésta y el error, sobre todo en los medios de prensa, decidí abordar el tema, publicando el libro *“EL ERROR MÉDICO. Aspectos Médicos, Médico Legales y Jurídicos”* (Ediciones D & D), convencido de la necesidad del cambio hacia la cultura de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Si evaluamos el tiempo de llegada de la información, sobre el tema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, gracias a la globalización, podemos decir que está fue bastante más rápida de lo que podíamos prever, en relación a otros conocimientos o avances científicos; y esto es muy positivo.

No obstante la gran tentación a la que incitan los informes del IOM y otras instituciones americanas que están trabajando sobre el tema, **mi hipótesis de trabajo, basada en nuestra realidad en la Argentina, es que copiar dichas estrategias como si fuesen 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 firmemente sobre la cultura del error en medicina y la seguridad de los pacientes, pero sin esperar resultados significativos a corto plazo excepto que los pacientes y la población en general se involucren.

## EL CAMBIO NECESARIO

Salvo que ocurra una crisis significativa o alguna situación emergente que obligue a conductas reactivas de defensa, partiendo de la base de que los indi-

viduos o las sociedades producen cambios sólo cuando no soportan más un estado anterior, no es esperable una gran o rápida transformación.

Toda gestión, pero fundamentalmente las de la seguridad y/o la de la calidad requerirá cambios, por lo que es necesario saber a qué nos enfrentamos, dadas las distintas características básicas de los mismos.

Todo cambio implica un costo que varía en función de las características particulares de las personas y la cultura en que se inserta. Existen tres niveles de cambio.

- Los cambios pequeños:

Son aquellos cuyas consecuencias aparecen como intrascendentes a las personal involucradas.

La suma de cambios pequeños producen un cambio pequeño.

No hay acumulación de costo psicológico, ya que en realidad en los cambios pequeños hay implícito un beneficio psicológico o a lo sumo una situación neutra. Pueden ser participativos, si no lo son generan resistencia, serán eficientes en la medida que haya un beneficio marginal por esta participación.

- Los cambios medianos:

En realidad son difíciles de definir, serían aquellos que son resistidos por las personas a las que se le imponen, pero su aplicación permite a los involucrados conservar su autoestima intacta.

A diferencia de los cambios pequeños, la suma de cambios medianos producen un cambio grande. Deben ser participativos pues sino se genera una resistencia mayor de los que correspondería al propio cambio.

- Los cambios grandes:

Son aquellos cuyo costo psicológico es insoportable para el involucrado. Los hombres se resisten a cambios grandes, salvo cuando la necesidad los obliga, dado que el costo es enorme.

La suma de cambios grandes produce una situación anárquica.

Los cambios grandes no pueden ser participativos sin anular su efecto pero deben responder a una necesidad profunda y sentida.

Por ejemplo, era previsible que se produjeran accidentes en la autopista de Ezeiza los días de niebla y con humo, pero fue necesario una sucesión de accidentes mortales para que se decida cerrarla cuando no están dadas las condiciones de seguridad necesarias.

Analizando la filosofía japonesa de la **atención centrada en el cliente**,

donde el que necesita pide o exige, los pacientes serán finalmente, por si mismos, por sus representantes o por otro medio, los que generarán el cambio. Los cambios de abajo hacia arriba en general son más violentos y efectivos, aunque en general por no estar planificados, luego deberán ser corregidos y perfeccionados. Cuando las bases sin presión, solicitan a los responsables, en cualquier orden, propender a un cambio, este se considera, finalmente, de arriba hacia abajo y lo ya mencionado más la burocracia, vienen asociadas.

En el fondo, no se puede descartar que la divulgación del *To err is human* tuviese como uno de sus objetivos principales contribuir a acelerar el proceso de cambio en USA por ese mecanismo. Lo dejan entrever en más de una oportunidad, pero nunca se menciona lo que para mí fue clave: ¡Pacientes ayúdenos, solos no podemos!.

Se consideró también en qué **etapa de la evolución social** está USA u otros países desarrollados en comparación con la Argentina, observando que los primeros están en la etapa de Cultura o Idealismo, muy distintas a la del Individualismo en que está sumida la Argentina, donde se maximiza la libertad en un estado aparente de libertinaje, con una expansión inestable al carecer de estructura y con una distribución caótica de la riqueza.

*Esta clasificación y definiciones que constituyen parte de las etapas de la evolución social, que es, como diría su creador, una ley natural permite hacer prospectiva (que es lo que sucederá aunque no nos dice cuando). Extraído de Teoría de la Evolución Social – Arqueología del Futuro, de P. Belohlavek. Las etapas cultura e idealismo son más avanzadas que la del individualismo. En la etapa cultural, la cultura (valga la redundancia) es funcional a la sociedad y la adaptación al medio se maximiza. El crecimiento pasa a ser el valor más buscado. En la etapa idealista la armonía entre los hombres es el valor más buscado, lo mismo que evitar los conflictos y la distribución que comienza a ser un problema. En la etapa creativa, la sociedad se defiende con la búsqueda de soluciones creativas y aparece la necesidad de priorizar la distribución por encima de los demás valores. Se planifica la realidad para lograr que esta etapa que se percibe como ideal se mantenga (esta sería la etapa de las sociedades europeas, que no casualmente establecen regímenes de trabajo no mayor de 35 horas semanales, tienen sistemas de salud y/o educación gratuitos o accesibles, normas de tránsito que se respetan y/o sistemas de resolución de conflictos, como por ejemplo en salud, que garantizan que las partes involucradas realicen su mejor esfuerzo para reducir errores o mejorar la seguridad de los pacientes.*

*Naturalmente el ser humano busca la libertad y al alcanzarla quiere la seguridad y vice-versa. Pero las sociedades maduras han aprendido que tener ambas simultáneamente no es posible, siendo las conductas de sus integrantes distintas a las de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. En medicina esta disyuntiva se da permanentemente. La población*

*quiere tener un sistema de salud seguro, no tener que andar pensando en prepagas, en consultas particulares, en pagar medicamentos, etc. Pero cuando un sistema de salud tiene todas estas características comienzan a pedir que generen libertad para elegir profesional u hospital, para elegir medicamentos de mercado y no genéricos, y/o que las operaciones se realicen cuando ellos decidan y no según una prioridad por la gravedad o importancia, que establezca sin consultarles el sistema de salud, por ejemplo de los seguros nacionales de salud de algunos países.*

## IMPLICANCIAS ÉTICAS

Dadas las implicancias éticas del tema, y utilizando el análisis multivariable tridimensional del ser humano que comete errores, podemos afirmar que según predomine la fuerza de su ello, de su superyo o de su yo, se podrá predecir cuál será su conducta o reacción ante los errores en medicina y cuál será su ética, la que de última decidirá sus conductas, lo que permitirá agruparlos en cuatro grupos básicos.

Los **amorales**, a quienes obviamente no les interesará nada, ni se plantearán siquiera analizar el tema, mientras a ellos no los afecte en forma directa y puedan seguir ejerciendo su profesión como lo hacen habitualmente.

Los **legalistas**, que no utilizarán sus propios valores o su ética, sólo ponen como condición ante sus actos, que no se quebrante la ley.

Los **simpatizantes**, que son el grupo que se inclina, cuando se plantean varias alternativas, por la que es éticamente más aceptable.

Y los **convencidos**, quienes ni siquiera se permiten analizar, ni que se analice ninguna alternativa o posibilidad que esté reñida con la ética, e incluso no trabajarían en instituciones que no la respeten.

Esta clasificación, aunque muy esquemática, nos advierte que no puede ser única la estrategia cuando se encara el tan mentado cambio cultural entre los profesionales de la salud, tanto en el tema que nos ocupa como en cualquier otro relacionado con la ética o la bioética en medicina.

Las éticas individuales influirán en las grupales y éstas en el cambio cultural deseado.

*Desde el punto de vista psicológico, siguiendo a Freud, el ser humano estaría compuesto por un ello, un superyo y un yo. Cuando nacemos somos exclusivamente ello. Lloramos si tenemos hambre y hacemos caca cuando vienen las ganas. Luego aparece el superyo, que representa el ideal, lo que nos han enseñado nuestros padres está bien o está mal (o la iglesia o la escuela), que no permite alejarnos de las conductas o normas morales aprendidas. Y fundamentalmente el yo, que es el que cumple la función hemostática o equilibrante entre los*

*dos primeros mencionados. En relación a la medicina, el siguiente ejemplo (también del Dr. P. Belohlavek) permitirá completar su entendimiento. La ciencia es puro ello, no tiene límites, todo está permitido en pos de los avances científicos. La técnica sería el superyo, utilizará de la ciencia sólo lo que moralmente está aceptado. El yo estaría representado por el arte y no en vano se dice que la medicina es la ciencia y el arte puesta a disposición de los pacientes.*

## **LAS NECESIDADES DE MASLOW**

Un elemento que también se tuvo en cuenta fue saber, según la pirámide de Maslow, qué tipo de necesidad se trata de satisfacer. Obviamente es a la segunda en importancia, luego de las fisiológicas, cual es la **seguridad**, encontrándose por encima y en orden ascendiente las sociales, las de estima y las de realización.

Según Maslow, las personas tienden a satisfacer una necesidad superior sólo cuando las inferiores están cubiertas. El hecho puntual es que las sociedades desarrolladas pensaban que los sistemas de salud eran seguros y al tomar conciencia que no los son obviamente entran en conflicto tratando que su necesidad y/o derecho a la seguridad vuelva a estar cubierto en el menor tiempo posible. Y cuando hablamos de seguridad de los pacientes no sólo nos referimos a minimizar los errores de los profesionales de la salud sino de hacer más seguro a todo el sistema de salud.

Maslow describió cinco tipos de necesidades. La más importante, y que hace la base de su famosa pirámide, son las necesidades fisiológicas, beber, comer, moverse, etc. Por eso las sociedades primitivas buscaban primero agua, alimentos, etc. Una vez que tenemos estos, le sigue la seguridad, hacer cercos para que no los ataquen animales, o casas donde sentirse seguros. Después pasa a las necesidades sociales; se agrupan en pueblos o villas, comparte actividades, etc. Casi simultáneamente comienza la necesidad de ser estimado o querido, busca pareja y tiene familia; y finalmente llega a la última necesidad que es la de realización (por ejemplo, quisiera tener la mejor casa, o ser el líder de su grupo, o el presidente de su país).

Surge aquí claramente la distinta ubicación en la pirámide para la mayoría de nuestra población en comparación a la mayoría de los EE.UU. No es lo mismo saber que la seguridad en salud es una de las tantas seguridades que no tienen satisfechas a tomar conciencia de que algo que pensaba era seguro, no lo es.

Pero además el análisis de este tan interesante tópico permite entender algunos aspectos relacionados con el tema del error en medicina, como es la medicina defensiva, las actitudes corporativas ante la inseguridad jurídica, el abandono de la profesión y/o especialidades de riesgo, y hasta el propio temor de los profesionales de la salud cuando se convierten en pacientes. Es la búsqueda de la seguridad.

## EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

La influencia y persistencia aún del Modelo Médico Hegemónico donde el médico omnipotente y el paciente sumiso crean una relación médico paciente asimétrica, también fue aceptada como un factor negativo que debe modificarse totalmente antes de intentar cualquier estrategia de cambio. Esto sólo será posible cuando el paciente se convierta en socio tanto para las decisiones, como para las responsabilidades, compartiendo las informaciones sobre la inseguridad de los sistemas de salud y ayudando a resolverlas. Esta tarea, como ya se habrá vislumbrado al leer sobre el narcisismo médico, no será nada fácil. Sólo se espera en este caso un poco de paciencia y comprensión. No pretenda por ahora que su traumatólogo o cirujano hablen con usted como su médico de cabecera o psicólogo, es casi imposible, pero recuerde que usted lo eligió porque justamente su obsesión y manualidad lo convirtieron en el que usted prefiere para que le arregle su hueso o le extirpe una parte de su cuerpo. O que es muy difícil seguir trabajando como si no hubiese pasado nada para un pediatra que acaba de decirle a una madre que su hijo ha fallecido. Podemos mejorar sin ningún lugar a dudas, pero los mecanismos de defensa que utilizamos son los únicos que nos permiten continuar en la profesión.

Para finalizar, el listado de algunos de los elementos tomados en cuenta para validar nuestra hipótesis, debemos mencionar que tanto **nuestra propia historia como la universal** nos aportan valiosa información. Como remontarnos hasta el código de Hammurabi (1800 A.C.) y encontrar allí el origen de la responsabilidad profesional sin influencias de abogados o periodistas. O descubrir con agrado que el lema de la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes utiliza una de las enseñanzas de Hipócrates (400 A.C.) “Primero

no dañar”. ¿Será que lo nuevo es lo viejo entrando por otra puerta?

Los otros datos analizados, los de nuestra propia historia y más reciente, son lapidarios en relación a copiar estrategias que en otros países fueron exitosas, el managed care, las AFJP, las ART, el uso de los cinturones de seguridad, de las luces bajas, la verificación técnica vehicular, la certificación y la categorización, los programas de calidad, el consentimiento informado, los derechos de los adolescentes para consentir y la confidencialidad, la medicina basada en la evidencia, la procreación responsables, la atención primaria de la salud, la habilitación de establecimientos (como Cromañon), etc., son sólo algunos de ellas.

*Veamos brevemente algunos: El Managed Care (atención gerenciada de la salud) es toda una estrategia que tiene enfoques y técnicas propias. Tuvo su auge en Estados Unidos en la década de los '80. Contempla al médico de cabecera, los programas de segunda opinión, planes individualizados para casos especiales, el alta planificada, la gestión y revisión de la utilización, etc. que son muy útiles o aplicables (tal es así que fueron incorporadas también en Europa). Sin embargo cuando se empezó a aplicar en nuestro país, sólo interesaban las partes que producían una reducción considerable de los costos en salud (lo que justifica la mala prensa que recibió la medicina gerenciada y la poca aceptación de la mayoría de los profesionales).*

*Las AFJP y las ART, todos sabemos que fueron exitosas en otros países, pero aquí tuvieron algunas modificaciones y no es exactamente el usuario el más beneficiado, perdiendo este en el camino muchos derechos adquiridos durante años y años de luchas gremiales o sociales.*

*Reglamentaciones como el uso obligatorio del cinturón de seguridad o la ley del tránsito, no merecen mucho comentario. Si analizamos los hechos hablan por si mismos. Para aclararlos transcribimos nota de Clarín del 6 de mayo de 2007 sobre accidentes de tránsito:*

*Los accidentes graves crecieron en un 80 % en apenas tres años. Los que causaron heridos graves y muertos aumentaron de 70.000 en 2003 a 126.000 en 2006. Otro estudio dice que el 73 % del transporte público viola el exceso de velocidad en las rutas.*

*Que crezca la frecuencia de estos accidentes es un indicador de que el comportamiento ciudadano es cada vez peor: violamos normas y tenemos más accidentes; hay un Estado que no controla el cumplimiento de las leyes, hay menos sanciones y una sensación de impunidad, explican los expertos.*

*Para el Estado murieron el año pasado 7.876 personas (21,57 por día) y hubieron 4.017 heridos graves más (11 por día). ¿Qué es lo que falta para entender la gravedad de esta crisis? ¿Faltan planes, leyes? Nada de eso. Como plan existe el Plan Nacional de Seguridad Vial lanzado a fines de 2005 y la Ley de Tránsito desde 1994; pero los tiempos políticos y administrativos no tienen la celeridad de los argentinos a la hora de conducir.*

*Por ejemplo, la Ley de Tránsito creó el Registro Nacional de Accidentes de Tránsito, una base de datos para compartir -“Similar en esencia, a un registro de errores en medicina” (el entrecomillado me pertenece)-. A 13 años de la sanción sólo 10 provincias la integran, pero*

sólo en 5 funcionan las oficinas. Entre las que no adhirieron está, entre otras, la Provincia de Buenos Aires. “Falta decisión política y asumir el problema como una cuestión de Estado”.

Las estadísticas en relación a la velocidad son espeluznantes: el 52 % de los vehículos superan los límites máximos, en rutas la mitad de los conductores no utiliza cinturón de seguridad (menos los acompañantes). El 46 % de los camiones supera los 80 Km. por hora, con picos de 110 Km. por hora o más. Los autos y camionetas en un 53 % superan la máxima, 22 % a más de 120 Km. por hora con picos de 160 Km. por hora, y 73 % de los micros o transportes de pasajeros circulaban a más de 90 Km. por hora, 27 % por arriba de 100 Km. por hora con picos de 110 Km. por hora, y sólo el 33 % de los choferes utilizaba cinturón de seguridad.

La certificación y acreditación tanto de profesionales como de instituciones ya sabemos no garantizan en nuestro país que recibamos una atención segura o que las instituciones o instalaciones lo sean. Hace años que se trata de que todos los actos médicos tengan su base en información científica avalada por estudios serios únicamente (Medicina Basada en la Evidencia), y sin embargo nada impide que cualquier profesional utilice su propio criterio (sin prejuzgar que esté bien o mal hacerlo), o incluso en un mismo hospital o servicio se realice un tratamiento distinto según quien le tocó en suerte lo atienda.

## **UNA ACTITUD PROACTIVA Y PARTICIPATIVA (para disminuir los errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes)**

Ante esta personal visión de nuestra realidad, desde la humildad, 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 pregrado y el post grado reciente. 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 ocurrieron.

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.

Este artículo, ahora ampliado como capítulo, refleja el porqué siempre fui escéptico respecto de los resultados que se podrían obtener en países como el nuestro, si no media un hecho que convierta el problema del error en medicina y la seguridad de los pacientes, en un tema o problema de todos y no sólo de unos pocos profesionales y pacientes por más bien intencionados que sean.

Porque no considero sea útil aplicar algunas de las probadas estrategias, solamente copiándolas, pero sin llegar a comprender la esencia de las mismas y adaptarlas a nuestro medio, población, recursos e idiosincrasia tan especiales. Esto no es lo mismo que hacer lo que se denomina Benchmarking, que es copiar al mejor, con el objeto de no derramar recursos en reinventar la rueda, para aprender, pero además contempla el análisis del problema propio y hace la toma de decisión de aplicar lo aprendido con las modificaciones oportunas y específicas adaptadas a nuestra realidad. Si hacemos Benchmarking este se puede optimizar utilizando la famosa *Ley de Pareto*. Según la misma el 20 % de los problemas provoca el 80 % de las dificultades o resultados no deseados, debiendo estudiarse el 80 % de los problemas restantes sólo para mejorar o modificar el 20 % de las dificultades también restantes.

Por ejemplo, si en un hospital o servicio se establecen las normas de atención con todas las medidas de seguridad estudiadas y basadas en evidencia científica, para el 20 % de las patologías o enfermedades por las que los pacientes consultan, estaríamos realizando un esfuerzo mínimo en relación al 80 % de los pacientes que se asisten en ese servicio que se verían beneficiados.

Continuando con el concepto, si ya tenemos analizados gracias al sistema de reporte de errores o eventos adversos, sea voluntario u obligatorio, la mayoría de los que en Estados Unidos y otros países se reportaron, por qué no empezar a trabajar con el 20 % de los que reconozcamos como más frecuentes en nuestro medio, en lugar de perder tiempo, que en este caso no es oro, sino que se mide en vidas de pacientes. Cuando busquemos algo más específico, propio de nuestro país o población, tendremos el tiempo y la posibilidad de hacerlo.

Buscar el consenso de los profesionales para evitar el costo psicológico, de ellos o de las corporaciones, puede ser saludable, pero ante la realidad expuesta del narcisismo médico y las características particulares del ser humano en general, creo que es un esfuerzo que no se justifica, sobre todo si

analizamos que aun en Estados Unidos, con todo lo hasta aquí descrito, planificaron e hicieron, incluso, los reportes voluntarios de algunos errores. Podemos comprobar que asombrosamente estos reportes voluntarios son veinte veces menores que en los lugares donde el reporte es obligatorio. O sea siguen ocultándolos.

Tampoco me resulta razonable esperar a que se reporten errores por no entenderse la letra de médicos para implementar medidas para que esta (no importa como) sea legible. O en los servicios donde se utilicen por usos y costumbres muchas siglas o abreviaturas, se haga un listado de las mismas, se fotocopien y se agreguen en la historia clínica, de forma tal que si algún interconsultor u otro profesional (o un perito médico judicial) debe leer la historia, entienda la letra y las abreviaturas utilizadas.

Para evaluar toda la información y su aplicabilidad, pero en su justa medida, no nos olvidemos que muchas de las estrategias fueron copiadas de la aviación, pero a diferencia de esta industria, donde si se cae un avión se mueren todos los pasajeros, la tripulación y el piloto, en medicina cuando el error lo comete algún profesional, el único que se muere es el paciente.

Un ejemplo o un hecho que ratifica mi posición de que el tema del error médico es demasiado importante para dejarlo en manos exclusivamente de los médicos, se los cuento, adaptándolo a este capítulo, que extraje de un análisis crítico de prácticas seguras para pacientes del Making Health Care Safer – AHRQ 2001. Al tratar sobre uno de los errores más devastadores para las partes involucradas cual es *operar a un paciente del lado contrario al indicado* por su patología.

*Los reclamos judiciales en Estados Unidos por este error finalizan en general en condena (84 % de los reclamos) en traumatología. Como factores causales se encontró: varios cirujanos en el mismo caso, gran cantidad de operaciones en una misma jornada y escaso tiempo para cada una de ellas.*

*La JCAHO (Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de salud) recomendó: marcar el sitio de la operación con marcador indeleble, que cada integrante del equipo quirúrgico verifique individualmente el lado correcto, controlar la historia clínica, radiografías y otros estudios para verificar el lado que el propio cirujano realice y haga firmar el consentimiento informado colocando el lado a operar, verificando así también el paciente.*

*Se lanzó la campaña denominada “Sign your site” (marque o firme el sitio a operar). La Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos realizó una encuesta a 2000 profesionales. El 77 % respondieron que la idea era buena, pero sólo el 40 % la cumplían. Las medidas aconsejadas como surge no implican ningún costo, ni un excesivo tiempo y es brillante, no obstante la respuesta o impacto fue bajísima.*

Ante este tipo de error, la autoridad correspondiente podría decir, “si usted

no cumple con lo que se le aconsejó será castigado” (de alguna forma). O el paciente informado, amablemente le podría decir a su cirujano: “Doctor, ¿le molestaría mucho marcarme (por ejemplo) el miembro a operar ahora que no estoy anestesiado?”. Personalmente yo propondría ambas simultáneamente. Con un poco de suerte, cuando el reporte de errores sea un hecho en nuestro país, tal vez la cantidad de operaciones del lado contrario sean menos que las que se registrarían si no hacemos nada hasta esperar el registro de errores o reporte de eventos adversos.

Si realmente estamos convencidos de los derechos de los pacientes y que el cambio no será posible sin su participación activa, por qué no le damos toda la información disponible, la que aun y con reservas recién se están divulgando entre los profesionales. Si analizamos la cantidad de veces que este tema se trató en los medios, pero en su forma pura y no en forma colateral, en discusiones sobre mala praxis médica, veremos que fueron pocas o ninguna.

Si los funcionarios no hacen nada para que el sistema de salud no sea tan imperfecto luchemos para revertirlo, pero para ello necesitamos a los pacientes y a la población. Ayudemos a estos con sus reclamos y amparos cuando su vida o salud esté en riesgo. Recordemos que en negociación el mejor resultado es el ganar-ganar y esto es totalmente aplicable en salud. Si gana el paciente también gana el profesional. En un sistema de salud seguro, con la mínima cantidad de errores, gana el paciente y gana el profesional digno que estaría mucho menos involucrado en juicios de mala praxis.

Respecto de aquel que cometa errores por negligencia, que la justicia determine la pena que le corresponde, pero como dicen los viejos, limpiemos la paja del trigo, para detener la denominada industria del juicio. Cuando se establezca un sistema de resolución de conflictos médicos justo y adecuado, recién será posible hablar del disclosure o la revelación del secreto de que sucedió un error, mientras tanto no desperdiciar esfuerzos.

Suecia, Noruega y Holanda, por ejemplo, han organizado sistemas de compensación por fallas o fracasos médicos, para el sistema público, con el objeto de que no lleguen a las cortes de justicia. Se compensa con sólo demostrar la pérdida medible o mensurable en términos económicos producidos por error. No siendo necesario demostrar que existió negligencia de parte del profesional o personal de la institución. Obviamente en estos países se revelarán al paciente más fácilmente los errores que en aquellos donde ello implique la posibilidad de una demanda judicial.

En el mientras tanto, como profesionales, no debemos olvidar que la sociedad nos está observando y que debemos diferenciar el error médico del error médico por negligencia, y que si queremos gozar de la confianza de antaño debemos asegurar que nunca se antepondrá al derecho de nuestros pacientes ningún interés personal o corporativo que genere siquiera la mínima duda de nuestra integridad ética y moral.

## CAPÍTULO 6

# LA COMUNICACIÓN EN MEDICINA

### LA COMUNICACIÓN EN GENERAL

Es la principal herramienta del marketing operativo, lo cual no significa que sea exclusiva de esta disciplina. Por el contrario es posible afirmar que no existe gestión efectiva sin una comunicación eficaz; sea entre los miembros de la organización en forma horizontal, en forma vertical desde arriba hacia abajo o a la inversa, entre la organización y los clientes, o entre la organización y los proveedores.

Así como se puede asegurar que la mayoría de los juicios por mala praxis en donde no existió negligencia tienen su génesis en una mala relación médico paciente, podríamos aseverar que la misma está relacionada con problemas o falta de comunicación (nadie me avisó, no lo sabía, nadie me advirtió sobre los riesgos, no pude hablar con el profesional, etc.). Una indicación médica que una enfermera no llega a descifrar, o un oxígeno que no llega a tiempo porque no se ubica al camillero, también pueden englobarse como problemas de comunicación. Al igual que el desconocimiento de los empleados de una organización, de la política estratégica asumida por la conducción para un periodo determinado. Cuando nos enfrentamos a los problemas de la comunicación o cuando queremos mejorarla, es conveniente repasar todos los elementos que la componen: emisor y receptor. Quien envía el mensaje y a quien.

La codificación y la decodificación del mensaje parecerían haber quedado superadas en las organizaciones modernas, pero no es así. Una luz que se prende o una alarma que suena en un office de enfermería, cuando un paciente la reclama, cuando se advierte que estamos en alerta roja, o cuando quien receptiona un mensaje de Internet no lo puede abrir porque le falta ese programa, son ejemplos donde la codificación y la decodificación están aún presentes.

Determinar cuál es el mensaje que se desea transmitir y cuál será el medio a utilizar, puede parecer lo más sencillo, pero no lo es y lo que nos permitirá verificar si fueron elegidos correctamente son la respuesta al mensaje; la que se deberá utilizar como retroalimentación para detectar fallas y/o mejorarla.

Tampoco debemos olvidarnos del ruido, que es como en comunicación se denomina a todo aquello que impida o distorsione el mensaje al momento de la recepción.

En relación al tema de la gestión de la seguridad debemos ser muy cuidadosos de cómo comunicamos la implementación de esta política estratégica a todos los miembros de la organización. Y de cómo será el mecanismo de comunicación desde los niveles operativos al detectarse efectos adversos o errores. La confidencialidad de las comunicaciones en estos casos es más que relevante. En lo que podríamos llamar comunicación institucional siempre debe establecerse: qué se dirá, cómo, cuándo, dónde y quién. Cómo se medirá la respuesta (cumplió el objetivo, despertó atención o interés, etc.) En ocasiones la elección del formato, la estructura, el modo de comunicación, etc., debe requerir el asesoramiento de profesionales especializados.

Una correcta información y comunicación, siempre es un buen principio, cuando de calidad de la atención médica estamos hablando. Como ejemplo se transcribe un folleto que en inglés y en castellano, se entrega en el Departamento de Emergencia del Hospital Jacobi de Nueva York, que no es privado sino de los denominados de la comunidad, que me pareció oportuno compartir.

## **UN FOLLETO BIEN PENSADO**

PARA SU INFORMACIÓN.

### **Bienvenido al Departamento del Jacobi Medical Center**

- El Departamento de Emergencia atiende a pacientes con enfermedades o lesiones de gravedad. Los médicos y el personal del Departamento de Emergencia están especialmente calificados para intervenir en este tipo de situaciones de emergencia.

- Comprendemos que no resulta una experiencia grata tener que recurrir al Departamento de Emergencia. Pero creemos que podemos ayudarlo a que sea mejor explicándole ciertas cosas sobre cómo funciona el Departamento de Emergencia.

### **Evaluación Inicial.**

- Cuando realice su primera consulta en el Departamento de Emergencia, lo entrevistará una enfermera. A esta enfermera se la denomina “Enfermera

de Derivación”. La enfermera le preguntará la razón de su consulta y asentará toda la información de importancia sobre su historia clínica, incluyendo toda información relacionada con medicamentos y alergias.

- El objetivo de esta entrevista es derivarlo al médico que pueda tratar su problema. La entrevista de derivación definirá cuál será el orden en el que se le realizarán los estudios médicos. Si, después de conversar con la enfermera, se siente peor, por favor infórmesele a la enfermera de inmediato.

### **Inscripción.**

- Después de la entrevista con la enfermera, algún empleado asentará la información reunida en su ficha médica personal.

### **Evaluación Médica.**

- Si sufre de alguna afección médica de gravedad, se le administrará el tratamiento que necesite en Jacobi, salvo que sea necesaria la administración de un tratamiento que no podemos brindar. Si por cualquier motivo necesita que lo transfieran, Jacobi Medical Center se encargará de su derivación a un hospital que pueda ofrecerle el tratamiento que necesita. **Recibirá estas prestaciones aún cuando no pueda pagarlas.** No es necesario que cuente con seguro médico o la cobertura medicare o medicaid para recibir atención médica.

### **¿Por qué está esperando?**

- Nuestra intención es atender a los pacientes lo antes posible. Pero siempre se atiende primero a los pacientes que necesitan terapia intensiva o que presentan alguna enfermedad o lesión de gravedad. Desdichadamente, eso significa que cuando el Departamento de Emergencia está ocupado, es probable que los pacientes tengan que esperar para consultar al médico, a la enfermera o cualquier otra persona calificada.

- La mayoría de los pacientes que se atienden en el Departamento de Emergencia debe someterse a un análisis de sangre y a una radiografía. A menudo los resultados demoran en llegar. No obstante, son necesarios para comprender lo que les sucede a los pacientes.

- A veces, es necesario llamar a un especialista para que concurra al Departamento de Emergencia para ayudar a resolver la situación del paciente. Es probable que les tome algún tiempo acercarse al Departamento de Emergencia.

- A veces, tan sólo la gran cantidad de pacientes que se encuentran bajo estudio o tratamiento en el Departamento de Emergencia puede producir largos periodos de espera.

### **Retirarse sin haber sido atendido.**

Si ha estado esperando largo tiempo, es probable que desee retirarse del Departamento de Emergencia antes de que lo examinen. Tiene todo el derecho legal de hacerlo. Pero retirarse del Departamento de Emergencia sin que lo haya visto un médico puede provocarle algún daño. Es necesario que piense que tal vez:

- La consulta médica puede salvarle la vida y que si no se queda para la consulta puede estar arriesgando su vida.

- La consulta médica puede evitar que empeore la situación y que si no se queda para la consulta su situación puede empeorar.

- Concurrir a otra institución probablemente demorará, no acelerará la consulta aunque se dirija directamente allí. Tal vez tenga que esperar la misma cantidad de tiempo, si no más, en la otra institución (sin contar el tiempo de viaje y de derivación).

- Y el viaje a su casa u otra institución podría empeorar la situación.

Si aún así, todavía siente que tiene que retirarse, por favor, notifíquese a la enfermera de derivación para que podamos explicarle los riesgos que corre.

### **Asistencia siempre a disposición de nuestros pacientes.**

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su consulta, solicite al Empleado de Inscripción o a la Enfermera que se desea conversar con el Defensor de Pacientes para que realice el contacto.

Este folleto nos muestra cómo con inteligencia y planificadamente se pueden comunicar incluso cosas que tienen connotaciones negativas, revelan ineficiencias del sistema y/o advertir sobre consecuencias no deseadas, afrontando sus eventuales efectos, en lugar de ocultar las falencias debajo de la alfombra y sostener que todo está bien, que no existen problemas, etc, como suelen hacer nuestros queridos funcionarios.

Como experiencia personal puedo relatar que en la guardia de mi hospital hemos colocado en lugar visible el folleto transcripto, cambiando sólo el nombre del hospital. Y pese a no ser bien visto por algunos superiores también colocábamos carteles ante situaciones críticas, con el objeto de compartir al menos la angustia con los pacientes (mientras obviamente se tomaban por otra vía las medidas para tratar de revertirlas). Todavía tengo guardados algunos de ellos en lo que se advertía por ejemplo: que no había sueros anti-tetánicos en el mercado, que existían problemas en la entrega de medicamen-

tos oncológicos, que había algún equipo no funcionando y hasta que por razones ajenas a nuestra voluntad ese día en esa guardia se contaba con la mitad de los pediatras o clínicos habituales y que esto generaría demoras en la atención que deberían disculpar.

Las recomendaciones para pacientes que en el capítulo correspondiente se transcriben, son una forma de comunicación, al igual que los avisos, afiches, u otras publicidades que frecuentemente se utilizan en las campañas de promoción y prevención de la salud.

Dentro de una institución los carteles indicativos o incluso la tarjeta identificatoria del personal, colocadas en lugar visible también serían una forma de comunicación al paciente. Los buzones de sugerencias, los libros de quejas, las encuestas de satisfacción, son algunas de las formas en que los pacientes pueden también comunicar y a la vez se constituyen en una fuente de información importante de retroalimentación de cómo está funcionando el sistema.

Un organigrama colocado en lugar visible, orientará al paciente con algún problema o inquietud respecto de quién está en el nivel superior para plantearle alguna duda, inquietud o queja que no se pudo solucionar en el nivel normal.

## **CONFUSA LETRA DE MÉDICOS**

Entre miembros o profesionales de una organización, la comunicación también es un punto clave. Una indicación médica efectuada con una letra ilegible (ruido) no permitirá decodificar el mensaje o la orden que el médico indicó.

Con el objeto de validar lo mencionado respecto de la letra de los médicos, adjunto artículo que trata el tema.

### **Confusa letra de los médicos también es causa de muerte.**

**19/01/2007 - Nuevas herramientas para prevenir el error.** (Infobae)

*Un informe elaborado por la prestigiosa revista Time indica que sólo en los EEUU mueren al año más de 7.000 personas por esa causa y más de un millón y medio reciben daños. Solución para un problema poco conocido.*

¿Quién no se olvidó alguna vez el medicamento recetado y confió en los poderes de “traducción” del farmacéutico? Seguramente, varios. Pero lo que parece una actitud común ante una enfermedad o malestar es una causa de muerte.

Según un artículo de la revista Time, la letra de los médicos desprolijos mata a más de 7.000 personas al año sólo en los Estados Unidos.

Las estadísticas de la National Academies of Science’s Institute of Medicine (IOM) indican además que más de un millón y medio de personas resultan dañadas por errores en la medicación a raíz de las abreviaciones y dosis poco claras o prescripciones no entendibles.

El riesgo es enorme para ese país, en donde se emiten por día 3.200 millones de recetas.

Con la idea de combatir este problema, un grupo de empresas tecnológicas y de salud de los EEUU recurre a los avances electrónicos para evitar muertes.

Así, lanzaron un plan para permitir que los doctores emitan sus recetas electrónicas en forma gratuita.

La herramienta, llamada eRx Now, será ofrecida por la Iniciativa Nacional de e-prescripciones para la Seguridad de los Pacientes (NEPSI, por sus siglas en inglés). El dispositivo permite comprobar si hay interacciones que pueden provocar algún daño y asegurarse de que las farmacias proporcionen exactamente la receta prescrita.

Entre las empresas comprometidas con el proyecto se destacan Dell (hardware), Google (con un buscador especializado en salud) y la compañía de seguros Aetna, la que prometió incentivos para los médicos que usen la e-prescripción.

Según la revista Time, la mayoría de los doctores no aprovecha al máximo la tecnología disponible: si bien el 90% tiene acceso a internet, sólo el 10% busca mecanismos para mejorar su profesión gracias a la tecnología.

## **REVELACIÓN DEL ERROR**

Otro relato que puede ilustrar y dar al lector una idea integradora de algo de lo expuesto en relación a la comunicación trata sobre dos hechos similares. En ambos un paciente sufrió una quemadura física en la operación por el

electro bisturí y/o su plancha de descarga. En uno actué como perito en el juicio, y en el otro sólo fui consultado.

En el primero, pese a la evidencia de un accidente o evento adverso que no tenía nada que ver ni con la enfermedad ni con la operación, los profesionales intentaron ocultar los hechos, pero cuando la paciente ya de alta, aproximadamente a la semana concurrió al Instituto del Quemado, estos le informaron que tenía una quemadura por calor y se correspondería con una producida por el electro bisturí. Los profesionales actuantes siguieron negando y todavía estamos en el medio del juicio con los médicos involucrados, sus compañías de seguros, la institución donde se operó y la obra social, más obviamente el paciente y su abogado.

Para la misma época otro cirujano constata al finalizar la operación, en otro centro y por otra patología, que la paciente había sufrido una quemadura, inmediatamente le avisa a su paciente (efectuando el disclosure o revelación) y le aconseja hablar con los directivos de la institución quienes consensuaron con esta cómo continuarían el tratamiento y la compensarían, por lo que ni el cirujano ni la institución nunca recibieron ni una demanda ni reproche del paciente.

Y en este último caso el reclamo hubiese sido no por mala praxis sino por el artículo 1113 del Código Civil que establece responsabilidad por el daño que ocasionan no sólo las personas que están bajo su dependencia sino también por las cosas de que se sirve o utiliza.

Este caso es similar en su esencia a otro en que al cirujano se le parte una aguja quedando la mitad en el cuerpo del paciente, en un lugar poco accesible y que no le podría traer consecuencias importantes. Si se informa al paciente es un accidente quirúrgico y no implica mala praxis. Si se oculta y luego el paciente se entera, tiene todo el derecho a enojarse y seguramente hará un juicio.

Como vemos la comunicación efectiva y la buena relación médico paciente es una de las armas más poderosas para evitar que pacientes y profesionales se vean envueltos en juicios en mala praxis, los que, como ya se mencionó, estadísticamente son favorables al paciente en menos del 10 %, y por experiencia propia como perito puedo decir pueden durar más de 10 años en muchos casos.

Como siempre les digo a mis alumnos, hay tres distintas posibilidades. Que se cometa una mala praxis y que sobrevenga un juicio de mala praxis.

Que exista una mala praxis y nunca haya un juicio. O que sin que mediare mala praxis uno sea demandado. Según las estadísticas de profesionales condenados esta es la más frecuente, pero reconozcamos que también existe otro factor, que es que en juicio debe probarse la mala praxis y esto no es una tarea sencilla.

Por ello insisto en la necesidad de efectuar las modificaciones en las legislaciones y leyes relacionadas con la mala praxis adoptando sistemas como el de México o el de Suecia o Noruega mencionados en el capítulo 5 y 9.

No obstante les aclaro que las mediaciones han contribuido a reducir bastante los juicios de mala praxis dado que en ellas primero se juntan todos los abogados, y luego en general cada uno propone a un médico y nosotros que somos los que conocemos tanto las patologías como las complicaciones, accidentes y también la mala praxis, tratamos de llegar a un acuerdo o asesoramos a nuestros respectivos abogados sobre la conveniencia o no de llegar a una conciliación o ir a juicio.

Respecto de las órdenes verbales estas deberían estar normatizadas como se hace en otras industrias como la aviación o en las fuerzas armadas, que quien va a efectuar la orden la repita en voz alta (antes de ejecutarla) de forma tal que se asegure que quien emitió la indicación la escuche, pudiendo detectar algún error. En término de procesos, esto se considera una redundancia, pero está aceptado como mecanismo de reaseguro para evitar errores.

En la relación médico paciente, nadie duda que la comunicación oral frente a frente es la mejor y más adecuada. Pero dentro de la misma hay un momento que por su importancia y trascendencia adquiere entidad propia, que es cuando el paciente informado de su dolencia o patología, del tratamiento indicado y sus eventuales complicaciones, debe consentir su realización, luego de haber entendido todo lo que se le explicó en forma fehaciente. Esto es el consentimiento informado del cual ya es casi la regla se deja constancia escrita en la historia clínica. Esto que parece muy sencillo, no lo es en la práctica, y por sus implicancias legales se desarrolla más extensamente en el próximo capítulo.

Pero antes quisiera abordar un tema que afecta el proceso de la comunicación, que en relación al tema que nos ocupa podríamos denominar “la intelectualidad y el error en medicina”.

## LA INTELLECTUALIDAD Y EL ERROR EN MEDICINA

Otra de las fuentes consultadas, además de algunas mencionadas, fue “*The Patient Safety Hand Book*” (“La seguridad de los pacientes”), editado en el año 2004 por Jones and Bartlett, de B. Youngberg y M. Hatlie. Los autores luego de efectuar su propio análisis sobre el informe IOM 1999, consideran que el mismo fue esencialmente un llamado de atención para el público en general y para los generadores de políticas sanitarias, fundamentalmente al crear un terreno fértil sobre el cual producir un cambio. Desarrollan extensamente el tema en sus 780 páginas distribuidas en 49 capítulos. La mayoría de la información es muy técnica, pero hay un capítulo que trata sobre la capacidad intelectual individual de los pacientes, que aquí se traduciría como la habilidad para leer, escribir y hablar inglés para ellos, español para nosotros (o cual sea el idioma oficial del país), por considerarla una de las más grandes barreras para una atención de la salud segura, que consideré muy interesante para compartir y comentar.

Esto obviamente afecta a inmigrantes, personas de edad avanzada, pobres y con escasa escolaridad, tanto en Estados Unidos como en cualquier país. La posibilidad de que estos pacientes cometan errores fue estudiada y los hallazgos fueron asombrosos:

- 48 % no entendían las instrucciones escritas (como por ejemplo tomar la medicina cada 6 horas).
- 68 % el significado de los valores de niveles de glucosa en sangre.
- 27 % no identificó cuándo tenía su próxima cita o consulta.
- 27 % no entendía qué significaba tomar la medicina con el estómago vacío.

Con estos hallazgos no podemos pensar que todos los pacientes comprenden y entienden los consentimientos informados o sus derechos y/o los distintos artículos o aclaraciones en los contratos de medicina prepaga PMO (Programa Médico Obligatorio), y obligaciones de las obras sociales o del propio estado en lo que a salud se refiere. También es probable que no lleguen a comprender totalmente campañas de promoción o prevención de la salud.

El estudio demostró además que los pacientes con dificultades o escasas habilidades para manejarse correctamente con la lectura y con el idioma oral y escrito, pasaban toda la noche en el hospital, hacían más consultas en el mismo, tenían internaciones más prolongadas que quienes tenían mayor capa-

cidad y/o habilidad. Realizaban más consultas médicas anuales en general y utilizaban más recursos hospitalarios.

Como la seguridad de los pacientes requiere de una comunicación efectiva en estos pacientes aquí se produce uno de los problemas, aumentando su importancia en relación al pasado. Incremento en la cantidad de especialidades y sub especialidades (cada una con un profesional distinto). El crecimiento exponencial de nuevos medicamentos con diferentes dosis, contraindicaciones y efectos adversos que el paciente no comprende al leer el prospecto. Y la abundante información escrita que se utiliza en enfermedades como la cardiaca, asma, diabetes, hipertensión arterial, etc, en relación a medidas complementarias a tomar con su dieta, estilos de vida, actividades, etc.

Además está comprobado su dificultad para encontrar a los efectores de salud apropiados o más cercanos ante las distintas eventualidades, seguir regímenes alimentarios, utilizar métodos de estudios rutinarios de prevención de enfermedades, concertar citas con sus profesionales o buscar ayuda en forma correcta en el curso de una enfermedad.

Esto expuesto así permite a todos arribar a la misma conclusión: si se quiere una medicina equitativa, estos pacientes de mayor riesgo deben ser identificados y ayudados, adquiriendo aquí gran importancia la solidaridad de los familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, y acciones desde la comunidad junto con los sistemas locales de salud.

Algunos de estos pacientes requerirán ir acompañados a la consulta, tal vez más de lo que un ciego requiera que se le lea un diario o un libro, sin embargo no he tenido noticias de emprendimientos de esta índole aunque estamos trabajando en ello.

Los médicos y enfermeras según se recomienda pueden ayudar a identificar a estos pacientes de riesgo por problemas de analfabetismo total o parcial, o bajo nivel intelectual entre: pacientes con aparente desinterés o curiosidad acerca de la nueva información que se le ofrece, o quienes rápidamente consienten planes terapéuticos sin duda y sin realizar preguntas. Pacientes que faltan a su cita o concurren en días y/o horarios incorrectos. Pacientes que no realizaron los tratamientos y/o efectuaron la preparación correcta, comieron o bebieron, previamente a estudios que lo contraindicaban.

El famoso consentimiento informado escrito, para dejar constancia que se autorizan prácticas y procedimientos fuera o en una internación, en estos pacientes hasta se puede decir no tendría valor legal, si no fue acompañado

de una información verbal, adecuada a su nivel de comprensión e intelectua- lidad. Es responsabilidad del profesional corroborar que el paciente o familiar entendió lo que se le proponía, por ello cuando así lo efectúe convendría que también firme algún testigo de que, por la forma en que se explicó, el pacien- te o familiar comprendieron toda la información y consintieron en libertad.

La mayor barrera que se encuentra ante este problema es el estigma o la marca que en general estos pacientes quieren evitar y por ello ocultan sus difi- cultades para leer, escribir o comprender, por ello es imprescindible el rol del profesional, sobre todo ante pacientes con algunos de los rasgos ya mencio- nados. Y no interpretar su silencio como que entendió o consintió lo que se le informó.

En mi práctica y aun hoy en día en que no ejerzo la medicina asistencial pero realizo informes y pericias médicas, he detectado pacientes con hipoa- cusia que no me la habían manifestado, así que con suerte sólo escucharon la mitad de lo que decía hasta que algún gesto los delataba y al preguntarles en voz bien alta: “¿Usted me escucha bien?!” , contestaban que no, por lo que debía volver a iniciar toda mi explicación.

También he vivido, y desgraciadamente no muy pocas veces, la horrible experiencia de enterarme luego de hacer las recetas, solicitud de estudios e indicaciones por escrito, que el paciente no sabía leer ni escribir. Pero lo más grave está relacionado con esa estigmatización mencionada. Me debí dar cuenta por algún gesto y/o por experiencia, pues el paciente no me lo había informado.

Esto me lleva a recomendar que los profesionales en sus fichas e historias clínicas registren estos datos y bajo secreto profesional lo comparta con quie- nes a su juicio deberían saberlo para seguridad del paciente. En lo personal para detectar sin ofender o crear situaciones conflictivas para el paciente, comienzo preguntando como los datos de filiación, el grado de instrucción, comenzando inversamente; primero si tiene alguna profesión o título terciario, si completó el ciclo secundario, para llegar al ciclo primario y según el nivel alcanzado, si lee y escribe habitualmente. La identificación de estos pacientes sería el comienzo más sencillo de aplicar la equidad tan menciona- da y no siempre entendida.

Algo es igualitario cuando a todos se les da lo mismo, pero es equitativo cuando a cada uno se le da lo que necesita o requiere (dar más al que menos tiene). Por lo que tendremos pacientes que requerirán una sola explicación y

otros tres para entender lo mismo. No hacerlo así, y más conociendo su existencia, constituye una mala práctica, pero más que ello una traición o renuncia a los valores que en nuestra profesión nos hemos comprometido o jurado cumplir.

Como integrantes de una comunidad o sociedad también podemos hacer mucho si nos dejan, dado que como dijimos hay personas que ocultan por distintas razones su bajo nivel intelectual, su analfabetismo, o su baja comprensión del idioma escrito local (por ejemplo, por ser extranjeros).

Así como vemos en películas que algún vecino le traduce una carta a un inmigrante, ofrezcámonos a leer y explicar las indicaciones médicas, a quien lo requiera o pensemos lo necesite, con respeto, humildad y sin ofenderlos.

La forma más sencilla de comenzar es, por ejemplo: "... y Don/Doña...: ¿Fue al médico...? ¿Qué le dijo...? ¿Qué le dio...? ¿Cuándo tiene que volver...?" Etcétera. Seguramente usted con las respuestas reconocerá si su ayuda es necesaria. De no ser así, quedará como una persona muy atenta e interesada, sin crear ninguna situación conflictiva.

## **CAPÍTULO 7**

### **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **GENERALIDADES Y MODELOS**

Aceptar la autonomía del paciente (respetar la capacidad de las personas para la toma de decisiones, desacreditando parcialmente al paternalismo médico) logra que el paciente pase de ser receptor del tratamiento, para erigirse en socio del plan terapéutico. Es uno de los pilares de la bioética hospitalaria. Reconociendo la importancia de esta nueva disciplina y del concepto debo aclarar que el abordaje de este tema se hace dentro del contexto del análisis del error médico y de sus implicancias médico legales, en caso de que el consentimiento no se respete y/o no se documente apropiadamente.

Nadie duda que en el medio hospitalario muchas veces hay que tomar decisiones rápidas, basadas a menudo en información incompleta, sin que exista ningún tipo de relación médico-paciente previa, lo que dificulta la generación de confianza, pero la ley, por su parte, reconoce el derecho individual a la autodeterminación y a la autonomía. El consentimiento informado es la herramienta que prueba que se ha cumplido con las obligaciones de comunicación y por ende su relación con la compensación económica del daño que pueda sufrir el paciente como consecuencia de no haber recibido información sobre su tratamiento.

Lo primero que debemos aclarar, es que la obtención de consentimiento es parte del acto médico, por lo que es obvio que los preimpresos, que en general el personal de admisión hace firmar a los pacientes a la internación, junto con otros, como parte de un trámite de administración, no sólo no tiene valor legal, sino que hasta podrían ser contraproducentes al momento de una demanda concreta en sede judicial.

Como en cualquier otro acto médico, podemos minimizar la posibilidad de cometer errores. Si tomamos en cuenta los elementos que debemos exponer en el mismo y que debemos analizar en el paciente, al momento de obtener el consentimiento que culmina con la firma del mismo, la relación médico-paciente se fortalecerá y simultáneamente nos estaremos protegiendo mejor.

Los elementos que se deben exponer para obtener el consentimiento informado completo son:

- 1) Naturaleza de la decisión o del procedimiento.
- 2) Alternativas razonables a la intervención propuesta.
- 3) Riesgos, beneficios e incertidumbres más importantes relacionados con cada alternativa.
- 4) Evaluación de la capacidad de entendimiento del paciente.
- 5) Aceptación de la intervención por parte del paciente.

La norma del paciente razonable ¿Qué necesitaría saber el paciente habitual para estar informado?, y entender la decisión que se desea tomar, es la de uso más común.

La presencia del paciente en el hospital no implica su consentimiento para todo tipo de tratamientos o procedimientos, aunque tampoco se lo exige para un gran número de decisiones que por su habitualidad interferirían negativamente en la atención. Las instituciones deberían contar con una norma que establezca cuándo se debe solicitar el consentimiento informado y qué hacer cuando éste no se puede obtener directamente del paciente y/o no hay ningún representante y/o si se presume que el paciente es incapaz o incompetente.

**La capacidad** se refiere a la posibilidad real de una persona de entender o formular un deseo en relación a un determinado acto.

**La competencia** se refiere a cierta capacidad para llevar a cabo un determinado juicio o asumir algún rol legal.

Capacidad y competencia no son sinónimos aunque en general se lo usa indistintamente. Sólo un juez puede determinar a un paciente legalmente competente.

La capacidad para la toma de decisiones de un paciente suele evaluarse mediante algunos criterios:

- 1) ¿Entiende el paciente el tratamiento concreto que se le ofrece?
- 2) ¿Puede el paciente tomar una decisión discernible sobre el tratamiento que se le ha ofrecido?
- 3) ¿Puede comunicar el paciente, de forma verbal o no, su decisión?

El problema no es el acuerdo o el desacuerdo con la decisión del paciente, el único propósito de la evaluación de la capacidad consiste en analizar si el paciente entiende la información pertinente y el alcance de su decisión.

Si consideramos al consentimiento informado solamente como un deber del médico y no como el derecho del paciente y el respeto de su libertad, otra

vez estamos ante la utilización de un instrumento de la Medicina Defensiva, y otra vez más, por cumplir con la letra de la ley perdemos de vista el espíritu de la misma. Esto en la práctica lleva a que muchos profesionales estén más preocupados en que el paciente firme al pie de un formulario, que en hacerse de unos minutos para sentarse tranquilo a hablar con su paciente, explicarle con claridad su dolencia, los eventuales tratamientos y posible evolución y/o complicaciones.

Un caso que me gustaría compartir relacionado con el consentimiento informado por ser actual, muy interesante y representativo de algunos de los cambios que se están produciendo en el tema de la mala praxis, es el de una paciente que presentaba una estenosis de la carótida, que dejada a su evolución puede producir una hemiplejía o la muerte por accidente cerebro vascular, fue intervenida y presentó luego de la operación una parálisis facial y de miembro superior e inferior de un lado de su cuerpo; aclarando que la paciente es por su profesión un miembro de la comunidad médica con 30 años de ejercicio de su profesión (la que prefiero no mencionar).

La demanda no fue una aventura jurídica de un abogado, sino que contó con el asesoramiento de un médico legista especialista en la patología de la paciente. Parte de lo que se reclama está relacionado con el consentimiento informado, otra parte con la indicación de la intervención y finalmente por el origen de las secuelas post operatorias que incluye el acto operatorio propiamente dicho; además de algunos otros aspectos, como exigir una excelencia que las leyes no contemplan.

Respecto del consentimiento, reclaman que no se le informó claramente las distintas opciones que tenía (operarse o hacer un tratamiento solamente médico), qué tipo de operación específicamente programaron realizar, qué variables podrían surgir en la operación y que modifique en ese momento la técnica quirúrgica, ni qué complicaciones podría sufrir.

Si se hubieran usado los consentimientos informados que ya tienen varias sociedades o asociaciones científicas para su especialidad que son específicas para cada patología, y que se puede ampliar de acuerdo a las circunstancias, parte de lo que ahora se dirime en la justicia, no existiría.

Con respecto a la indicación de la operación, si bien por edad, grado de la estenosis de la carótida y ausencia de síntomas, la paciente estaba encuadrada como quirúrgica, en lo que se llama un consenso (representado por especialistas y profesores de cirugía vascular y neurología), si el paciente no esta-

ba de acuerdo podía haberse negado (no consiente el procedimiento ya que ninguna ley la obliga); pero lo novedoso es que en el consenso también figuraba que el equipo quirúrgico que opera no tenga más de un 3 % de riesgo quirúrgico (morbilidad o mortalidad en sus estadísticas).

Esto, si bien lo dice el consenso, no tiene sustento judicial ni administrativo actual en nuestro país, ya que nadie está impedido para ejercer cualquiera de las especialidades que se enseñan en la facultad de medicina, menos tener estadísticas que lo habiliten. Por lo tanto si el paciente hubiera preguntado cuantas operaciones y qué resultados tuvo el cirujano, tampoco sería cuestión de reclamo, salvo que se le hubiese mentido, en cuyo caso el reclamo tomaría otras características. Pero no se puede cuestionar cuando las cosas no salieron como estaban planeadas, en forma retrospectiva y ante la justicia. Sí cuando se piensa que existió un error por impericia e imprudencia, lo que deberá ser probado.

También se reclama por el tipo de anestesia utilizado y la técnica quirúrgica, lo que también se podría haber aclarado antes perfectamente.

Conclusión: Este caso nos demuestra que la relación médico paciente y la comunicación fallaron, el paciente y su familia aunque ganen el juicio se quedarán con la duda de si todo el dolor y las secuelas de la parálisis que aun padece, se podían haber evitado, de haber aclarado previamente lo que ahora pretenden dilucide la justicia. Por su parte el profesional si hubiera explicado mejor y dejado la debida constancia en la historia clínica no estaría metido en un juicio, junto con otros colegas, la institución y su obra social.

Se aclara que el caso fue sacado de contexto a los fines didácticos del ejemplo.

Se adjuntan dos modelos de consentimiento informado por especialidad y patología, que todavía podrían mejorarse más, pero al menos son los de uso habitual, que por ser tan generales como se mencionó, son más un trámite administrativo que un verdadero consentimiento informado. El primer modelo es sobre la misma patología que el caso relatado.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ESTENOSIS CAROTÍDEA

**D/Dña.: ..... con D.N.I. N° ..... o, en su representación, D/Dña..... con D.N.I N° ..... en calidad de..... he sido informado por los facultativos del Servicio de Cirugía Vascular de lo siguiente:**

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones oportunas, encontrando una “estrechez” en su **arteria carótida**, el principal vaso que irriga el cerebro.

Dejada esta enfermedad a su evolución natural, puede enviar pequeños trombos al cerebro o llegar a obstruirse totalmente la arteria, produciendo, en ambos casos, **un déficit de riesgo cerebral.**

Clínicamente estos defectos de riego al cerebro se manifiestan como episodios de déficit neurológico (disminución de fuerza de una extremidad, pérdida momentánea de visión de un ojo, dificultad en el habla...) o como cuadros de hemiplejía (parálisis de un brazo y pierna del mismo lado). En un bajo porcentaje pueden presentarse sin síntomas.

La intervención que se le propone, **ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA**, consiste en una limpieza y/o ensanchamiento, mediante un parche, de la arteria carótida.

Ocasionalmente puede ser necesaria una transfusión sanguínea.

La anestesia utilizada puede ser general o loco-regional. La elección de uno u otro tipo de anestesia depende de un acuerdo conjunto entre el paciente y el Servicio de Anestesiología. En el postoperatorio precisa ingreso en una unidad de cuidados especiales postoperatorios (UTI, Reanimación...)

Las **COMPLICACIONES** posibles pueden ser:

**Complicaciones Generales** de toda intervención quirúrgica: Accidentes vasculares; renales, cardiorrespiratorios y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

**Complicaciones específicas** de la intervención (alrededor del 12%):

Precoces: Hematomas, infección, alteraciones neurológicas periféricas

(fonación, deglución, asimetría facial...) alteraciones neurológicas centrales (hemiplejías), que son las más graves y pueden recuperarse en las primeras 24 horas o hacerse permanentes.

Tardías: reestenosis (reaparición de la zona estrechada) o aneurismas (dilatación de la zona intervenida).

**Paciente D./Dña.**

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El/la médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO A LA PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO QUE SE ME PROPONE, POR LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR. PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE Y DEBERÉ INFORMAR YO AL EQUIPO MÉDICO, DEL CAMBIO DE DECISIÓN

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HE DECIDIDO NO AUTORIZAR LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE ME HA SIDO PROPUESTO.

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE VÁRICES

**D/Dña.: ..... con D.N.I. Nº ..... o, en su representación, D/Dña..... con D.N.I Nº ..... en calidad de..... he sido informado por los facultativos del Servicio de Cirugía Vascular de lo siguiente:**

Las **várices** son dilataciones de las venas superficiales, estas venas dilatadas pueden producir síntomas como dolor, calambres, prurito, etc. y complicarse con la aparición de flebitis, sangrado o desarrollo de úlceras.

La intervención quirúrgica que se le propone consiste en extirpar las venas que estén dilatadas, así como las venas de las que dependen (habitualmente safena interna y externa) y en ligar las venas perforantes insuficientes, mediante incisiones en ingle, muslo, pierna y pie, (si fueran necesarias) y micro incisiones complementarias.

El tipo de **anestesia** necesaria para esta intervención quirúrgica: general, regional o local, le será detallada por el Servicio de Anestesiología, así como sus riesgos y posibles complicaciones.

Las **COMPLICACIONES** posibles de esta intervención son:

1. **Complicaciones específicas del procedimiento:** lesiones nerviosas (parestias o dolor), hematomas que pueden dejar manchas residuales o zonas induradas, infecciones de las heridas operatorias, edema o hinchazón del miembro, cicatrices patológicas, trombosis venosas, lesión arterial o recidivas varicosas.
2. **Complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica:** accidentes vasculares, renales, cardiorrespiratorios y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.
3. **Complicaciones propias de su estado general y enfermedades asociadas.**

### **Paciente D./Dña.**

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar. El/la médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También

me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO A LA PRÁCTICA DEL PROCEDIMIENTO QUE SE ME PROPONE, POR LOS FACULTATIVOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR. PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE Y DEBERÉ INFORMAR YO AL EQUIPO MÉDICO, DEL CAMBIO DE DECISIÓN.

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

EN....., .....  
DE..... DE.....

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

EN....., .....  
DE..... DE.....

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN.

.....  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN

La interacción asistencia -docencia- investigación, es uno de los pilares del *hospital moderno*. Si bien no en todos los hospitales del país se puede o quiere realizar investigación, quienes lo hagan deben cumplir con las reglas básicas, dentro de las cuales se encuentra el Consentimiento Informado para Investigaciones Científicas, por lo cual no se puede dejar de tratar en este capítulo, transcribiendo lo que se considera sus aspectos más importantes.

En la obtención y documentación del consentimiento informado, el investigador debe cumplir con los requerimientos, regulaciones aplicables y adherirse a las GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y los principios éticos que tienen su origen en la versión de la Declaración de Helsinki de 1996. Previo al inicio de la prueba, el investigador debe tener, por escrito, la opinión favorable/aceptación de la IRB (Institutional Review Board), para nosotros Comité de Docencia e Investigación, el formato escrito del consentimiento informado y cualquier otra información a utilizar por los pacientes, padres/representantes del sujeto.

La información deberá ser proporcionada de manera oral y en un formato escrito cada vez que sea posible y cuando se estime sea apropiado. Un investigador o persona designada, describirá personalmente el protocolo a los pacientes o padres en caso de menores. El formato del Consentimiento Informado puede ser leído, pero, en cualquier caso, el investigador o persona designada proporcionará a los interesados múltiples oportunidades para investigar los detalles del estudio y realizar cualquier pregunta antes de fechar y firmar el formato de consentimiento.

El Formato del Consentimiento Informado deberá tener un lenguaje totalmente comprensible aprobado por el Comité de Docencia e Investigación que será firmado tanto por los pacientes o sus representantes como por la persona que condujo la discusión y obtención del consentimiento informado. A todos los individuos analfabetos que tenga el estudio, un entrevistador les explicará el Formato del Consentimiento Informado punto por punto, con la presencia de un testigo imparcial. El testigo firmará y fechará personalmente el formato del consentimiento. Cada formato de consentimiento informado firmado y fechado, debe ser guardado en un expediente por el investigador, ante posibles inspecciones de las Autoridades Reguladoras. El paciente debe recibir el que contendrá como mínimo las siguientes explicaciones:

- 1- Que la prueba involucra una investigación.
- 2- El propósito de la prueba.
- 3- El tratamiento(s) de la prueba y la asignación al azar de cada tratamiento.
- 4- Los procedimientos de la prueba, incluyendo los procedimientos invasivos.
- 5- Las responsabilidades del paciente o padres en menores.
- 6- Aquellos aspectos de la prueba que son experimentales.
- 7- Los riesgos previsibles o inconvenientes para el paciente y, cuando sea aplicable, al embrión, feto o recién nacido.
- 8- Los beneficios razonables esperados. Cuando no haya la intención de beneficios clínicos para el sujeto, su aclaración.
- 9- Que la participación del sujeto en la prueba es voluntaria y es posible retirarse de la prueba, en cualquier momento.
- 10- Si existe algún tipo de compensación.
- 11- Que autoridades reguladoras podrán realizar la verificación de los procedimientos de la prueba clínica y/o datos, sin violar la confidencialidad de los sujetos.
- 12- Que los pacientes serán informados oportunamente si llegara a tenerse información disponible que pueda ser relevante para ellos, con la buena intención para continuar su participación en la prueba.
- 13- Las circunstancias previsibles y/o razonables por las cuales la participación de un sujeto en la prueba puede terminar.
- 14- La duración estimada de la participación del sujeto en la prueba.
- 15- El número aproximado de sujetos implicados en la prueba.

Se agrega un encabezado periodístico que demuestra que lo previamente desarrollado tiene aplicación práctica y el por qué es importante conocerlo.

**PAMI. Despiden a médicos por probar drogas en jubilados.**

**La Nación – 26/03/2007**

*Dos facultativos que trabajaban en un policlínico de la obra social en Rosario habrían cobrado 40.000 dólares por realizar los experimentos.*

Este caso lo traemos a colación no por sus implicancias jurídicas o éticas, sino porque si los pacientes hubieran tenido la información que aquí se mencionó (consentimiento para investigación) tal vez no hubiera sucedido.

Aunque en el artículo se diga que en la Argentina no hay regulación que establezca cómo realizar pruebas de medicamentos en pacientes, como se

mencionó, existen las normas específicas que son conocidas por todos los investigadores serios del país basados en la Declaración de Helsinski de la Asociación Médica Mundial, que establece los principios éticos para la investigación en seres humanos, adoptada en Finlandia en 1964, con múltiples actualizaciones propias del avance de la ciencia, que dieron origen entre otras a las “*Guías para las buenas prácticas clínicas*” y tres guías éticas que rigen las investigaciones biomédicas, que incluyen la participación específicamente explicitada de los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética de la institución y exige el consentimiento informado para someterse a trabajos de investigación

## **CONSENTIR PARA HACER – CONSENTIR PARA NO HACER**

### **(Distanasia o encarnizamiento terapéutico)**

Las decisiones sobre la muerte siempre provocaron debates técnicos, pero en la actualidad da lugar a difíciles y conflictivas situaciones dado el avance científico y tecnológico que mejoraron las prácticas de soporte vital, y de reanimación, que permiten no sólo salvar vidas sino prolongar agonías, con calidad de vida casi nulas que deberíamos conocer de antemano, si el paciente aceptaría desde el principio de su autonomía. Complica aún más la situación el concepto de la muerte clínica y de la muerte cerebral.

¿Cuál es el punto de equilibrio entre lo que para algunos constituiría la figura del abandono de persona y la distanasia o encarnizamiento terapéutico, consistente en aplicar métodos terapéuticos desproporcionados que tienden a prolongar innecesariamente la vida del paciente?

Según el Dr. Jose Ferraris debemos definir primero qué es un paciente terminal, un paciente crítico y un paciente incurable.

*El paciente terminal* es aquel en que la muerte es acompañante del proceso, no hubo respuesta adecuada a los distintos tratamientos, los signos vitales se debilitan y el deceso se producirá en horas, días o semanas.

*El paciente crítico* es aquel en el cual la vida está en peligro pero tiene posibilidades de curación.

*El paciente incurable* es aquel en el que la muerte sobrevendrá en el plazo de meses o años.

*El principio de autonomía* (constatada sin lugar a dudas la competencia mental del paciente) debe ser respetada a ultranza “la negativa a un tratamiento no equivale a suicidio”. Prolongar la vida a costa de sufrimiento y lenta agonía puede interpretarse como el incumplimiento de uno de los principios de la bioética que es la “no maleficencia”. Frente al paciente agónico se debe lograr: que este permanezca sin dolor (no hay dignidad en el sufrimiento); que se mantenga con capacidad de dar y recibir afecto y que transcurra con lucidez (éste tiene aspectos más personales y religiosos que los anteriores). Todas las decisiones que reflejen y respeten la autonomía del paciente deben obviamente ser informadas a los familiares y quedar debida y prolijamente registrada, como cualquier otro consentimiento.

En el caso de menores, la autonomía de los que sustentan la patria potestad si no es compartida por los profesionales, al afectar a un menor sin capacidad legal para discernir, debería motivar la consulta legal ante un juez competente. Recuérdese que hay muchos antecedentes de jueces que autorizan transfusiones a pacientes hijos de padre “Testigos de Jehová”.

Ante dudas o en ausencia de padres, familiares en pacientes adultos pero no capaces o sin manifestación escrita previa (de cuando eran capaces), mi consejo es realizar las prácticas mínimas o máximas (decisión personal) pero que aseguren el mantenimiento de la vida, hasta que se aclaren perfectamente los aspectos legales, jurídicos y/o los previamente enunciados, para evitar ser recriminados jurídicamente en el futuro.

No puedo finalizar el tema de **consentimiento informado** sin un breve comentario personal. Pese a que hemos visto que la nueva disciplina denominada Bioética, cuyos comités son explícitamente recomendados en el decreto de Hospitales Públicos de Autogestión desde 1993, se ha desarrollado y difundido ampliamente en nuestro país, siendo cada vez más los expertos en la materia, el impacto sobre los pacientes es pobre.

El respeto a la voluntad del paciente y su derecho a consentir es permanentemente abordado desde las distintas especialidades. Ya en la ley 17.132 del “Ejercicio de la Medicina”, 1967, se podía leer: “...La voluntad del paciente en cuanto sea a negativa a internarse o tratarse debe respetarse...”.

¿Qué pasó entonces en estos 35 años? La primera impresión es que todavía, y desde mucho antes de la promulgación de la ley de ejercicio de la medicina, el **Modelo Médico Hegemónico** (ver capítulo 5) es el que predominó y todavía perdura en general.

Aunque, bioética de por medio, creemos respetar más al paciente y sobre todo su opinión, pero hacemos firmar consentimientos informados porque el abogado de la clínica o del hospital así los dispuso.

Cuando todavía sabemos hay cirujanos que conocen a sus pacientes dentro del quirófano; sin que el paciente tenga el mismo placer, porque éste ya está con camisolín, gorro y barbijo, es difícil creer exista una buena relación médico-paciente

Creo que si los jefes de sala o de servicio incluyeran en la recorrida de sala interrogar al paciente, para conocer si éste fue informado sobre qué padece, o cuál será su tratamiento, se llevarían una sorpresa.

Pero también como soy un convencido del valor de la asistencia-docencia o de la docencia en servicio, podría apostar que en menos de dos semanas un jefe de los que denominamos convencidos, lograría más concientización sobre el consentimiento y mejoraría la relación médico-paciente en su sala o servicio, si recuerda que siempre se predica con el ejemplo.



## CAPÍTULO 8

### EL ERROR MÉDICO POR NEGLIGENCIA

Como ya adelantamos en el glosario en español de la introducción, en general se ha aceptado como definición de **error** a la falla para completar una acción tal como fue planeada, o el uso de un plan equivocado para llegar a un objetivo, independientemente de que se produzca un daño o lesión o no. También se definió al **error en medicina** como el acto u omisión que lleva o puede llevar a un resultado imprevisto o no deseado.

#### LESIONES Y HOMICIDIO CULPOSO

En nuestro código penal se establece que si una muerte o lesiones, no fueron provocadas con intención de producir daño, las mismas se clasifican como **culposas**.

Los errores médicos son siempre culposos, salvo por ejemplo que un médico, utilizando sus conocimientos, decida liberarse de su suegra, en cuyo caso estamos ante un homicidio doloso y no culposo. Expresamente el código penal argentino establece para las lesiones (Art. 94) u homicidio culposo (Art. 84), que estas se produzcan por impericia, imprudencia, negligencia en su arte o profesión o incumplimiento de sus deberes o reglamentos a su cargo. Esto nos obliga a diferenciar, por lo tanto, dentro de los errores médicos en general, aquellos producidos por falta de conocimientos o entrenamiento, que deberían denominarse **errores médicos por impericia**, los producidos por afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo o proceder con apresuramiento innecesario o sin detenerse a pensar en las consecuencias, **error médico por imprudencia**, y finalmente los que son consecuencia de no obrar con la debida diligencia, por no haber prestado debida atención o no haber realizado el esfuerzo mínimo necesario, **error médico por negligencia**.

De la lectura de publicaciones americanas surge que en las mismas se menciona en general solo la negligencia. En el libro “*Medical Error*” (2002) de Rosenthal y Sutcliffe, de la Universidad de Michigan, publicado por

Jossey-Bass, puede encontrar la respuesta más adaptada. Negligencia fue definida desde el punto de vista o para el fuero civil para nosotros (no penal ni criminal), como la injuria real, resultado de una falla en el tratamiento médico, producida por no haber alcanzado el *Standard of care* (nivel de cuidado estándar) esperado para una dolencia específica para esa población.

Nuestra jurisprudencia también establece que deben compararse siempre situaciones similares, con igualdad de medios y posibilidades, antes de establecer la existencia de culpa médica, dado que no son iguales las posibilidades de un profesional, en una salita de un barrio en una provincia del interior, que las que tendría el mismo profesional trabajando en un hospital universitario en algunas de las ciudades capitales importantes del país.

En el capítulo 3 del mencionado libro se resume una clasificación en base al origen de los errores por negligencia, que considero bastante completa.

- 1) Deficiencia de conocimientos, por no haber sido nunca aprendidos o actualizados, por falla en la obtención de datos imprescindibles para la historia clínica; por omisiones en el examen físico o por no reconocer hallazgos en este examen.
- 2) Deficiencias en las habilidades cognitivas (del conocimiento) o en realizar juicios, opiniones o conclusiones acertadas. Diagnósticos incorrectos, fallas al considerar diagnósticos diferenciales. Falla en reconocer sus propias limitaciones y no solicitar ayuda o una segunda opinión.
- 3) Deficiencias de habilidades sicomotoras. Deficiencias en la realización de procedimientos técnicos por distintas causas.
- 4) Fallas internas del prestador. Equipos que funcionen mal, falta de stock.
- 5) Fallas externas al prestador. Caídas de sistemas computarizados, falta de especialistas en el mercado laboral, cambio frecuente de normas o recomendaciones.
- 6) Staff o cantidad de personal insuficiente o inadecuado.
- 7) Documentación inadecuada. Fundamentalmente correctas y completas historias clínicas. No accesibles cuando se solicitan. Estudios o datos no incorporados. Demoras en la recepción de estudios efectuados.
- 8) Supervisión inadecuada. En todas las áreas (administrativas, enfermería, médicas, etc).
- 9) Seguimiento inadecuado de pacientes.
- 10) Fallas en la prevención. Vacunaciones o consejos oportunos para evitar enfermedades o complicaciones.

- 11) Problemas de comunicación. Órdenes médicas verbales confusas o por escrito pero ilegibles. Entre profesionales o entre estos y los pacientes y/o familia. Información dada tardíamente, etc.
- 12) Fallas en lograr acuerdo con los pacientes en cuanto a sus tratamientos y recomendaciones por no haber entendido la problemática o sentimientos de los mismos.
- 13) Profesionales presionados con el tiempo. Muchas consultas en escaso tiempo, múltiples actividades para una sola jornada o persona.
- 14) Personalidad arrogante. Con sobre confianza en sus habilidades técnicas sin la necesaria experiencia.

## **CONSECUENCIAS JURÍDICAS EJEMPLOS DE RESPONSABILIDAD Y JURISPRUDENCIA**

El primer fallo sobre mala praxis en nuestro país data del 14 de abril de 1910 y fue dictado por la Cámara Nacional del Crimen. “La Jurisprudencia” es la creencia del Derecho y mediante la cual se expresa el conjunto de sentencias que los Tribunales de Justicia han formulado respecto a puntos de derecho contenidos en la ley.

Se transcribirán algunas de las jurisprudencias médicas más utilizadas, desde hace varios años, en relación al tema de la Responsabilidad Profesional y los errores médicos.

Con una breve explicación, aclaración y/o ejemplos de algunas de ellas, para que el lector pueda entender la esencia de lo que los jueces interpretaron, ante casos puntuales y probablemente continúen haciéndolo hasta que surjan nuevos criterios, nuevas jurisprudencias o leyes específicas sobre el tema.

*...Para que quede configurada la responsabilidad médica deben concurrir los siguientes requisitos a) obligación preexistente, b) falta o culpa médica (impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo), c) daño ocasionado, d) determinismo causal entre el acto médico y el daño ocasionado, y e) imputabilidad (que el profesional sea tenido por culpable del daño)...*

Esta jurisprudencia ratifica los elementos de la responsabilidad profesional, tal cual describiera el Dr. Nerio Rojas, pionero de la medicina legal en nuestro país.

El presupuesto de Responsabilidad Médica tiene cinco componentes.

- 1- El carácter del autor.
  - 2- La circunstancia del acto.
  - 3- El elemento subjetivo (culpa).
  - 4- El elemento objetivo (daño).
  - 5- La relación causa efecto (culpa – daño).
- 
- 1) El autor debe ser médico (léase también otro profesional de la medicina). Si un policía hace un parto en un colectivo no se da el presupuesto.
  - 2) El acto debe ser un acto médico; si un médico inyecta insulina a un enemigo y lo mata (caso real) no es acto médico (ni se da el presupuesto).
  - 3) Debe haber elemento subjetivo o culpa (impericia, imprudencia, negligencia, incumplimiento de los deberes a su cargo). Si hay o existe un error pero no por estas causas, no se da el presupuesto.
  - 4) Debe haber elemento objetivo (daño) o sea que no se toma en cuenta el potencial daño, el aumento de riesgo, u otro aspecto, si no hay daño no se cumple el presupuesto. Pero cuidado con este concepto pues si al paciente le produjo trastornos psicológicos o daño moral, esto sí se toma en cuenta aunque no exista daño físico con incapacidad estimable.

Agrego un artículo reciente que permitirá entender totalmente a qué me refiero cuando se habla de daño, aunque este no sea físico.

### **Vendió todo por un error de diagnóstico**

#### **La Capital - 8 de mayo de 2007**

Al inglés John Brandrick le diagnosticaron una fatal enfermedad por la cual sólo viviría seis meses y entonces decidió que tenía que aprovechar lo que le quedaba de vida de la mejor manera posible: no siguió trabajando, dejó de pagar la hipoteca y se dedicó al buen vivir con su compañera, gastándose una fortuna en restaurantes y hoteles.

Sin embargo, un año después, los síntomas comenzaron a remitir y el hospital llegó a la conclusión de que no padecía realmente un cáncer terminal sino una simple pancreatitis, perfectamente curable.

“Me deshice de todo. De mi coche, de mi ropa, sólo me quedé con un traje, una camisa y la corbata con la que deseaba que me enterraran. No necesitaba más ropa porque sólo me daban seis meses de vida”, explicó el paciente

inglés, con todos los preparativos del funeral listos.

Su compañera recibió ayuda psicológica para hacer frente a su nueva vida sin pareja.

Brandrick, que va a verse obligado a vender su casa, reclama ahora al hospital, perteneciente a la Seguridad Social inglesa, que lo indemnice por el erróneo diagnóstico médico.

Los responsables del centro niegan que se haya tratado de un caso de negligencia y explican que el diagnóstico de cáncer pancreático se basó tanto en los síntomas como en las pruebas que se le hicieron al enfermo.

5) Finalmente y el más importante debe haber una relación directa entre la culpa y el daño, concretamente, aunque un cirujano opere con los ojos cerrados, porque hizo una apuesta (ejemplo ridículo pero útil) si el paciente fallece luego por una neumonía intrahospitalaria, se darían los cuatro primeros elementos pero no el último, por lo tanto no se considera se hubiese cumplido el presupuesto de responsabilidad médica. Deberá ser sancionado como corresponde pero por otros mecanismos (administrativos, colegiados, éticos, etc.).

Cuando en a), de la jurisprudencia citada, dice: “obligación preexistente” se refiere al acto médico del presupuesto de responsabilidad. Por ejemplo, si uno va a una consulta médica; pero no se enojen los pacientes si en una fiesta le dicen a un médico: “¿Puedo hacerle una consulta?”, y este les dice que no. Ya que para la jurisprudencia aceptar y evacuar la consulta implicaría una relación contractual aunque no mediare pago alguno. Cuando existe una relación contractual la prescripción (tiempo para iniciar un juicio desde el hecho y/o la toma de conocimiento del daño) es de 10 años, en la extracontractual la prescripción es de 2 años. Relación extracontractual sería la que existe entre un profesional y los parientes o herederos de un paciente (si este viviese, entre él y el médico la relación sería contractual).

## **JURISPRUDENCIAS MÁS UTILIZADAS**

*...La culpa del médico comienza cuando terminan las discusiones científicas, no pudiendo exigirle más de lo que sea posible hacer al promedio de quienes desempeñan igual profesión o especialidad...*

Mientras no exista un consenso unánime y entre los mismos médicos se siga discutiendo entre quienes operan una hernia de disco y quienes hacen otros tratamientos, no existe culpa en elegir uno de estos métodos. En relación a que no se puede exigir más que al promedio, esto vale para la especialidad, los conocimientos actuales y/o el lugar. No se puede condenar, por ejemplo, porque si hubiera estado en una terapia de un hospital universitario se hubiera salvado, aunque sea cierto, si donde se atendió no había terapia y/o era precaria porque estábamos en una clínica u hospital de pueblo.

*...No cabe atribuir incumplimiento culposo al médico que utiliza un método, estando divididas las opiniones científicas respecto de la posible utilización de otros para intentar resolver el mismo problema...*

Esta jurisprudencia es en esencia igual a la primera parte de la anterior.

*...Si el médico actuó poniendo su celo profesional, el fracaso del método elegido con la prudencia del caso no puede serle imputable y el derecho no puede desentenderse de esa realidad...*

He debido actuar como perito en un juicio donde a un paciente con un aneurisma de aorta se le estaba colocando una prótesis endovascular (para justamente disminuir el riesgo de una operación tradicional). El dispositivo falló y no se abrió, el paciente debió ser operado en la forma convencional en el mismo momento en que se constató la falla y luego falleció. El método fracasó pero no es culpa del profesional. Tal vez sí podría serlo del fabricante de la prótesis o el dispositivo.

*...El médico no será responsable por un error de diagnóstico ante un caso científicamente dudoso o por haberse orientado por una de las opiniones idóneas en conflicto formulando diagnósticos de acuerdo con las reglas autoritariamente aceptadas, o si no se ha puesto de manifiesto una ignorancia en la materia...*

Como se dice en el ambiente médico, cuando el niño presenta la erupción todos diagnostican el sarampión o la varicela, el problema son los primeros días en que el niño sólo tiene fiebre. Ahora si todos los hermanitos ya tenían sarampión, no diagnosticarla precozmente ante los primeros síntomas de fiebre es distinto y ello sí implicaría ignorancia en la materia o negligencia en el interrogatorio a los padres.

*...El médico será responsable por un diagnóstico errado cuando otro facultativo prudente colocado en las mismas condiciones externas que él, no hubiese cometido el error; así pues hay errores de diagnóstico culpables y otros que no lo son conforme a esta pauta...*

Parafraseando a un colega amigo: si camina por los techos, tiene cuatro patas y dice “Miau”, es un gato. Con los diagnósticos sucede algo similar. No obstante hay enfermedades como la enfermedad de Crohn que de inicio se parece tanto a una apendicitis que la mayoría de los cirujanos la confunden y operan, u otras como la esclerosis múltiple que una vez diagnosticadas, uno descubre que los síntomas que presentó el paciente dos años antes correspondían a la enfermedad, pero por inespecíficos no fueron diagnosticados.

*...Repárese que si a veces se sostuvo que frente a la falta de curación o mejoría el médico ha de probar que el fracaso del tratamiento no le es atribuible, la eximente que se autoriza aducir al facultativo es, únicamente, la del “caso fortuito” y no la de “ausencia de culpa”...*

Ver el ejemplo que está en el glosario de términos de la introducción para caso fortuito.

A continuación se resumirá brevemente, todas aquellas partes que componen distintos artículos de los códigos civil y penal. En todas ellas el error médico está presente de alguna forma.

## **LA RESPONSABILIDAD PARA EL CÓDIGO CIVIL**

Código Civil (implica indemnización económica al damnificado).

*Art. 1113. La obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia, o por las cosas de que se sirve, o que tiene a su cuidado.*

En los supuestos de daños causados con las cosas, el dueño o guardián, para eximirse de responsabilidad, deberá demostrar que de su parte no hubo culpa; pero si el daño hubiere sido causado por el riesgo o vicio de la cosa, sólo se eximirá total o parcialmente de responsabilidad acreditando la culpa de la víctima o de un tercero por quien no debe responder.

Si la cosa hubiese sido usada contra la voluntad expresa o presunta del dueño o guardián, no será responsable.

Es el artículo principal de la responsabilidad profesional, por la cual se rigen los juicios de mala praxis en el fuero civil.

Léase como comprende: al autor, al jefe de un servicio, por sus profesionales a cargo, e incluso por el material que utiliza (independientemente de que pueda repetir el juicio a quién él considera responsable o citarlo como tercero).

Nótese que contempla la culpa de la víctima.

*Art. 902. Cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias de los hechos.*

Es mayor la obligación de un jefe de servicio o un titular de cátedra, que de un médico promedio.

*Art. 903. Las consecuencias inmediatas de los hechos libres son imputables al autor de ellos.*

*Art. 904. Las consecuencias mediatas son también imputables al autor del hecho, cuando las hubiera previsto y cuando empleando la debida atención y conocimiento de la cosa haya podido preverlas.*

*Art. 1109. Todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación de perjuicios. Esta obligación es regida por las mismas disposiciones relativas a los delitos del derecho civil.*

*Art. 514 ... Caso fortuito es el que no ha podido preverse o que previsto no ha podido evitarse.*

La culpa de la víctima o el caso fortuito como se observa, pueden ser la diferencia entre que se considere o no la existencia de responsabilidad profesional, por ello debe ser lo primero que debemos descartar.

Algunos de los siguientes comentarios y términos que se consideraron oportunos incluir surgen de preguntas o dudas puntuales recogidas en distintos cursos o conferencias, provenientes tanto de profesionales de la salud, del derecho o usuarios. Se enumerarán sólo las respuestas ofrecidas según mi opinión.

- La Historia Clínica: las omisiones o por ejemplo inteligibilidad de escritura son problemas técnicos censurables pero no determinantes de culpa salvo que por las mismas se hubiese generado un daño por el que deberá responder (dosis ilegible, no especificar algunos controles necesarios, etc.).

- El que no colabora con la prueba deberá sufrir sus consecuencias. Ejemplo: si la Historia Clínica desaparece, o un protocolo quirúrgico, o no se guardó una pieza en anatomía patológica.

- Si la infraestructura en la urgencia no reúne condiciones necesarias, adoptar las medidas para una rápida derivación, pero efectuando todas las medidas de seguridad mientras tanto. No libera de responsabilidad alegar que no se contaba con los medios necesarios y no intentar la derivación.

- Consentimiento para internar: si no puede ser considerado privación de la libertad. En pacientes concientes, mayores, con capacidad para discernir, exceptúa a los intentos de suicidio.

- Suicidio: su no prevención puede ser imputable al médico y/o a las instituciones responsables. No debe otorgarse alta sin interconsulta psiquiátrica y sin un medio familiar continente y seguro. Cuidarse de los intentos previos frustrados y/o con elementos o drogas inocuas, el próximo intento sí puede ser fatal.

- La infraestructura hospitalaria: impone utilización de ciertos medios conocidos y que el paciente acepta. No puede reprocharse al cirujano, conviene que quede documentado en el consentimiento informado y debe estar justificado por la urgencia o gravedad.

- Culpa de la víctima:

-Por no informar ampliamente y sin reservas al profesional.

-Por negarse a revisarse.

-Por incumplimiento de las prescripciones.

Tener en cuenta que debe probarse en juicio, por lo tanto debería estar documentada o probarse con testigos.

- Error de diagnóstico: NO existiría responsabilidad ante un caso científicamente dudoso.

Sí existiría responsabilidad si otro facultativo prudente en iguales condiciones no hubiere cometido el mismo error.

- Responsabilidad refleja: por ejemplo: Jefe de departamento por sus subordinados (deber de vigilar a colaboradores).

- Responsabilidad colectiva: no puede identificarse al causante entre los médicos tratantes.

- Responsabilidad concurrente: ejemplo: Entre el anestesista y cirujano en jefe (deber de vigilancia). Si un anestesista se retira del quirófano, será responsable por ello, y el cirujano por haberlo dejado ir.

- Responsabilidad por deber de seguridad: por las cosas que se emplean en los actos médicos.

Sobre todo por aquellas que se podrían haber probado o preguntado si funcionan normalmente.

- Extracontractual: si la causa la inicia un pariente de un paciente fallecido, prescribe a los dos años.

Atender a un accidentado en la vía pública sería extracontractual. Si se es médico de ambulancia llamada por el accidente es contractual.

- Abandono de tratamiento o cambio de profesional: libera al médico, salvo por los daños a él imputables. Es muy conveniente asentar en la Historia cuando los pacientes no concurren a las citas, como prueba, para el caso de que se invoque.

- Interconsultas: no hay obligación del paciente a concurrir al designado por el médico, pero puede cortar la relación médico-paciente.

- Deber de informar es mayor a mayor gravedad o riesgo (ej. cáncer). Dejarlo asentado en la Historia o el consentimiento, será mejor en el momento de evaluar pruebas.

- Deber de seguridad: por las cosas que emplea el médico en su profesión.

- Aptitudes profesionales especiales: serán valoradas si estas fueron tomadas en cuenta para contratar y en ese caso estaría comprendida en el Art. 902 del Código Civil ya transcripto.

- La culpa del médico: comienza cuando terminan las discusiones científicas (ver jurisprudencia).

- No se puede exigir al médico más que al promedio de los que ejercen igual profesión o especialidad (ver jurisprudencia).

- No culpa: por la utilización de un método respecto de otro estando divididas las opiniones médicas (ver jurisprudencia).

- El fracaso del método elegido: aplicado con la diligencia que el caso requería no puede ser imputable al médico (ver jurisprudencia).

## **ABANDONO DE PERSONA**

Un tema que ex profeso dejé para el final es el del muy nombrado pero no siempre bien entendido abandono de persona.

En realidad hay dos artículos en el Código Penal que lo contemplan, pero ninguno de ellos, al igual que la violación del secreto profesional, el homicidio o las lesiones culposas, son específicos para los médicos. Son aplicables a cualquier habitante o ciudadano imputable en el país.

El Art. 104 se refiere a "... El que pusiere en peligro la vida o la salud de

otro, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar”. Como surge de la lectura este artículo no sólo sería aplicable a los profesionales médicos, sino a aquellos familiares que no brindasen atención o cuidado a algún enfermo de su familia (aunque no se lleve bien, tiene la obligación legal de hacerse responsable). Diariamente en los hospitales las asistentes sociales deben concurrir a los domicilios de familiares que no retiran de la institución a pacientes que ya están de alta.

El otro artículo es el 108, que establece que cualquier persona, más aun si es médico, puede ser penado si “... encontrando perdido o desamparado a un menor de 10 años o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro, omitiere prestarle auxilio cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal, o no diese aviso a autoridad competente”.

Hace unos años hubo un caso de una médica que se negó, por su propia condición física, a subir a un 7mo. piso por escaleras, en un edificio donde se había producido un incendio (esto no es abandono de persona). Tampoco lo es si usted para auxiliar en un choque debe cruzar una autopista con automóviles circulando a gran velocidad. Sí debe llamar a la autoridad (policía, bomberos, médicos, si está dentro de sus posibilidades).

Aclaración: Tanto en el abandono de persona como en la violación del secreto profesional, no es necesaria que exista un daño, para ser condenado.

Con el objeto de aclarar un poco más esta figura jurídica se cuenta un caso real y se brindan algunos comentarios al respecto.

### **Condenan a médico que abandonó a una paciente.**

#### **De medio gráfico. 25/02/2007**

“Dos años de prisión y siete de inhabilitación”, fue impuesto por la Cámara Nacional de Casación Penal, por haber dejado sola a una mujer hipertensa que había solicitado atención de urgencia y que falleció antes de que llegaran otros profesionales.

La condena por homicidio culposo tuvo como víctima a una mujer de 49 años quien falleció de muerte súbita por un ataque al corazón. Los servicios fueron requeridos para concurrir al domicilio de la paciente debido a dolores precordiales que la misma experimentaba. El médico constató hipertensión arterial alta, por lo que indicó reposo, ordenó un electrocardiograma y llamó a una ambulancia con cardiólogo, pero se retiró del lugar antes de que llega-

ra ese móvil. La mujer, a los pocos minutos que se retirara el médico sufrió un ataque que le causó la muerte.

La sala sostuvo que el médico asumió una responsabilidad profesional al presentarse en el lugar para asistir a la paciente. Si bien no se demostró que el diagnóstico del médico fuese errado, ni que su permanencia hubiera contribuido a prolongar la vida de la paciente, por mayoría la sala de la cámara condenó al médico.

La pregunta que me hice al conocer el caso fue: Si la paciente le hubiese dicho al médico: “Doctor, ¿me va a dejar sola hasta que venga la ambulancia? ¿Y si me pasa algo? La respuesta fue que tal vez la paciente podría haber sobrevivido, y el médico seguro no hubiese tenido ni un juicio ni una condena penal, ni perdería, como seguro ocurrirá, el juicio civil, quien sabe por qué monto.

La conclusión es obvia: el paciente, al seguir una recomendación, no sólo se beneficia él, sino además el profesional actuante. Y si la sugerencia propuesta no hubiese sido efectiva, la paciente debería haber ejercido su derecho y exigirle al profesional quedarse hasta que concurriese la ambulancia. Reconozco que no es lo usual pero garantizo su efectividad.

## CAPÍTULO 9

### LA MALA PRAXIS

Quien piense que el problema ocasionado por el aumento de los juicios por Responsabilidad Profesional es sólo de los médicos, está tan equivocado como aquel que pensaba que el SIDA afectaría únicamente a la comunidad de homosexuales o drogadictos.

Esta afirmación no es arbitraria, sino producto del análisis lógico de la historia, la situación actual y de la proyección a un futuro inmediato, pero realizada no desde la óptica de un médico asistencial ni de un médico legista ante un caso puntual, sino desde un punto de vista sanitario, abarcando a todos los actores sin distinción sectorial y a todas las estructuras involucradas, sean privadas, públicas o de la seguridad social; en la forma más objetiva posible.

Los juicios por mal praxis han aumentado en el país en forma exponencial y vamos camino a una crisis, tal vez semejante a la que afrontó, por ejemplo, California en los EE.UU. en 1975; y que obligó a las asociaciones médicas, a las empresas aseguradoras y al gobierno a generar cambios legislativos para subsanarla.

Si los juicios son en realidad muchos, justificados o no, o cuál es el porcentaje de sentencias condenatorias, merecería un análisis aparte; lo importante es que la percepción por parte de los médicos es como una terrible amenaza que no conduce a que quien no hace buena praxis lo haga, y sí afecta en su praxis a quien la realiza con la corrección, técnica y arte que corresponde.

Cuando esta amenaza potencial se convierte ya en una demanda judicial real, sea personal, de colegas allegados o de un mismo servicio y por conocer los hechos se la sabe injusta, el análisis costo beneficio se impone, y como resultado del mismo muchos profesionales de gran capacidad y reconocida jerarquía han decidido abandonar la actividad asistencial.

Algunos de los que continúan en carrera, por vocación o faltas de alternativas, han extremado las precauciones, mejoraron la relación médico paciente, implementaron sistemas de control de calidad, se esfuerzan en aplicar los consentimientos informados y a confeccionar mejores historias clínicas, pese a lo cual, si bien minimizaron riesgos, no les alcanzó para

asegurar no verse involucrados en una eventual demanda. Sin embargo estas medidas mejoraron la atención, beneficiaron a pacientes y a las instituciones.

Otros, o los mismos mencionados previamente, también aplicaron consciente o inconscientemente lo que se ha denominado “medicina defensiva”, que a modo de resumen sería realizar estudios, tratamientos o indicar interacciones que en la práctica no serían necesarios para ese caso puntual, con el sólo objeto de evitar el reproche jurídico por no haberlos realizado. Esto ya no sólo no aporta beneficios sino que por el contrario genera angustias innecesarias al paciente, produce aumento de los costos en salud y no siempre está exenta de riesgos propios.

El exponente máximo de la medicina defensiva sería el equivalente al “no te metas” de la jerga popular. Aceptar una derivación de un paciente complejo es asumido por algunos profesionales como ofrecerse a la justicia como un demandado voluntario. Las conductas quirúrgicas heroicas cada vez son menores y prácticamente es nula en algunos medios.

Todo esto como es obvio afecta directa o indirectamente a toda la población y a algunos más que a otros: “...ojo que es familiar de un médico...”, o “...mirá que el esposo es abogado...”, son frases poco frecuentes, pero como las brujas, que las hay, las hay.

Hasta aquí no se ha hablado del paciente verdaderamente perjudicado por un acto médico calificable como de mala praxis y cuyo derecho a iniciar un juicio por Responsabilidad Civil no se pone en duda; años y años de litigio, las cargas de las pruebas, los peritajes y demás trámites, hasta que finalmente llega la sentencia; y allí explicarle que todavía falta la apelación. Si todo le fue favorable queda la tarea más ardua, cobrar. De lo expuesto, inferir que el sistema actual beneficia sólo a muy pocos, no requiere una gran elaboración.

Hace falta entre los derechos del paciente y la sociedad y el de los profesionales de la salud un elemento homeostático que los equilibre, y esto es un marco legal adecuado y apropiado, que no vulnere a las partes y que esté adaptada al medio y a la situación política, social y económica, sin dejar de tomar en cuenta nuestra cultura.

Como se ha hecho en otros capítulos, se resume una situación, en un momento histórico y en un escenario determinado, que podría ser la nuestra, si la viéramos en prospectiva. La información no sólo es interesante sino que las propuestas, fueron las utilizadas como bases en lo que pretendió ser un

anteproyecto de ley en los mediados de 1997, cuando la situación no era tan crítica y que no pudo concretarse.

## ANTECEDENTES EN U.S.A.

### La crisis de California

En 1975 la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales y el Centro de Políticas de la Salud de la Universidad de Georgetown, presentaron un informe titulado “*Una guía para legisladores sobre la cuestión de la mala praxis médica*” relacionada con la Crisis de la mala praxis en California, uno de los Estados más afectados. Hasta ese año la situación de mercado asegurador de mala praxis en California ya estaba muy deteriorada, pero a mitad de año hizo crisis y existía mucho riesgo de que peligrase la Salud Pública de todo el Estado. Una de las compañías más grandes, comunicó a 2000 médicos asegurados que no le renovarían la póliza y otra dispuso aumentar la prima en un 380 % a 4000 médicos. La causa: en California de 12,7 siniestros cada 100 médicos en 1968 aumentó a 18,8 % en 1972 y a 25,5 % en 1974.

Las causas de la crisis según se publicó incluyeron: problemas en la relación médico-paciente, la explosión de los derechos legales, la influencia de los medios de comunicación y la creciente habilidad de los abogados. Aunque se consideró como una de las causas de mayor importancia, **la mentalidad de no-culpa de los demandantes y de la sociedad en general** en la creencia de que no afectaban en demasía a los profesionales y que sus compañías de seguros tenían fondos ilimitados. La hipótesis de que los juicios de mala praxis aumentaba, por aumentar la mala praxis no tuvo mucho sustento, siendo uno de los argumentos ofrecidos que eran más demandados los médicos certificados que aquellos que no lo eran. También se descartó como principal causa, la actividad inescrupulosa de los abogados contra las compañías de seguros de mala praxis, pues las estadísticas demostraron que la explosión legal de los ciudadanos de ir a la corte, por otro tipo de reclamos tenía una tasa mayor que la exclusiva por juicios de mala praxis. Ya en 1972 ante esta problemática el gobierno (la asamblea legislativa) creó un comité para analizar las causas de mala praxis y proponer soluciones, que trabajó durante aproximadamente 3 años, sin obtener resultados satisfactorios, ni haber previsto la crisis.

El 1 de mayo de 1975, los médicos del norte de California iniciaron una

huelga paralizando la atención médica, por considerar que no podían afrontar el costo de los seguros y no pretendían trasladarlos a los pacientes. La prensa se ocupó extensamente del tema y la opinión pública se inclinó hacia los profesionales de la salud. Y la atmósfera política se electrificó. Luego de dos semanas de huelga, ante la promesa legislativa de que se elaboraría un proyecto de largo alcance, la misma se levantó.

Algunos datos interesantes surgieron de las investigaciones realizadas para el proyecto relacionadas con la mala praxis por los distintos comités que la estudiaron. Por ejemplo que al paciente sólo le llegaba el 34% de lo que efectivamente pagaba el seguro como indemnización, muy inferior al 67,5 % que por ley se exigía reciba el demandante. Con lo que se concluyó que el esquema existente, a pesar de ser muy caro, ni siquiera protegía a la víctima.

Uno de los argumentos respecto a los gastos de los demandantes, fue que se invertía mucho en investigación para determinar si las lesiones fueron causadas por negligencia del médico o eran riesgos inherentes al tratamiento, encuadrados como estadísticamente normales para la intervención médica en cuestión.

Resumiendo, la legislatura se encontraba con dos opciones, o se autorizaba aumentar los seguros, lo que también se trasladaría a los pacientes, o se sacaban fondos del tesoro, a través de nuevos impuestos. Ninguna de ellas era viable. Por ello se presentó el proyecto que luego se convertiría en la principal legislación californiana sobre mala praxis: la Ley MICRA (Medical Injury Compensation Reform ACT) que es una reforma integral del sistema de litigios de mala praxis.

Esta ley establecía:

- Un comité independiente para la evaluación de lesiones médicas sobre una base similar a la que regía para los accidentes de trabajo.
- Una compensación limitada por todas aquellas lesiones imprevistas, resultantes de una intervención médica u omisión irrazonable.
- Restricción de los honorarios de abogados a quienes por otro lado se los relevó de la carga de la prueba por negligencia.
- La indemnización por pérdidas no económicas como dolor o sufrimiento fueron limitadas, poniendo tope.
- Se creó la Board of Medical Quality Assurance, en la actualidad la Medical Board of California.

- Se introdujeron reformas sustanciales en el área de control de calidad médica para mejorar el nivel de las prestaciones médicas y reducir la cantidad potencial de juicios.
- Se adoptó la decisión general de que todas las partes interesadas debían hacer un sacrificio, para arribar a una solución justa y racional de la crisis del seguro.
- Se estableció el término “fuentes colaterales” refiriéndose a cualquier pago percibido por el demandante por los daños sufridos a consecuencia de la supuesta negligencia, no pagado por el demandado; como ser planes de asistencia médica prepaga, seguro de invalidez, seguros de vida y otras coberturas similares. De forma que el jurado a su discreción podría deducir estos pagos del monto de la sentencia. Un efecto que se buscaba fue transferir parte del costo resultante de la negligencia del prestador de salud hacia los aseguradores de salud e invalidez, los cuales ya habían cobrado una prima para cubrir precisamente estos riesgos. De esta forma se comparten riesgos y costos.
- Se estableció que en caso de una indemnización por daño futuro que excediese 50.000 dólares el pago se podría realizar en cuotas a futuro. Esto aseguraba que el demandante contaría con los fondos necesarios para su atención médica a largo plazo y por otro lado reduciría la presión financiera de las compañías de seguros.
- Redujo el plazo de prescripción para las demandas de mala praxis, la que debía ser iniciada dentro de los 3 años de ocurrida la lesión o hasta un año después de que la descubra. Exceptuándose cuando existía estafa, ocultamiento intencional o la presencia de un cuerpo extraño.
- Se estableció que en los contratos de prestaciones de servicios médicos se incluía una cláusula que obligaba a las partes a resolver cualquier disputa sobre mala praxis mediante arbitraje obligatorio.
- Se estableció que no se haría lugar a ninguna demanda por mala praxis, si no se informaba al futuro demandado con 90 días de anticipación.

## **NUESTRA REALIDAD**

La realidad en nuestro país, respecto a los juicios sobre responsabilidad profesional, se desconoce con exactitud, ya que los datos disponibles o anali-

zados son insuficientes, no hay discriminación entre las demandas en sede penal y civil, y, dentro de las mismas, cuántos son los profesionales involucrados, ni tampoco las instituciones. Lo que, teniendo en cuenta que hay juicios en donde se demanda por ejemplo a dos instituciones de salud, y a 3 o 4 médicos de cada una, permite comprender por qué no se puede arribar a estadísticas confiables.

No obstante podemos mencionar, que según fuente “Consultores Asociados” entre 1960-1978 hubo 50 juicios, entre 1978 y 1991 aproximadamente 2000 y entre 1992 y 1994 ascendieron a 6000.

Según el diario *Clarín* (marzo, 2003) o *Página 12* (diciembre, 2004) uno de cada 5 médicos es acusado por mala praxis. Calculando que un 60 % de los 110.000 médicos en actividad están asegurados, en promedio por una cifra de aproximadamente 100.000 pesos.

Entre noviembre de 1995 y junio de 2003 hubo 3123 denuncias por mala praxis (según San Pacific) para un universo de 27.036 médicos asegurados. Y que según ISALUD (2001) 68 % involucraron a clínicas, obras sociales y prepagas, y 32 % a los médicos. Estimando también que sólo un 6 % de las demandas concluyen en condena. Que un tercio del 94% restante llegan a arreglo extrajudicial en mediaciones. Y que aproximadamente 30 % no progresan y desaparecer por caducidad de instancia. El 65 % de las demandas cuentan con beneficio de litigar sin gastos, lo que significa que los profesionales o sus aseguradoras aunque no sean condenados deban pagar al menos el 50 % de los honorarios de los peritos y los honorarios pactados con sus abogados. No obstante sea cual fuera el número exacto de profesionales demandados, lo que es importante aquí es señalar que las consecuencias como ya se mencionó no son sólo para los condenados.

La actividad médica realizada tanto en instituciones públicas como privadas, al tener como destinatarios a la sociedad en su conjunto, sin distinciones de clase, debería ser considerada de interés público, en donde el Estado debería tener un rol activo sobre todo aquello que afecte las prestaciones de una u otra forma. A todos nos afecta que profesionales de gran capacidad y reconocida jerarquía abandonen la práctica asistencial por miedo a demandas infundadas y/o la posibilidad creciente de verse comprometido judicialmente en el futuro. O que quien ya conoció los tribunales desarrolle su práctica con miedo a tomar decisiones o asumir responsabilidades, con las implicancias correspondientes para el paciente. El propio médico incluso puede en ocasiones

padecer lo que se ha denominado el Síndrome Clínico Judicial con alteraciones en su salud y repercusiones en todo su entorno familiar.

Una de las consecuencias más difundida, nacida por el temor de los profesionales, es la ya mencionada “medicina defensiva”. Uno de los temores más fundados, aún entre los profesionales que cuentan con seguros, es que las primas no cubren los montos de condena, ya que existe una disparidad entre estos, la realidad del país y los sueldos de los profesionales. Como se suele escuchar por los pasillos “cobramos como en el tercer mundo y nos demandan como en el primero”. Otro es que algunos tipos de seguros sólo cubren al profesional si al momento que llega la demanda tiene todavía su póliza vigente “Claim Demand” y considerando que la prescripción en lo civil es de 10 años, esto significa que no sólo no puede cambiar de aseguradora sino que deberá continuar pagando hasta 10 años después de cesar su práctica. Y para quien no tenga seguro, la certeza de que gane o pierda el juicio, él siempre pierde (económicamente hablando) porque deberá afrontar los honorarios de su letrado y seguramente al menos el 50 % de los honorarios, en tribunales nacionales y 100 % en Provincia de Buenos Aires, de todos los peritos que intervinieron en el pleito. Por otro lado el profesional no sólo toma actitudes defensivas, en relación a la práctica. También lo hace con sus bienes, los que pone a otro nombre; sus viviendas, que coloca como bien de familia, para evitar que su patrimonio se vea amenazado ante una demanda perdida sin contar con seguro o si la condena es mayor que la cobertura asegurada. Esto junto con la realidad de muchísimas clínicas en convocatoria de acreedores o compañías de seguro en liquidación, afecta directamente al paciente o sus herederos que realizaron un reclamo justo en donde se probó la impericia, imprudencia o negligencia, con el agravante que le llevó muchísimos años demostrar su razón y aún así no llegan a percibir ningún tipo de indemnización. Esto hace que el paciente también en ocasiones aún ganando pierda.

Otro sector que dijimos está involucrado es el Estado, que puede estar afectado por algunos de los elementos mencionados. El primero es la medicina defensiva, que al sector público le aumenta los costos, y el segundo las condenas, muchas veces de montos exorbitantes en relación a la realidad económica del país (a lo que debemos agregar un tópico más que interesante y/o perverso si queremos denominarlo así). Ya que en ocasiones al no prosperar una demanda, la que de haber sido contraria generaría una indemnización proporcional al daño, los magistrados toman como base para las regulaciones

de honorarios el monto de la suma reclamada por la parte actora en la presentación de la demanda, la que indefectiblemente está sobrevalorada por la parte accionante. El último punto respecto a las implicancias en el Estado es el no despreciable costo propio del sistema judicial en la resolución de los conflictos médicos.

Se complementa la información con una actualización del *Diario Judicial* del 19 de septiembre de 2006:

Según estadísticas presentadas en el IX Congreso Argentino de Salud, los litigios por mala praxis aumentaron un 57 % en los últimos tres años, encabezados por la especialidad ginecología y obstetricia. Las demandas por mala praxis le costaron al sistema sanitario aproximadamente 3.000 millones de pesos. La industria del juicio crece al amparo de una legislación insuficiente. Las demandas se multiplicaron por 10 en la última década y son una de las razones que llevaron a la quiebra de numerosas clínicas y obras sociales, el retiro de algunas aseguradoras del mercado y la disminución de recursos en el sistema de salud. Los reclamos en hospitales porteños ascienden a 79 millones de pesos anuales, y las de obras sociales 490 millones, además de los costos de la medicina defensiva. Hubo 715 acciones de amparo contra 647 del año anterior.

El ranking por especialidades demandadas es: Ginecología y Obstetricia 26 %, Cirugía 25 %, traumatología 14 %, Pediatría 10 %, Clínica Médica 9 %, Infectología 8 %, Anestesiología 4 % y Cirugía Plástica 4 %. Más del 90 % de las acciones judiciales son rechazadas, pero los costos de litigación son demasiado altos y finalmente son pagados por los médicos.

## **PROPUESTAS DE REFORMAS LEGISLATIVAS**

Podemos concluir luego de efectuadas algunas de estas consideraciones que algo hay que modificar en la legislación y en el Sistema de Salud para alcanzar un equilibrio que permita, respetando los derechos de todos los actores o involucrados, que todos ganen; antes de que se produzca una crisis como sucedió en California y que dudo se pueda resolver como ellos lo hicieron.

Como dijo un presidente: “Mejor que decir es hacer”. En 1997 presentamos el proyecto completo del que a continuación se resume, a varios legisladores de distintos partidos y lo discutimos en jornadas entre profesionales y asociaciones médicas.

Creo que además hubo otros varios proyectos. A más de 10 años el resultado fue “cero”. Si fue porque existió desidia, porque era más importante declarar “El Día de la Empanada...”, o aprobar todas las otras leyes que el último día hábil en el Congreso se trataban, o porque se tocaban algunos intereses, no lo sé. Pero el resultado sigue siendo “cero”.

Hoy, a una década, sé fehacientemente porqué no hubo una reforma legislativa: “Porque no existió una crisis”.

Para mejorar, sin pretender solucionar totalmente la problemática planteada y algunas de sus consecuencias, no son necesarias ni grandes decisiones políticas, ni cambios drásticos en la legislación. Es posible al menos intentar algunas soluciones, las que a continuación enumeraremos y que el lector fácilmente verificará surgen de realizar analogías, homologías y utilizar un pensamiento estratégico.

Si la ley establece que el seguro de responsabilidad civil contra terceros es obligatorio para quienes conducen vehículos particulares y medios de transporte, por el riesgo que implica, contar con seguros solventes y con primas adecuadas a la realidad del país, también debería ser obligatorio para los profesionales de la salud. Que para asimilarlo al ejemplo, conducen o manejan cientos de vidas.

Como estos seguros en esencia no serían para proteger al profesional sino al paciente no deberían tener cláusulas tales como no cubrir más de 1 o 2 eventos por año, pues esto perjudicaría a todo damnificado que cronológicamente esté más allá de ese límite.

El Estado debería garantizar por algún mecanismo que algún organismo o el gobierno tendría que hacerse cargo de las indemnizaciones, si la compañía de seguros quiebra, lo que debería tener un efecto secundario, muy beneficioso como sería que el Estado o dicho órgano ejerzan el control necesario de las compañías de seguro, por las que finalmente deberán responder.

El mecanismo de mediación o conciliación obligatoria en los casos de mala praxis debería ser obligatorio y previo al proceso judicial en todo el territorio nacional, pero contener ciertas características específicas que después se mencionarán. Esto indirectamente minimizaría la participación de los tribunales, los que podrían abocarse a otras causas, disminuyendo los más que prolongados procesos judiciales.

Los seguros, siguiendo el modelo de la ley de riesgo de trabajo (que en este aspecto no se cumple fielmente) podrían determinar que el costo de los segu-

ros sea indirectamente proporcional a las medidas que en relación a prevención de daños, seguridad y calidad las instituciones de salud tengan implementada, no usando esta categorización como elemento para competir entre ellas con el costo del seguro para obtener clientes. Esto sólo sería posible si la categorización del riesgo no la hacen las aseguradoras sino un organismo independiente y sus conclusiones son respetadas por todos los oferentes del mercado. Las certificaciones de los profesionales y las categorizaciones de los establecimientos, que este organismo también evaluaría, serían factores que se tomarían en cuenta al momento de establecer riesgo y costo del seguro.

Se debería también utilizar como elemento para establecer los costos de los seguros la historia o antecedentes de los profesionales en relación a demandas de mala praxis, sea por condena firme o arreglos extrajudiciales, tal como actualmente ofrecen algunas aseguradoras para los conductores, cuyo costo de seguro de automóvil varía según los siniestros previos.

Como se desprende, estas medidas contribuirían a que los profesionales certifiquen, las organizaciones se categoricen e implementen planes de mejoramiento de la calidad y la seguridad en salud.

Otra medida que se propone es: "...que no podrá imputarse en ningún caso a los profesionales bajo relación de dependencia o empleo público la responsabilidad por daños o perjuicios derivados de accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes o la falta de personal adecuado en cantidad o calidad, y/o inadecuadas condiciones de los establecimientos asistenciales..." siempre y cuando las hubiere detectado, notificado fehacientemente a la autoridad competente, y/o no fuesen modificables por él. Como se comprende esta medida no sólo beneficiaría al profesional, sino que lo convertiría en instrumento para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de sus pacientes.

Bajar el periodo de prescripción de 10 años a 2 o 3 es un anhelo prácticamente de todos los profesionales. Fundamentalmente para que puedan contratar un seguro contra la responsabilidad civil y desplegar su cotidiano accionar con la distensión necesaria.

El uso de normas, guías de tratamiento, manuales de procedimientos, los informes de las auditorías externas de la calidad de las prestaciones y sobre todo las mejoras realizadas en base a dichos informes, podrían ser valorados (en su justa medida) como elementos de presunción en casos de muy difícil resolución, y para bajar el costo de los seguros.

La prescripción de 2 o 3 años tendría una cláusula de que no se debe superar el año de descubierta, salvo que exista ocultamiento del profesional o ante casos especiales.

Dar un preaviso obligatorio de 90 días a quien se vaya a demandar sería muy positivo pues daría a las partes las mismas posibilidades en lo que a tiempo se refiere para preparar sus casos. Hoy en día llevándolo al absurdo podríamos decir que la parte demandante tiene 10 años para preparar la demanda y el demandado 10 o 15 días para contestarla.

Tomar en cuenta sólo los gastos efectuados por el demandante, para su reembolso contra presentación de la documentación que lo acredite y no, si estos fueron cubiertos por otros seguros, prepagas u obras sociales.

Determinar que si en la liquidación se establece indemnización por daño permanente, no corresponde abonar tratamientos para mejorar el estado o la incapacidad, salvo que se la difiera y dependiendo del resultado se la recalcule.

Hasta aquí se transcribieron algunas de las propuestas, que podríamos llamar tradicionales o convencionales. Las que siguen podríamos auto clasificarlas como algo menos ortodoxas.

Uno de los problemas y que generó o genera aumento de los juicios de mala praxis es que los abogados de los demandantes no siempre cuentan con el asesoramiento médico legal correspondiente y esto conlleva en ocasiones a que luego de muchos años de litigio, en la sentencia, en el mejor de los casos, tomen conciencia que esa demanda nunca la deberían haber iniciado; otras veces quedarán con la duda. Por otro lado todos sabemos que muchas veces detrás de un abogado hay un médico, cumpliendo un rol no bien definido.

Junto con la demanda se debería agregar un informe debidamente firmado por un profesional médico que dé los elementos científicos como para que se acepte que la demanda es producto de un análisis previo y/o al menos existen dudas razonables, que justifican comenzar la litis.

Se propone un proceso judicial, distinto o complementario a la mediación obligatoria que contempla la posibilidad de que las partes sometan la decisión de sus diferencias a uno o más jueces privados (árbitros) incluyendo la actuación de peritos árbitros (Pericia arbitral) cuya competencia se circunscribe a las resoluciones de cuestiones de hecho específicamente determinadas.

Por su origen, el juicio arbitral, o de peritos arbitrales, puede ser:

- Voluntario, o sea que las partes deciden resolver por esta vía al iniciarse el conflicto.

- Obligatorio legal es cuando existe un convenio anterior o cláusula de compromiso por el cual las partes han convenido que de suscitarse un conflicto futuro ese será el mecanismo de resolución debidamente formalizado.

Este tipo de proceso es utilizado por su especificidad, por ejemplo en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires. Las cuestiones de derecho suscitadas en el litigio son resueltas por el juez que debería entender en la causa. El veredicto del juicio arbitral se denomina laudo, siendo el juez de la causa quien se encargará de la ejecución. El/los árbitros podrán ser 1 (uno) o 3 (tres) según cada caso en particular, podrán ser propuestos por las partes de común acuerdo o los elegirá el juez de la causa. No cumplen la función de peritos de parte porque esto atenta contra la imparcialidad de que deben estar revestidos. Sí es facultad de la parte nombrar un consultor técnico o patrocinante técnico. El código procesal estipula todos los pasos que deben cumplir este tipo de procesos. Sería aplicable la utilización del mismo también en el Fuero Penal con algunas variables, por considerarlo beneficioso para todas las partes y la justicia, sin desvirtuar el espíritu de la ley, dado que en esto son también las cuestiones de hecho las fundamentales a tomar en consideración al momento de dictar sentencia. El arbitro principal en estos casos sería un médico del cuerpo forense designado por el juez, pudiendo estar secundado por dos árbitros más, designados de común acuerdo, o en su defecto por los consultores técnicos (quienes no podrán ser recusados, podrán presenciar las operaciones técnicas y emitir dictamen). Sus conclusiones sobre las cuestiones de hecho no serán un laudo, sino que se elevarán al ministerio público (fiscal) quien, junto con el juez penal de la causa, determinará si se procede al sobreseimiento, cierre de la causa, se complementan medidas sumariales o se realiza la acusación comenzando la etapa del plenario.

Para iniciar cualquier acción penal o civil sería necesario, como se adelantó, un informe de un profesional de la medicina que contenga en forma resumida los hechos y el motivo por el cual se considera existen elementos como para realizar una investigación penal o solicitar una compensación monetaria, sin que ello implique adelantar conclusiones o que sea vinculante. En caso de que el paciente, sus familiares o letrados no contasen con dicho profesional, la asesoría pericial, el cuerpo médico forense, o profesionales de centros de defensa al consumidor o de los pacientes, a crearse, podrían realizar dicho informe. Este sistema evitaría muchas demandas infundadas por desconocimiento de las ciencias médicas, no impedirá al damnificado prose-

guir con la denuncia, pero el mismo no podrá alegar desconocimiento y soportará todo el peso de la carga de la prueba.

Dado que la actividad profesional de la medicina se rige por las generales de la responsabilidad profesional que es contractual. Si la justicia acepta la existencia de este contrato, aunque sea implícito y no escrito, la realidad muestra que en la actualidad (dada una deficiente relación médico paciente, la explosión de los derechos legales, la influencia de los medios de comunicación y fundamentalmente el desarrollo de la mentalidad de NO CULPA de la sociedad en general al demandar a su médico) un profesional ve en el paciente a un posible demandante y este conscientemente también lo sabe, negarlo no conduce a ninguna solución, por lo tanto ¿por qué no blanquear esta situación que es altamente perjudicial y realizar contratos explícitos, escritos y si es necesario hasta refrendados que establezcan los mecanismos a los que someterse en casos también explícitamente contemplados, extendiendo a su vez contratos entre profesionales y entidades y entre estas y los pacientes?

En estos contratos podría estipularse por ejemplo el tipo de proceso judicial y la jurisdicción en caso de demandas y hasta sería posible establecer distintas categorías de indemnizaciones, en base al seguro que posee el establecimiento. Los seguros tendrían obviamente un costo variable.

Se contemplaría un tope para los denominados GASTOS NO ECONÓMICOS tales como dolor, sufrimiento, daño moral, etcétera, no susceptibles de apreciación monetaria. Siendo las incapacidades físicas estimadas por baremos nacionales. Establecido el porcentaje este será calculado en función del valor estipulado para casos de fallecimiento el cual obviamente será el 100 % cuyo valor mínimo se determinaría. Los pacientes que opten por el sistema tarifado mínimo no deberán abonar suma alguna, será el sistema a utilizar en los organismos sanitarios estatales y en la seguridad social o medicina prepaga y particular si no media aclaración o contrato en contrario. Estos pacientes que optaron por el sistema tarifado tendrán el beneficio de litigar sin gastos sin que medie necesidad de presentar ninguna documentación ni iniciar ningún incidente previo. Quienes opten por el sistema no tarifado deberán especificar en cuanto valoran su vida, estimándose en base al valor tarifado (por ejemplo, el doble, triple, 10 veces, etcétera). Las obras sociales, prepagas y profesionales que realicen su actividad en forma privada aceptarán o no estas pretensiones, como valor agregado o beneficio diferen-

cial competitivo dejando constancia escrita de la misma para ambas partes (salvo que ya esté estipulado en el contrato general), siendo condición excluyente que posea un seguro que cubra esos valores o proporciones. En caso de aceptar responder por valores por los que no está asegurado constituirá una conducta dolosa la que deberá ser denunciada judicialmente.

**Las indemnizaciones** tienen por objeto compensar al damnificado y asegurarle que el déficit o incapacidad sobreviniente no afectarán su supervivencia o la de los herederos legítimos. Se abonará en forma de prestaciones dinerarias y en especies. En el primer caso se establecerá en la reglamentación hasta que porcentaje corresponde pago total y efectivo, y desde cual parte será en efectivo y parte se abonará en cuotas para asegurar el bienestar del damnificado. En caso de necesidad de tratamientos y/o rehabilitación la compañía de seguros deberá afrontar los costos que ella demande o las efectuará por intermedio de instituciones propias o contratadas.

Será función de la superintendencia de aseguradoras de riesgo profesional, a crearse el control del sistema y la elaboración de estadísticas para programas futuros.

Los honorarios de los profesionales intervinientes serán regulados según se determine en la reglamentación para cada etapa y según monto base.

De ser necesarios medicamentos o estudios complementarios para determinar estados de salud de los damnificados, los mismos podrán ser realizados por o a cargo de las obras sociales o prepagas, en caso de afiliados, pues se utilizarán en el pleito pero son para establecer estado de salud o enfermedad, y ello está dentro de las obligaciones contraídas con el afiliado independientemente de cual fue la causa que los generó.

Los honorarios de los árbitros serán fijados de común acuerdo entre las partes y los mismos, en caso de ser la demanda por el sistema tarifado los honorarios se establecerán por módulos a determinar. En caso de ser condenado el demandante en costas, los mismos, por ser asimilables al beneficio de litigar sin gasto, serán abonados del fondo de financiamiento que se constituirá según reglamentación con fondos de las obras sociales y prepagas por su cantidad de afiliados, un porcentaje de las primas de los seguros, las multas y porcentajes de las tasas de justicia a determinar.

Para realizar la función de árbitro o perito arbitral se deberá ser médico legista con 5 (cinco) años como médico más 4 (cuatro) años en el ejercicio de la especialidad, tener aprobado el curso de práctica procesal igual o similar al

que estableció la suprema corte de la Provincia de Buenos Aires para los peritos, y el curso de mediador o similar.

En casos en donde se requiera una especialidad muy puntual se podrán solicitar máximo dos árbitros de esa especialidad pero el presidente de este sistema colegiado deberá tener los requisitos establecidos previamente.

Tal vez nuevas, distintas, algunas de estas propuestas, puedan en algún momento servir como base en algún proyecto serio, que propenda al bien común de la sociedad, por encima de intereses económicos, corporativos, políticos o de otra índole. Lo cual sólo será posible si todos los actores, a saber Estado, Ministerio de Salud, abogados juristas, médicos, representantes de los pacientes o consumidores, de empresas aseguradoras, fuerzas vivas, etc., participan en cada una de las etapas de elaboración y fundamentalmente después en el control y regulación, y se revise periódicamente en base a los resultados correctamente estadificados.

### **La experiencia de México**

A continuación se resumirá un informe que da cuenta de la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en México sobre conciliaciones de controversias en la relación médico-paciente como posibilidad previa a un proceso judicial.

En México, el modelo de atención de disconformidades médicas privilegia la participación de los involucrados para resolver sus diferencias a través de Medios Alternos para la Solución de Conflictos, como la conciliación y el arbitraje, pues están convencidos de que, al arraigar una cultura de entendimiento, se disminuye el conflicto social.

## **MEDIOS ALTERNOS A LA DISPUTA JUDICIAL**

En el plano técnico cualquiera de las acciones que se emprenden sin la pericia suficiente o sin la diligencia necesaria a que obliga el deber de cuidado a cargo del profesional médico, tienen, en una gran proporción de casos, consecuencias en la integridad física del paciente, lo que necesariamente genera controversias y la posibilidad de un enfrentamiento de consecuencias legales.

En lo interpersonal, el solo hecho de no explicar al paciente con deteni-

miento y en un lenguaje accesible asuntos relacionados con su estado de salud, el tratamiento que se le brindó y los cuidados que debe tener en lo sucesivo, distorsionan el sentido de la relación médico-paciente, de tal manera que la desatención lleva a la desconfianza, y ésta a menospreciar la calidad profesional de los servicios, no obstante que se hayan efectuado con pericia y diligencia.

Ante la apreciación por parte del paciente o de sus familiares, de una atención profesional deficiente y la desconfianza (fundada muchas veces en una evaluación subjetiva del proceso de atención) nace el distanciamiento con el médico o incluso el reclamo para que se repare un supuesto daño por presuntos actos de mala práctica, y a partir de ahí, el transitar de los litigios legales tiene serias repercusiones para ambas partes.

Resolver las controversias generadas por la atención médica en el ámbito jurídico aleja las posibilidades de entendimiento y transforma seriamente el vínculo entre médico y paciente, pasando de una relación humanista, de beneficios mutuos, de colaboración y confianza, a un esquema de enfrentamiento y de disputa, en el que las partes actúan, por lo general, con intransigencia.

Cuando una controversia de esta naturaleza llega al proceso jurídico, puede ocurrir que el médico no reconozca los errores cometidos –aún cuando éstos realmente existan- y que el paciente simule o exagere a la espera de obtener un lucro indebido por su actuación.

Si la relación médico-paciente guarda en su seno un principio fundamental de beneficencia en el cual se objetiva el imperativo moral de no causar daño, los errores cometido de manera involuntaria, sin la intención de dañar, deben, de igual manera, tener una salida distinta a la disputa judicial, de tal forma que su solución no rompa este equilibrio ancestral, sino que por el contrario, lo fortalezca.

Empero, esta relación no puede fortalecerse si las controversias derivadas de la atención médica se someten a un proceso legal que enfrenta a las partes y polariza sus posiciones, pues habrá que recordar que, en muchos casos, el conflicto se genera por problemas de comunicación, y la decisión jurídica necesariamente otorga la razón a uno de los contendientes, y, por regla general, la otra parte se siente insatisfecha. Por el contrario, la aplicación de Medios Alternos para la Solución de Conflictos a las controversias médicas promueve un entendimiento entre las partes y favorece la participación directa de los involucrados para solucionar el conflicto.

A través de la conciliación, un tercero imparcial con autoridad moral reconocida facilita el acercamiento entre médico y paciente, evitando que sus posiciones los lleven a extremos irreconciliables, para lo cual, además de reunirlos e inducirlos a dialogar abiertamente sobre sus diferencias, les plantea formas concretas para resolver el conflicto en un ambiente que les permita acordar libremente los términos que satisfagan sus pretensiones.

El conciliador, en su caso, cuida que las propuestas que expresan el médico y el paciente dentro del proceso de avenencia se mantengan dentro de parámetros de respeto mutuo, buscando equilibrar sus posiciones a fin de eliminar la posibilidad de que alguno de ellos ejerza, en detrimento del otro, las ventajas que en determinado momento podrían otorgarle una mejor condición social, cultural, económica o intelectual.

En ello radica la enorme ventaja de la conciliación como alternativa extrajudicial para resolver controversias, pues el carácter especializado del tercero imparcial, le permite participar activamente en la disputa de las partes, con una actitud imparcial y objetiva.

Por su parte, el arbitraje se constituye en la opción más viable para resolver el conflicto cuando las partes no han podido llegar a un acuerdo a través de la conciliación, ya que al ser un proceso más flexible y bajo la modalidad de un juicio de expertos, garantiza un pronunciamiento objetivo e imparcial.

Otra de sus particularidades como Medio Alternativo para la Solución de Conflictos se refiere a la manera libre y voluntaria por la cual las partes deciden someter sus diferencias al conocimiento de un tercero al que le reconocen capacidad y especialización en la materia de la controversia, dándole facultades para resolver el conflicto, con el compromiso de cumplir su decisión en forma voluntaria en virtud de la buena fe expresada en el compromiso arbitral.

El arbitraje es una figura jurídica ampliamente reconocida por las ventajas que tiene respecto de los juicios que se tramitan ante los órganos de impartición de justicia, pues sin pretender sustituirlos, otorga a las partes la posibilidad de resolver sus diferencias en un tiempo más corto que el que usualmente se lleva en los tribunales, lo que además es acorde a la tendencia internacional de hacer efectivo el principio universal a cargo del Estado de brindar justicia pronta y expedita.

## EL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO DE MÉXICO

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) es una institución gubernamental que orgánicamente depende de la Secretaría de Salud, autoridad sanitaria federal cuya función principal consiste en coordinar las acciones del Sistema Nacional de Salud. Fue creada en 1996 y cuenta con autonomía técnica. Entre otras atribuciones brinda asesoría e información a los pacientes, sus familiares, y prestadores de servicios médicos buscando la conciliación en la resolución de conflictos derivados de las prácticas médicas. A su vez, actúa como árbitro y emite laudos, elabora dictámenes médicos a petición de los órganos y las autoridades de procuración y administración de justicia, emitiendo recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, etc. Para el cumplimiento de sus atribuciones, ofrece diversas alternativas extrajudiciales para la atención de las disconformidades derivadas de presuntos actos de mala práctica médica, como son la gestoría para una mejor atención, conciliación y arbitraje. Todos los procedimientos tienen como característica común ser gratuitos, ágiles, expeditos y confidenciales.

Si las partes no llegan a un acuerdo en la etapa de conciliación, se les ofrece el arbitraje de la Institución, que se desarrolla, si existe la voluntad de ambas, mediante dos procedimientos: el arbitraje en conciencia, en términos de las reglas fijadas por las propias partes, y el arbitraje de estricto derecho, sujetándose a la legislación civil vigente en la República. En ambos la resolución se emite mediante un laudo que, por lo general, se cumple de manera voluntaria, aunque es posible hacerlo en forma coercitiva una vez homologado ante un tribunal judicial.

No menos importante es la participación de oficio que tiene la CONAMED en el conocimiento de casos de deficiencias en los servicios médicos cuando se trata de cuestiones que exceden intereses de tipo particular, es decir, de tipo general en materia de salubridad general de la República.

Finalmente, una tarea fundamental para lograr un modelo nacional, es la responsabilidad que tiene para fomentar la creación de instituciones análogas para la resolución de controversias en el interior de la República. Desde su creación, ha apoyado la instalación de instituciones similares a la CONAMED en 17 estados de México, que coadyuvan en la atención de disconformidades vinculadas con el acto médico, cuando se trata de probables irregularidades en la prestación de servicios públicos y privados de naturaleza estatal.

## OTRAS OPCIONES

Mientras esperamos las leyes de fondo necesarias donde se establezca un equilibrio justo para todos los actores del sistema de salud, es muy probable que como sucedió con la mediación obligatoria, se mejore la resolución de los conflictos médicos, al incluirla en sistemas modificados por otras causas específicas.

Aunque nuestro país no tiene una cultura tan litigiosa como U.S.A, donde se cuenta que un surfer llegó a demandar a otro, por haberle robado la ola, lo que inspiró junto con otros ejemplos similares a California a fundar una ONG de “Cuidados contra el abuso de las demanda” logrando implementar una “justicia para pequeñas causas”, ya hay dos proyectos de ley provinciales que indirectamente podrían beneficiar tanto a profesionales como a pacientes. Uno, la ley 13.183, incorpora “el principio de oportunidad” por el cual los fiscales pueden archivar causas cuando el bien jurídico afectado sea insignificante y el daño torne desproporcionada una pena, o cuando la pena en expectativa carezca de relevancia. Siempre y cuando el acusado repare el daño. La otra, ley 13.133, consagra los derechos del consumidor, últimamente muy citado en los juicios de mala praxis, transfiriendo a los municipio la facultad de atender las denuncias (aunque al principio se utilizará para empresas o compañías de servicios públicos, en un futuro, podría ser útil en errores médicos menores).

En Europa el “Libro verde” sobre resolución de conflictos, incluye algunas soluciones vía Internet y en Francia hasta 3.800 euros la instancia es única.

Suecia, Noruega y Holanda, por ejemplo, han organizado sistemas de compensación por fallas o fracasos médicos, para el sistema público, con el objeto de que no lleguen a las cortes de justicia. Se compensa con sólo demostrar la pérdida medible o mensurable en términos económicos producidos por error. No siendo necesario demostrar que existió negligencia de parte del profesional o personal de la institución. Obviamente en estos países se revelarán al paciente más fácilmente los errores que en aquellos donde ello implique la posibilidad de una demanda judicial, como ya dijimos.



## **CAPÍTULO 10**

### **LO QUE TENEMOS Y NO USAMOS PLENAMENTE**

Tal vez el lector, con todas las menciones de las organizaciones, proyectos, planes, estrategias, objetivos, etc, que existen en Estados Unidos, piense que el sistema de salud en ese país es perfecto. Esto no es así y lo demuestra en primer lugar los cerca de 40 millones de habitantes que están excluidos del sistema.

Pero sí es indudable que se invierten muchos recursos económicos y humanos para tratar de mejorar al menos el tema de los errores en medicina y la seguridad de los pacientes, y la producción científica es muy abundante, aunque tal vez el impacto ante semejante gasto tampoco es el esperado.

En nuestro país, tenemos instrumentos y estrategias escritas más que suficientes para hacer un Sistema de Salud mejor, más seguro y de mayor calidad. Donde el derecho a la salud está más que contemplado. El problema es que no se cumplen en su totalidad y a veces ni parcialmente. Esto avala lo que una vez escribí: “Pensadores nos sobran, lo que falta son hacedores”.

En este capítulo se transcribirán en forma muy sucinta aquellos decretos, programas, resoluciones, etc, donde el tema de la seguridad de los pacientes estaría incorporado al igual que la calidad de la atención médica y el derecho a la salud, sin necesidad de ninguna ley especial.

Conocerlas puede serle útil a quienes piensen que desde su ámbito (como ciudadanos, médicos, juristas, políticos) algo puede hacerse en relación al tema que nos ocupa. O a quienes requieran invocarlas al momento de reclamar ante las autoridades que correspondan, por algún derecho a la salud vulnerado.

Ante casos muy puntuales y personalizados, si el reclamo se hace ante la justicia este se denominará amparo y lo trataremos al final del capítulo dando algunos ejemplos reales donde la justicia falló a favor de los peticionantes.

### **PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

La seguridad de los pacientes está íntimamente ligada con la Calidad de la Atención Médica y dentro de ella con lo que se denomina la gestión de la cali-

dad en las organizaciones de salud. En la práctica no son muchas las instituciones que adoptaron la filosofía de la calidad total y menos aun los hospitales públicos. Pero no por falta de un programa. El **Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica** está dentro de las políticas sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social (Dec. 1269/92) y expresa en sus considerandos:

...que una de las políticas sustantivas, consiste en mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social;

...que es intención de la autoridad sanitaria desarrollar acciones de normatización, fiscalización y evaluación en el área de atención médica;

...que de acuerdo con los estudios realizados por esta Secretaría en relación con el tema, surge la conveniencia de agrupar en un Programa Nacional el conjunto de todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar dicho nivel de calidad como la necesidad de actualizar y adecuar la norma vigente;

...que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

El programa normatiza y desarrolla las actividades vinculadas entre otras con:

- a- La habilitación y categorización de los Establecimientos Asistenciales.
- b- El control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud.
- c- La elaboración de normas de funcionamiento y manuales de procedimiento de los servicios de salud y de Normas de Atención Médica.
- d- El asesoramiento y cooperación técnica en relación con las actividades antes señaladas.
- e- La fiscalización y el control sanitario (la evaluación de calidad de la atención médica y de los servicios de salud).

Para que este programa pueda desarrollarse se requiere como mínimo:

- Calidad técnica de los profesionales.
- Uso eficiente de los recursos.
- Minimización de riesgos para el paciente.
- Satisfacción del paciente.
- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Coordinación de los servicios, tanto entre los ambulatorios como entre los distintos niveles de atención de la salud.

Surge claramente que no fue suficiente una resolución ministerial, o que se distribuya gratuitamente un libro, para que mágicamente se implemente un programa de garantía de calidad.

Esto requiere un esfuerzo mayor que colocar el manual de garantía de la calidad en un lugar visible de la biblioteca de la dirección de un hospital o de un sanatorio.

Se necesita un mayor profesionalismo y desarrollo técnico de todos los involucrados, pero a la vez una visión globalizada o integradora de todos los procesos incluidos en los sistemas de salud, junto a una concientización individual y colectiva de lo que significa no sólo el programa sino la calidad.

Es necesario que el público o la población también conozca el programa, asumiendo con valentía el riesgo que ello implica aunque no estemos acostumbrados a ello, ya que en nuestro medio, y no sólo en salud, todavía se considera que cuanto menos sepa un cliente, un paciente o un ciudadano sus derechos, mejor para todos, menos para él; no sea cosa que después empiecen a exigir.

Ejemplos cotidianos avalan estas consideraciones. Carteles anunciando libros de quejas a su disposición, que no aparecen cuando se los solicitan. Contratos, garantías, pólizas en donde se enumeran los derechos del consumidor escritos con letra tan chica que requieren una lupa para leerlos aun al de perfecta agudeza visual, etc.

Algunos organismos consideran que es fundamental también para implementar este programa, ayuda o asistencia financiera. En lo personal obviamente puedo estar de acuerdo que con mayores recursos el programa podría haber sido mejor aplicado, pero no lo considero una excusa. La calidad es un problema de filosofía, y el costo de la calidad puede provenir tranquilamente del ahorro que significa no pagar el costo de la no calidad, que pese a no ser muy evidente, en general invisible a los ojos de los contadores tradicionales, existe, y los que trabajamos en salud lo conocemos, aunque muchas veces se tenga miedo de contabilizarlo.

Es necesario para alcanzar los objetivos de la garantía de la calidad, una mayor profesionalización del gerenciamiento, que no debe limitarse a reducir costos, como es usual.

Como se puede comprender, aun luego de este breve resumen de la resolución, el espíritu de la misma es inobjetable y el resultado después de más de 15 años inmostrable. Esto no invalida los avances que en materia de calidad

han tenido muchas instituciones de salud, pero no por el programa en si, sino porque muchos profesionales y directivos hicieron suya la filosofía de la calidad, se capacitaron o buscaron asesoramiento y con esfuerzo propio y gran liderazgo lograron mejorar sus organizaciones. Desde ya adelante mi opinión es de que seguramente serán los mismos que liderarán el risk management (gestión de riesgos) incorporando o completando la calidad de la atención con la seguridad de los pacientes y del personal de salud, los que al menos en sus organizaciones producirán los primeros cambios.

## **MARCO ESTRATÉGICO POLÍTICO PARA LA SALUD DE LOS ARGENTINOS**

Tal vez más importante que el Programa de la Garantía de la Calidad de la Atención Médica, y menos cumplido aún, lo sea el **Decreto 455** (Exp. 2002 – 3444/00-9), denominado **Marco Estratégico – Político para la Salud de los Argentinos**, que expresa en sus considerandos la necesidad de hacer explícitos los lineamientos por los cuales el Gobierno Nacional se guiará en materia de salud, con una reforma del sector salud para buscar la mejora del acceso, la equidad, la calidad, la eficacia, la eficiencia y la sustentabilidad del sector, ante las desigualdades e inequidades que existen y requieren una gestión adecuada de los recursos.

Explícitamente este decreto dice que el gobierno y la administración del sistema de servicios de salud son una responsabilidad concurrente y concertada del Poder Ejecutivo Nacional, de los poderes ejecutivos provinciales, de los gobiernos municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este decreto presidencial tiene como propósito lograr la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de la equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas.

Dentro de las políticas sustantivas está enmarcado el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud de la Nación que le permita cumplir eficientemente con sus funciones de planificación, regulación, ejecución y control.

Algunas de las políticas instrumentales son: dotar a la atención de la salud de un grado crecientemente progresivo de calidad adoptando criterios científicamente fundados para la habilitación, acreditación, categorización de los

establecimientos de salud, así como la habilitación, certificación y recertificación del ejercicio profesional.

Desarrollar sistemas integrados de información que haga eficiente y eficaz la planificación, toma de decisiones y monitoreo de acciones sanitarias. Fortalecer los sistemas de regulación y control y evaluar el impacto de la biotecnología.

Dentro de la política sustantiva en busca de una salud social solidaria se destaca como política instrumental atender con especial interés las brechas, desigualdades y/o inequidades en materia de problemas de salud, sean locales o regionales o comunes a todo el país.

## **EL COLEGIO DE MÉDICOS ANTE LAS CARENCIAS HOSPITALARIAS**

Otra importante herramienta con que cuentan al menos los profesionales de la Provincia de Buenos Aires es a través de su Colegio de Médicos.

El problema de las **carencias hospitalarias** afecta a pacientes y profesionales, sean éstas por insumos, equipamiento o infraestructura, que impiden una adecuada prestación. Esto para los pacientes es una denegación de su legítimo derecho a la salud y para los profesionales, al no poder dar satisfacción a los requerimientos de sus pacientes, un impedimento a su derecho a trabajar y la alta posibilidad de resultar demandados o denunciados por responsabilidad profesional. Por esto en octubre de 2001, a raíz de la gran crisis en salud, por ejemplo, el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito V resolvió:

Establecer que ante una presentación formalizada ante este Colegio por profesionales actuantes en establecimientos Hospitalarios o Sanatoriales relativa a carencias en dichos ámbitos para el normal desempeño profesional, la Mesa Directiva del Colegio queda expresamente facultada para poner en marcha los procedimientos que se establecen en el presente.

Esta resolución que podría ser homologable en todo el país, para las instituciones que regulan la matrícula o las asociaciones profesionales, debería ser uno de los primeros pasos a dar, cuando se agotaron los reclamos por la vía jerárquica, correspondiente dentro de las instituciones de salud. Utilizar las mismas es un derecho, que en realidad sería más un deber, para aquellos que

realmente piensan que la salud de sus pacientes o de la comunidad está amenazada y/o no puede garantizar la seguridad del sistema, incluido no sólo el paciente sino en ocasiones también el personal.

Si a la distancia se analiza el grado de difusión, de repercusión, la cantidad de presentaciones efectuadas; o la incorporación de este instrumento en otras instituciones colegiadas o asociaciones médicas. Parecería que el tema de las Carencias Hospitalarias fueron o son sólo una alucinación padecida por algunos lúcidos.

Por ello, al menos en la Provincia de Buenos Aires, cuando estas se invoquen para justificar falencias del sistema a los pacientes y familiares, estos deberían preguntar al profesional o a su jefe de servicio, o incluso al director del establecimiento, si ya se ha realizado el reclamo correspondiente ante las autoridades del Colegio de Médicos que corresponda por jurisdicción.

## **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

### **(Manual del beneficiario de obras sociales)**

Aunque confieso tener una postura bastante crítica respecto de lo que se hace en relación a mucho de lo que se podría hacer, sin mayores erogaciones, nunca dudo en efectuar el reconocimiento a acciones, proyectos o ideas que tratan de mejorar los procesos o sistemas. Dentro de estos últimos se puede incluir El Manual del Beneficiario de Obras Sociales realizado en el 2003 por la Superintendencia de Servicios de Salud.

En su prólogo el superintendente Dr. Rubén Humberto Torres manifiesta:

“La decisiva participación y opinión de los beneficiarios en las instituciones de regulación y control que tutelan sus derechos, constituye en el sector de la salud una asignatura pendiente...”.

“...Es intención de esta conducción recuperar el trascendental papel que le corresponde a esta Superintendencia en la relación entre Obras Sociales y Beneficiarios, desde diversos aspectos: informando sobre los derechos y obligaciones que competen a ambos; mediando en la resolución de conflictos que en relación a esos derechos y obligaciones se susciten; brindando el mayor número de información disponible para que el derecho de opción de cambio de Obras Sociales sea una legítima elección de cada beneficiario y no una decisión marcada por un marketing interesado, o una imposición manipulada por

intereses corporativos, y poniendo a disposición del beneficiario la información neutral y desprovista de cualquier interés que no sea el de que se otorguen aquellos servicios que sean efectivamente útiles, imprescindiblemente necesarios y elegibles en función de su costo-efectividad. La prescripción y utilización de medicamentos y prácticas de utilidad dudosa o nula, aunque de novedosa presentación o difusión, y no avalados por criterios científicos rigurosos como los de la medicina basada en evidencias, constituye uno de los motivos más importantes de dilapidación de recursos, que luego no resultan suficientes para el pago de otros medicamentos o prácticas de indudable utilidad”.

Este manual que se encuentra a disposición de los afiliados, junto con el sistema de consultas, tanto personales, telefónicas o por e-mail, entre otras informaciones útiles, establece el sistema de reclamos, el que también transcribimos por considerar que esta información no es totalmente conocida por los pacientes, lo que ya muestra un impacto insuficiente.

### **Reclamos por Formulario “A”**

- La Obra Social tiene la obligación de disponer de este formulario para que el beneficiario inicie su reclamo.
- El formulario se presenta en la Obra Social, quien debe emitir un informe de solución en un plazo de 15 días corridos.
- *Si se presentan casos de “urgencia médica” y/o riesgo de vida del beneficiario, la Obra Social debe:*
- Analizar el caso.
- Resolverlo.
- La Obra Social debe comunicar a la Superintendencia de Servicios de Salud y al beneficiario la forma en que se resolvió el tema planteado.
- Las notificaciones se realizan al domicilio constituido del beneficiario o al registrado en el padrón.
- Si el beneficiario no está de acuerdo con el informe de solución, puede insistir ante la Superintendencia.
- El plazo desde la notificación son 10 (diez) días corridos.

### **Reclamos por Formulario “B”**

- La Superintendencia de Servicios de Salud dispone de este formulario para que el beneficiario realice su reclamo. En caso de residir en el interior el afiliado debe contactarse con el Centro de Atención Telefónica para el

envío del formulario y el asesoramiento para su presentación correspondiente.( 0800.222.72583 )

- El reclamo debe realizarse en el Centro de Atención Personal de la S. S. SALUD.
- Se traslada el reclamo a la Obra Social.
- La Obra Social debe responder el reclamo en un plazo de 15 (quince) días corridos si es un trámite normal, 5 (cinco) días si es especial, o un día si se trata de una urgencia médica.
- Recibido el reclamo la Obra Social debe responder con un Informe Solución en los mismos plazos y formas que el Formulario “A”.

Los formularios para la presentación del reclamo se encuentran publicados en el sitio Web de la Superintendencia de Servicios de Salud. ([www.sssa-lud.gov.ar](http://www.sssa-lud.gov.ar) )

### **Formulario “C”**

- La Superintendencia remite al beneficiario este formulario como constancia del envío del reclamo a la Obra Social.

### **Procedimientos Especiales de Reclamo**

Para las siguientes patologías:

- HIV-SIDA.
- Internaciones.
- Drogadicción.
- Embarazo y atención al recién nacido hasta el primer año de vida.
- Atención oncológica.

### Plazos para resolver el reclamo

- La Obra Social debe resolver el reclamo y notificar al beneficiario en 5 (cinco) días corridos.
- Si se trata de una urgencia médica el plazo es de un día.
- Vencido el plazo, si existe negativa o respuesta insatisfactoria, el denunciante puede recurrir por vía de insistencia a la S. S. SALUD.
- Al no recibirse respuesta por parte de la Obra Social una vez vencido el plazo, se considera como negativa de cobertura.

### **Reclamos por cobertura de discapacidad**

- El beneficiario debe presentar certificado de discapacidad, actualizado y emitido por autoridad competente.

Luego de algunos años en vigencia sería interesante conocer para no perder las esperanzas, cuáles fueron los resultados luego de la implementación del manual del usuario, qué datos estadísticos pueden mostrarse, cuántos reclamos se solucionaron y/o cómo mejoró el sistema.

## **RECURSO DE AMPARO**

El recurso de judicializar aquellas situaciones que afecten los derechos del individuo o del profesional, es conocido como Recurso de Amparo. Esta acción se ha previsto para paliar acciones u omisiones de la autoridad pública que en forma actual lesione, restrinja, alteren o amenacen con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta derechos constitucionales.

La propia normativa (Art. 43 de la Constitución Nacional y Art. 20, Inc. 2 de la Constitución Provincial) se encargan de precisar que: “el objeto directo de la acción y de la pretensión en ella perseguida debe radicar en una actuación o en una conducta omisiva que con actualidad o inminencia lesione, restrinja, altere o amenace derechos y garantías constitucionales”.

El derecho a la salud está amparado dentro de las garantías innominadas de los Art. 33 y 42 de la Constitución Nacional y específicamente determinado en la Constitución Provincial, en su Art. 37 Inc. 8 “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud...”

En ocasiones también suele citarse por su rango constitucional, a partir de 1994, los “tratados internacionales de Derechos Humanos”, cuando de reclamos al Estado estamos hablando.

La forma, tiempos de presentación y/o modelos para promover acciones de amparo, son temas muy jurídicos por lo cual se aconseja a los interesados

solicitar el asesoramiento correspondiente; recordando solamente que estos recursos son individuales, ante una situación determinada, en un lugar específico y cuando se cumplan alguno de los requisitos que se transcribieron amenacen derechos constitucionales. No obstante se mostrará un modelo sencillo a los fines ilustrativos.

Si bien algunas organizaciones gremiales han manifestado que algunos jueces tienen miedo al poder político y a que su sentencia origine una explosión de juicios o que su decisión afecte el presupuesto, creo que se referían más a amparos solicitados ante reales situaciones de vulnerabilidad de derechos, pero más generales como “el derecho a la salud” tratando de crear conciencia colectiva o intentando que una sentencia de un poder como el jurídico, logre un efecto sobre el poder político, imposible de obtener por otra vía.

## PROMUEVE ACCIÓN DE AMPARO

Sr. Juez:

..... en su calidad de....., constituyendo domicilio legal en....., a V.S. digo:

Que ante la Guardia del Hospital ..... se ha presentado en el día de hoy ..... , quien presenta un cuadro de ..... , para cuya atención se requieren medios con los que este hospital no cuenta, razón por la cual procede su derivación a .....

Que a los fines de esa derivación se agotaron todas las posibilidades informales y se remitió a..... vía fax la pertinente solicitud, según lo acredito con la constancia adjunta (copia de la nota y comprobante de fax).

Que en atención al tiempo transcurrido sin haberse logrado la concreción del traslado correspondiente, concurro ante V.S. a fin de que adopte las medidas que estime pertinentes para la pronta atención del paciente atento el riesgo inminente para su vida y/o salud.

Proveer de Conformidad.  
Será Justicia.-

Para completar este tema de los amparos les transcribo y resumo algunas sentencias actualizadas en donde la justicia falló a favor de los solicitantes.

### **Por suerte la salud tiene cintura... y también caderas.**

**Diario Judicial.-** 08 de Mayo de 2007

*La Cámara Federal platense hizo lugar a una medida cautelar presentada por un hombre que sufría una infección en la cadera y solicitaba urgente una prótesis especial. El tribunal dispuso que la Obra Social PAMI entregue o arbitre los medios necesarios para que en el plazo de 10 días se haga entrega de la prótesis. El fallo destaca que “la garantía constitucional de protección a la salud debe ser integral y totalizadora”.*

La causa se abrió con una acción de amparo promovida por B. para que se le provea una prótesis especial ya que padece una afección en la cadera que consiste en una fractura subcapital y aplastamiento progresivo del macizo trocanteriano (osteosíntesis). La prótesis, según la actora, fue indicada por el médico “de manera urgente, imprescindible e insustituible su utilización”.

En la demanda, la amparista explicó que había solicitado la prótesis ante el PAMI, pero que la presentación fue rechazada con el argumento de que la patología observada “no justifica el tipo de prótesis solicitada”.

En el fallo, el tribunal recordó que a partir de lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional “la Corte ha reafirmado el derecho a la preservación de la salud comprendido dentro del derecho a la vida y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas”.

De esa manera, el Estado Nacional “asumió compromisos internacionales explícitos encaminados a promover y facilitar las prestaciones de salud que requieran sus habitantes, con mayor necesidad en los casos de minoridad y ancianidad por la lógica situación de desamparo en que se encuentran, por lo que no puede desligarse válidamente de esos deberes so pretexto de la inactividad de otras entidades públicas o privadas, máxime cuando ellas participan de un mismo sistema sanitario”.

Por todo ello, el tribunal concluyó que “la garantía constitucional de protección a la salud debe ser integral y totalizadora, siendo dicha carga impues-

ta en cabeza de las obras sociales y de las entidades privadas prestatarias de los servicios de salud y, de manera subsidiaria, sobre el Estado”. Y resolvió rechazar el recurso interpuesto por la demandada contra la resolución apelada que hizo lugar a la medida cautelar solicitada.

Para ello, los jueces tuvieron en cuenta la gravedad de la dolencia, el estado de salud del amparista, su edad, sus antecedentes clínicos y la necesidad de contar con la prótesis adecuada para la atención de su afección, aspectos que, según el fallo, “se encuentran comprobadas con las constancias obrantes en la causa”.

**Diario Judicial.- 04 de mayo de 2007**

**Camara Civil y Comercial Bahía Blanca.**

*Condenan a IOMA a asistir a un chico hipoacúsico luego de que la madre presentó un recurso de amparo.*

Al no haber cumplido IOMA, desnaturalizaban sin duda las obligaciones asistenciales que asumió la obra social por delegación del estado provincial.

**Error administrativo no es excusa.**

**Diario Judicial – 25 de abril de 2007**

El caso es de un chico que padecía el mal de Hodkin y necesitaba medicamentos para realizar quimioterapia, cuya entrega la Provincia de Buenos Aires, cumplimentados todos los trámites, no había entregado.

Tomado conocimiento el Defensor del Pueblo de la Nación solicitó informes a la Directora de Política de Medicamentos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, quien prometió que en 15 días se entregaría. Pasado este lapso de tiempo, al volverse a reclamar, los funcionarios se excusaron ya que el fármaco no estaba disponible por un error administrativo. El Defensor del Pueblo inició un expediente sobre amparo ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, solicitando como medida cautelar se provea el medicamento al niño. La Corte dictaminó que pese al error administrativo, el caso no admitía demoras y que el medicamento debería ser entregado inmediatamente por la Provincia de Buenos Aires.

**El presupuesto no es excusa para incumplir obligaciones constitucionales**

**Diario Judicial – 22 de mayo de 2007**

*El Estado Nacional no puede justificar la falta de asistencia médica por razones presupuestarias ya que es un mandato constitucional y supranacional el garantizar la salud de cada uno de los ciudadanos. El presupuesto sí es revisable por los jueces.*

La Cámara Nacional en lo Civil y Comercial Federal condenó al Estado Nacional a cumplir con la asistencia médica a un enfermo de bajos recursos de la provincia del Chaco. Los jueces afirmaron que la repartición presupuestaria no es excusa para justificar el desamparo del derecho a la salud de un ciudadano.

Los jueces integrantes de la Sala II, debieron tratar el recurso del Estado Nacional contra la decisión de un juez de primera instancia que hizo lugar a un amparo y obligó a la demandada a suministrar a un enfermo pobre del Chaco los medicamentos necesarios para afrontar su enfermedad.

Así, dentro del marco de la causa el representante de la demandada afirmó que por razones presupuestarias debía ocuparse de proveer el medicamento la provincia del Chaco y no el Estado Nacional.

Sostuvo que la distribución del presupuesto es una función del Poder Ejecutivo frente a la cual el juez es ajeno de emitir cualquier tipo de opinión o impartir cualquier tipo de orden. En síntesis, una cuestión política no judicializable.

Con cita en el jurista Bidart Campos, los camaristas explicaron que "...el Estado no cuenta con una amplia discrecionalidad política para fijar el quantum de recursos a criterio de su voluntad benévola, sino que está obligado a hacer una evaluación objetiva y no arbitraria mediante la cual, al distribuir los ingresos y los gastos de la hacienda pública, confiera prioridad a la atención de los derechos sociales".

"...frente a una lesión jurídica concreta no se puede oponer como causal exculpatoria la existencia de una insuficiencia o particular distribución en cuanto a los recursos financieros disponibles o presupuestados; lo contrario implicaría tanto como aceptar que la Ley de Presupuesto, en lugar de ser un medio de juridización, se convierta en un mecanismo para violentar a la propia Carta Magna."

En base a esta refutación de la posición de la demandada, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal confirmó la sentencia de primera instancia con costas a la accionada vencida.



# **CAPÍTULO 11**

## **LA SEGURIDAD ES PARA TODOS**

### **LA SEGURIDAD DE LOS CONSUMIDORES**

En lo personal considero que en la actualidad no debería haber ningún profesional de salud que no conozca exactamente qué son, cómo se producen y evitan los errores en medicina, y a qué nos referimos al hablar de seguridad de los pacientes.

Así como pienso que estos temas deberían ya enseñarse en la facultad de medicina en sus carreras y tratarse específicamente en la educación médica de post grado, fundamentalmente en las residencias médicas, así y todo, el cambio de cultura entre los profesionales y en las organizaciones será muy difícil alcanzarlo con la concientización únicamente. De la misma forma en que nadie arregla lo que no se considera que está roto, nadie cambia voluntariamente si considera le está funcionando bien lo que hace, hasta que sucede algo que lo obliga a replantearse, como un accidente, un evento adverso o un juicio. Por ejemplo, tuvo que suceder el desastre en el recital de Cromañón, con más de 190 muertos, para que en los boliches bailables o recitales se efectúen las reformas que garanticen la seguridad de sus usuarios, con medidas contra incendios, puertas de pánico o salida, etc.

Pero en medicina no hay leyes ni reglamentaciones claras en lo que respecta a categorización que nos garantice que cuando pedimos una ambulancia de cuidados intensivos coronarios, tanto el profesional como el móvil tengan o cumplan con los requisitos mínimos que una unidad de traslado de este tipo requiere. No hay ninguna ley o norma que impida que en cualquier institución de salud habilitada (que no es lo mismo que categorizada) se realicen prácticas para lo cual ni la institución ni el personal esté preparado o cuente con la infraestructura necesaria. Además son muy pocas las instituciones, fundamentalmente del sistema de salud pública, que contratan para diferentes puestos de trabajo con descripción del mismo y de las aptitudes y habilidades necesarias para realizarlas, y no sólo el título habilitante. Menos aun se efectúan las entrevistas psicológicas para conocer si los postulantes podrán ser capaces de tolerar el estrés propio de dicho puesto de trabajo.

Por ello insisto en la necesidad de continuar buscando alternativas de cambios posibles y una de ellas es dar información.

Aunque es bien conocido el dicho de que información es poder, y por lo tanto cuantos menos sean los que la posean o más incompleta sea la misma, mejor para algunos. Como no haría falta aclarar ya a esta altura del libro, soy un convencido de que a la información hay que democratizarla. Pero quien la recibe debe estar seguro de que no hay una segunda intención detrás de esa revelación, pues esto le quitaría efectividad.

Tuve la obligación de intervenir en un caso en el hospital, donde se descubrió que había una persona que se hacía pasar por familiar y abogado, que todas las mañanas se sentaba en las salas de espera y entregaba a los pacientes o familiares una fotocopia donde por un lado explicaba algunos derechos de los pacientes (que eran reales). Decía ser miembro de una organización de ayuda a familiares de discapacitados y al respecto el escrito incluía el siguiente apartado:

*En relación a la discapacidad, no hay más discapacitado que los mismos funcionarios públicos. Son sordos ante el pedido, ciegos ante las leyes que nos favorecen y les crean obligaciones, y se encuentran inmóviles ante las necesidades de la gente. La deficiencia cerebral que los caracteriza es genética, ya que es heredada de generación en generación, para poder hacerse los deficientes mentales ante el pedido casi de ruego de los familiares afectados.*

Adjuntaba además un modelo preimpreso para que los pacientes intimasen a los funcionarios a resolver cada caso en el término de 48 horas. Pero, finalmente, entregaba un teléfono para que se contactasen con él, en caso de no haber sido satisfecho el pedido.

Este hecho fue denunciado por los mismos pacientes que si bien angustiados por demoras en estudios o incumplimientos en las entregas de medicación por problemas burocráticos u otros, no dejaron de intuir que se encontraban ante un oportunista, que lucraba con el dolor y las necesidades insatisfechas de los pacientes. Esto, al igual que los estudios jurídicos que pululan en las cercanías de los hospitales, nos debe alertar respecto de lo que tantas veces se ha escuchado sobre la industria de los juicios de mala praxis. Al respecto, recuerde un dicho que aquí es muy aplicable: “El que vende no asesora, vende”. Pero, ¿qué pueden hacer los ciudadanos comunes con la información, además de utilizarla individualmente? Como sucede con las recomendaciones transcritas en el capítulo 2.

Debería haber un organismo, institución o asociación, que con información adecuada asesore a los pacientes y/o familiares en temas relacionados con la atención médica, carencias, deficiencias e incluso sospecha de error y/o mala praxis. Pero la misma debería ser independiente de los prestadores o funcionarios en caso de ser instituciones públicas, así como debemos cuidarnos también de no dejarla tampoco en forma exclusiva sólo en manos de aquellos que se autodenominan con orgullo víctimas de la mala praxis.

Así como existen las organizaciones de defensa al consumidor debería incluirse dentro de las mismas una sección o comité dedicada a la problemática de los pacientes, que cuenten con el asesoramiento profesional de abogados o médico legistas, pero impedidos totalmente de realizar ninguna otra gestión que no sea la de asesorar (obviamente también debería tener prohibido realizar cualquier derivación directa a otro profesional o aconsejar alguno, aunque esto se le solicite puntualmente).

En el libro *“Quality Management in Health Care”*, de Donald Lighter y Douglas Fair, se sostiene que una de las piedras angulares en la mejora de la calidad de los sistemas de salud son los consumidores; aunque reconocen que este enfoque estaba en pañales (al menos en 1998 al publicarse la obra). Dadas las características del sistema de salud americano, y aplicable en aquellos países donde existe libertad de elección de profesionales, prepagas u obras sociales, los autores consideran que el paciente puede emplear el sistema de premios y castigos si deja de ser individual y se convierte en la voz de los consumidores en general.

Pero para elegir instituciones seguras se debe contar con información, conocer sus derechos y hacer lo necesario para que estos se respeten. Saber a dónde recurrir si son vulnerados y enfrentarlos dentro de lo que la ley y las normas de convivencia recomiendan.

Así como no tengo problemas en analizar aspectos que tal vez otro profesional no haría, no puedo dejar de mencionar y analizar hechos recientes que quiero compartir bajo el subtítulo “Profesionales Agredidos”. ¿Un paso para atrás?.

## **PROFESIONALES AGREDIDOS**

El 13 de marzo de 2007 fue motivo de página central en Clarín el tema de los médicos agredidos en nuestro país por pacientes, verbal y físicamente, lo

que demuestra que algo malo ha sucedido en la relación médico-paciente como tradicionalmente la conocíamos; reflejando el malestar de la población por la atención que reciben en nuestro sistema de salud y poniendo en evidencia que costará mucho revertir esta situación.

Particularmente creo que el paciente pide se lo atienda como cree se merece que el sistema cubra sus necesidades y exista una mejor comunicación tanto con los médicos tratantes como de los responsables de las instituciones, pero nada justifica la agresión.

Como veremos, el tema de la agresión a los profesionales de la salud no es patrimonio exclusivo de nuestro país. Transcribo el artículo publicado por el diario El País de España, y que recibí por Intramed News el 9 de mayo de 2007, donde existe un Sistema Nacional de Salud.

### **Violencia en la asistencia sanitaria.**

#### **8.000 médicos españoles han sufrido agresiones de sus pacientes.**

*El 60% de estos profesionales asegura haber recibido insultos o amenazas en las consultas.*

Resignados durante años al tópico de los gajes del oficio, los médicos han prestado poca atención a las agresiones que sufrían por parte de sus pacientes. Ahora ya no es así y tanto las consejerías de Sanidad como los colegios de médicos han empezado a medir con datos este nuevo fenómeno. Según los sindicatos médicos, unos 8.000 facultativos (el 4% del total) han sufrido alguna vez agresiones físicas y un 60% de los 200.000 médicos que hay en España ha recibido amenazas. Los médicos alertan de que esta tendencia va en aumento y lo achacan a las malas condiciones en las que muchas veces ejercen. La constatación de que las agresiones a los médicos es un fenómeno relativamente nuevo está en la ausencia de datos nacionales sobre el tema. Algunas cifras sí dan cuenta de que se trata de un problema que aumenta con los años. Así lo ha constatado, por ejemplo, el colegio de médicos de Madrid. “En 2002 abrimos cuatro procesos judiciales por algún tipo de agresión. En 2006 se abrieron 60 y había otros ocho casos en los que los médicos, finalmente, no presentaron denuncia. En marzo de 2007 la cifra es ya de 25 expedientes abiertos”, explica el abogado del colegio, Cristóbal Zarco. El letrado señala también que los jueces han decretado órdenes de alejamiento en cinco casos desde 2005.

Los principales causantes de los episodios violentos son los pacientes y

sus familiares y los lugares de mayor riesgo son las salas de psiquiatría, las urgencias, los centros de atención primaria y las salas de espera. Beatriz Ogando, autora del informe que presentará la CESM, señala que los factores de riesgo parten en ocasiones de las deficiencias del sistema sanitario. “Hay muchos factores relacionados con la atención que se le da a los pacientes: la escasez de personal, la masificación en las salas de espera con familias alteradas en lugares que no siempre están bien diseñados ambientalmente, la ausencia de medidas de seguridad o a veces simplemente el hecho de trabajar en zonas socialmente conflictivas”, explica. Y la mecha se prende cuando los pacientes reciben del médico una respuesta que no quieren oír, en ocasiones la negativa a certificar un día laboral, a prescribir un medicamento, o el desacuerdo con el médico de urgencias por considerar que el problema de un enfermo es menos prioritario que otro.

Los casos de agresión son dispares y van desde el homicidio a la amenaza. Un ginecólogo disparado en un estacionamiento, un psiquiatra asesinado por el padre de un paciente, un médico con el pómulo roto tras comunicar a una familia la muerte de su hijo... “Es importante señalar que la amenaza no puede aceptarse, aunque sea menos grave que una agresión física”, asegura Magda Martínez, del Colegio de Médicos de Barcelona. “La amenaza puede conseguir que el médico ceda ante el paciente y eso es algo que no podemos permitir porque entonces estaremos llevando a cabo una mala praxis de la medicina”, concluye.

La situación ha hecho que miembros del Poder Judicial, como el ex Fiscal Jefe de Cataluña, José María Mena, hayan pedido que los ataques a médicos se consideren delito de atentado contra funcionario en lugar de una simple falta. Sin embargo, según el Colegio de Médicos de Barcelona, esa petición no ha cuajado y ni los jueces ni los fiscales consideran tan graves algunas de las agresiones. De todas formas, la decisión de un juez del municipio de Arcos de la Frontera, en Cádiz, espoleó ayer las reivindicaciones del sector. En principio, se trataba de un juicio rápido por un presunto delito de faltas en el caso de un joven que propinó dos puñetazos a un enfermero. El juez, sin embargo, decidió suspender la vista para que el joven sea juzgado por un delito de agresión a un funcionario.

### **Las enfermeras, las más castigadas**

De los profesionales de la sanidad, los médicos son uno de los que más sufre las agresiones de los pacientes. Pero los enfermeros, en su mayoría

enfermeras, son de lejos las más expuestas a la violencia. Un estudio de la Universidad de Zaragoza del año 2004 basado en una encuesta al personal sanitario de varios hospitales de Aragón y Castilla-La Mancha aseguraba que el 47% de los agredidos eran enfermeros. El 33% eran médicos y el resto, celadores, directivos y personal de administración. La razón es obvia: las enfermeras son las primeras en tratar con el paciente y la primeras también en sufrir la desesperación que se da a veces en las salas de espera. “Las agresiones están de moda”, señala María José García, secretaria de comunicación del sindicato de enfermería (SATSE), “y nosotras somos las primeras con las que se encuentra el paciente. Cuando están ingresados no hay agresiones. Si nos conocen, entonces no nos pasa nada”, comenta. Entre 2004 y 2005 el SATSE encargó un estudio a partir de encuestas entre diferentes profesionales del sector. El estudio concluyó que ocho de cada diez enfermeras habían sido agredidas física o verbalmente, lo que supone que alrededor de 157.000 enfermeras de las 180.150 que existen en activo han sufrido agresiones (casi 102.000 en Atención Especializada y alrededor de 55.000 en Primaria). El altísimo porcentaje llevó al Sindicato a realizar otra encuesta en la que se recogió que un 2,81% de estas agresiones son físicas y que más de un 62% del personal había sido agredido verbalmente. María José García apunta que las deficiencias del sistema son un caldo de cultivo que permite crecer la violencia. “Se ha empezado a hacer algo. Hay planes en muchas comunidades autónomas que incluyen mecanismos de vigilancia, personal de seguridad y botones anti-pánico para dar la alerta en cualquier situación complicada. Lo positivo es que la administración sabe ya que es un problema que tiene encima de la mesa”, concluye.

Gracias a Dios, nunca he sido víctima directa de una agresión en el ejercicio de la profesión, aunque tengo amigos y compañeros que sí lo han sido. Pero como director he debido mandar a cambiar un vidrio de puerta o ventana, a veces hasta semanalmente, rotos por familiares o pacientes (fundamentalmente en el sector de emergencias) donde se debió colocar personal uniformado de seguridad. Y conozco servicios pediátricos donde antes de comunicar a los padres el fallecimiento o alguna complicación grave de un niño, primero convocan a la policía destacada en el hospital para que los acompañen.

Debo confesar que esta variable, de la agresión a profesionales de la salud,

no la he estudiado profundamente y no está incluida junto a las otras variables analizadas en el capítulo 5 “El Error en Medicina en la Argentina: a casi 10 años del informe IOM (*Errar es humano*)”. Quisiera ser optimista y pensar que no afectará las buenas intenciones de los profesionales que luchan por hacer más perfecto al sistema de salud, por darles mayor seguridad a los pacientes y por el cambio de cultura tan necesario. Pero creo firmemente que si este tipo de actividades no se revierten, retrocederemos varios escalones respecto de donde nos encontrábamos 10 años atrás, por poner una referencia. El profesional no sólo verá en el paciente a un posible demandante judicial sino a un probable agresor. Se realizará más medicina defensiva y difícilmente se podrá encontrar a un profesional que realice una operación o práctica riesgosa o de resultado incierto. Ni hablar de concurrir a efectuar un auxilio a domicilio, salvo que el paciente sea amigo o más que conocido del profesional.

Así como se menciona que lo que se pretende en la relación médico paciente es lo que en negociación se denomina ganar-ganar, estas agresiones conducirán a todo lo contrario que es el perder-perder donde todos pierden.

Médico legalmente, ante una agresión al profesional, automáticamente consideraríamos cortada la relación médico paciente, ya que si la jurisprudencia establece que un cirujano puede negarse a operar cuando tiene una mala relación con el anestesista, obviamente nadie lo puede obligar a continuar siendo el profesional de un paciente agresivo y potencialmente peligroso. Incluso el código penal, en su Art. 108, establece como abandono de persona “... a quien omitiere prestar auxilio, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal”.

Por lo tanto creo se deberán monitorizar este tipo de conductas, ya que lo que no se puede medir, no se puede mejorar, y mientras tanto comenzar a analizar con equipos multisectoriales y multidisciplinarios con el objeto de buscar una estrategia o solución posible, o al menos estar atentos a qué se está haciendo en otros países para evaluar, en caso de que estos tengan buenos resultados, si sus estrategias podrían ser aplicables en nuestro medio.



## CAPÍTULO 12

### COMPARANDO, NO ESTAMOS TAN MAL

Antes de pasar al epílogo quisiera decirles algo desde el corazón, como he hecho hasta ahora, para que no se quede con esa sensación de gusto amargo en la boca ante un tema tan espinoso como el que tratamos. Tengo 56 años, con 32 de profesión, y teniendo la posibilidad tanto de vivir como de trabajar en el extranjero, decidí quedarme en mi país, mis hijos mayores luego de vivir unos años en Europa regresaron y también viven aquí y son muy felices. Y ni les hablen de la medicina ni de España o de Estados Unidos, pese a que reconocen las falencias de muchos médicos e instituciones en Argentina. Yo concuerdo con las estadísticas en que cerca del 90 % de nuestros profesionales son buenos o muy buenos y que en la Argentina, que ha dado a profesionales como el Doctor Domingo Liotta o René Favaloro, creadores nada más ni nada menos que del corazón artificial y el by pass coronario respectivamente, muchas veces (como decimos los cirujanos) se opera con tenedor y cuchillo, y con buenos resultados.

Tenemos la mala costumbre de no respetar las normas, pero por el otro lado eso nos da mucho manejo en resolver situaciones que salen de lo común, lo que en otras culturas no sucede; aunque sea atándolo con alambre y tela adhesiva. Como digo en un capítulo, la única forma de comprender plenamente al paciente, es estando sobre la camilla del quirófano o del otro lado de la cama. Por desgracia, en la familia hemos estado en ese rol en varias oportunidades y puedo asegurarles que los resultados fueron excelentes y no por ser médicos, dado que elegimos a los profesionales que nos atendieron por lo que estos ya hacían a sus pacientes y esperando sólo los mismos resultados. Creo sí, tal vez, que las nuevas generaciones de profesionales, cada vez se parecen menos a los que tenemos varias décadas en esto, pero creo que son víctimas del sistema por un lado y menos narcisistas por el otro (lo que humanamente no es malo), quieren ser felices como personas, buenos padres, no matarse trabajando, etc. Y además les faltan imágenes con las cuales identificarse y a quien querer parecerse (todavía recuerdo a mi jefe pidiendo que le corten el yeso de su brazo para poder operar una urgencia). Muchas veces se los critica por no tener puesta la camiseta del hospital, pero esto es casi impo-

sible si no están nombrados llevando años trabajando, no tienen estabilidad laboral, obras sociales, aportes jubilatorios y cobran sueldos que no alcanzan a cubrir la canasta familiar. De las enfermeras ni hablar pues trabajan al igual que los maestros sólo por vocación, encontrándose fuera del círculo vicioso muy común en nuestro país de que uno hace que trabaja, el otro hace que te controla y finalmente otros hacen que te pagan.

Pese a todo lo que se ha discutido, tan mal no debemos estar, ni nuestro sistema de salud debe ser tan malo, cuando de muchos países vecinos, vienen al nuestro, pues en el de origen no tienen acceso ni posibilidades de tratamiento y hasta se hacen trasplantes de órganos sin pedirles acreditación de ciudadanía, fundamentalmente a personas de bajos o nulos recursos.

Pero además en la actualidad tenemos tours preparados para visitar la Argentina y mientras tanto aprovechar para hacerse cirugías plásticas y/o estéticas, tratamientos odontológicos o implantes, que en países del primer mundo son tan caros que resultan inaccesibles para ciudadanos de clase media y aun media alta.

También continuamos siempre teniendo un lugar en las mesas de trabajo o conferencias en los congresos internacionales, por ser nuestros profesionales de jerarquía internacional, sin tener que envidiar a otros colegas del primer mundo excepto por los recursos económicos y la aparatología con que cuentan.

Como ya se habrán dado cuenta, todo lo escrito en el libro tiene una bibliografía que lo sustenta, los casos son reales, las fuentes citadas confiables y los ejemplos dados tratan de ratificar lo expuesto. Para no variar concluyo este capítulo con una copia textual del mail que me mandó mi prima Graciela el martes 12 de diciembre de 2006. Ella es artista, argentina, y vive en Estados Unidos hace muchísimos años como ciudadana al igual que su familia.

**Asunto:** “Hola Pascual y Silvina (mi hermana)”.

**Fecha:** Martes, 12 de diciembre de 2006.

*“... De mí tengo la siguiente historia para contarles a ambos a la vez, pues no tengo paciencia de hacerlo uno por uno.*

*El jueves pasado a las diez de la noche estando con una amiga después de asistir a la inauguración de una muestra de arte de una amiga, al ingresar a un restaurant que tenía agua en la entrada, pero que no se veía desde afuera, di dos pasos y algo así como Julio Bocca o Nureyev, me di duro con la rodilla al suelo y me torcí la muñeca.*

*Les cuento que aun no conseguí que me quisiera ver un ortopedista, ya que ante la palabra CAÍDA, inventan cuanto argumento pueden para rechazarme.*

*Hoy llegó el colmo cuando después de estar dos horas a la computadora mirando la lista de mi seguro de salud, llegué a uno que tenía disponible un turno para el 21 del corriente mes, y cuando la asistente me preguntó para que quería verlo y le conté que me caí , y que me torcí las muñecas al frenar el rostro en el suelo, que me di muy duro en la rodilla que fuera operada algunos años atrás, que me duelen los codos y los hombros por el impacto seco y duro, que me hice desgarro de ingle derecha y debajo de la rodilla izquierda pero que necesitaba que me lo corroboraran con los correspondientes estudios, que me dolía el cuello también, ella me dijo que el doctor sólo atiende un” injury in each consultation. So mam..., which one do you want him to take care at the first one?”.*

*He pasado tres días surrealistas, con mucho dolor, tomando el único analgésico que “suponía” no se interponía con mi anticoagulante, y al cabo de 3 días de tomar sólo dos al día, cuando leí las contraindicaciones, este también está prohibido cuando se toman anticoagulantes.*

*De manera que llevo dos días sin calmantes, y sin saber qué puedo tomar.*

*Como para afirmarles la excelencia de médicos y clínicas en Buenos Aires, aprovechen todo lo medicinal allí con agradecimiento.*

*Les cuento que durante esa búsqueda del tesoro en ver quién me atendía a pesar de escuchar que el motivo era una CAÍDA, consigo uno que me dice que sólo puede recibirme el 21 de diciembre, acepto y cuando me pregunta qué es lo que me lleva a verlo y le cuento, me aclara que sólo atiende “una” afección o daño por consulta, y que cuál quería que fuera la primera.... en fin, primero me puse a reír, y después a llorar, cosa que hoy hice frente a los médicos, frente a un abogado, y a solas en mi casa frente a la computadora, el teléfono y mi impotencia.*

*Quieren escuchar más de la medicina en Miami?*

*Aquí viene otra bonita.*

*Como mi ortopédico escuchó la palabra caída, el viernes a la mañana se negó a aceptar mi seguro y me exigió para verme una firma del abogado. Ante semejante actitud del viernes a la mañana, el abogado me consigue un turno con un traumatólogo de su confianza para hoy, lunes, a las 9 de la mañana.*

*Como me sentía insegura de haberme hecho algo importante y se venía el fin de semana, resolví bajo su consejo ir a emergencia del hospital. Estuve*

*allí 7 horas y media para que sólo me saquen rayos x, y cuando me van a liberar, la doctora se lleva las radiografías para verlas, vuelve a decirme que no en vano me dolía, pues me había fracturado algo en la pelvis, me lo anota en un papel del hospital (sin firmarlo), y cuando hoy retiro esas placas con el reporte o informe figura que no tengo daño alguno en los huesos (cosa que yo supuse desde el comienzo).*

*Recién el miércoles que viene un cirujano ortopédico me verá y supongo me hará resonancia magnética.*

*Linda pinturita de la medicina americana, verdad? Este sistema medico apesta”.*

## **ANEXO**

# **“PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA Y GESTIÓN DE SALUD”**



# CAPITULO 1

## GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD EN SALUD

No podemos comenzar a hablar de gestión de la seguridad, sea ésta independiente, aunque complementaria de la gestión de la calidad, o parte de la misma, sin primero definir que gestionar es el acto de administrar, y aclarar que son sinónimos: manejar, gobernar, administrar, dirigir, gerenciar y el verbo en inglés to manage, del que deriva *management* que se traduce como dirección o administración. Por lo cual cualquier término se utilizará indistintamente.

A modo de advertencia citamos la frase de Peter Drucker (La hora del cliente). El management de la eficiencia que hace innecesario cualquier comentario agregado.

"No hay nada menos productivo que hacer eficientemente lo que no debe ser hecho"

Respecto de quiénes deberían ser responsables del manejo, gobierno, dirección o gerenciación (manager), etc., de cualquier proceso de gestión importante como estos, parecería que sólo aquellos con autoridad, poder o liderazgo.

El Dr. Pedro Belohlavek describe las características y señala las diferencias entre estas tres palabras que muchas veces se usan como sinónimos.

Autoridad puede conceptualizarse como el ascendente que da el conocimiento de algo en relación a las necesidades de otra persona o un grupo.

Poder, como la capacidad de influir compulsivamente sobre otra persona o un grupo a partir de elementos contundentes tales como la jerarquía formal.

Liderazgo nace del consenso, se ratifica en el poder y se mantiene en la autoridad por lo que su situación ideal se alcanza cuando un individuo tiene la autoridad en el campo que lidera, goza de consenso y tiene el poder para manejar la situación desde el punto de vista formal.

Algunas características de liderazgo se describirán más adelante por su importancia, luego de un breve repaso de otros conceptos.

## Los Cambios.

Toda gestión, pero fundamentalmente las de la seguridad y/o la de la calidad requerirá cambios, por lo que es necesario saber a qué nos enfrentamos, dadas las distintas características básicas de los mismos.

Todo cambio implica un costo que varía en función de las características particulares de las personas y la cultura en que se inserta. Existen tres niveles de cambio.

### - Los cambios pequeños:

Son aquellos cuyas consecuencias aparecen como intrascendentes a las personal involucradas.

#### **La suma de cambios pequeños producen un cambio pequeño.**

No hay acumulación de costo psicológico, ya que en realidad en los cambios pequeños hay implícito un beneficio psicológico o a lo sumo una situación neutra. Pueden ser participativos, si no lo son genera resistencia, serán eficientes en la medida que haya un beneficio marginal por esta participación.

### - Los cambios medianos:

En realidad son difíciles de definir, serían aquellos que son resistidos por las personas a las que se le imponen, pero su aplicación permite a los involucrados conservar su autoestima intacta.

A diferencia de los cambios pequeños, **la suma de cambios medianos producen un cambio grande.** Deben ser participativos pues sino se genera una resistencia mayor de los que correspondería al propio cambio.

### - Los cambios grandes:

Son aquellos cuyo costo psicológico es insoportable para el involucrado. Los hombres se resisten a cambios grandes, salvo cuando la necesidad los obliga, dado que el costo es enorme.

#### **La suma de cambios grandes produce una situación anárquica.**

Los cambios grandes no pueden ser participativos sin anular su efecto pero deben responder a una necesidad profunda y sentida.

Si pensamos que tenemos el liderazgo suficiente y estamos dispuestos a

enfrentar los desafíos que implica el realizar los cambios necesarios, estaríamos en condiciones de evaluar la posibilidad de comenzar a trabajar sobre el tema de la seguridad y la calidad en la atención médica. Pero esto requerirá una metodología, rechazando el engañoso atractivo que la página en blanco representa para cualquier ejercicio creador y/o la improvisación.

Por definición **metodología** es la manera sistemática y claramente definida de alcanzar un fin. Es un itinerario que nos ayudará a llegar a donde queremos ir, aunque desgraciadamente no incluye la descripción de lo que encontremos al llegar.

En este punto, debemos hacer un paréntesis, para ofrecer algunas aclaraciones y/o explicaciones, respecto al desarrollo del capítulo, el cual fue preparado siguiendo un plan y una estrategia que es conveniente que el lector conozca previamente.

Como surge de la lectura de las primeras páginas del capítulo, no podemos pensar en hacer cambios, sin conocer al menos, lo que ello implica y a lo que nos enfrentamos. Que no cualquiera puede liderarlos y fundamentalmente cuáles son las cosas que deben ser cambiadas. Como ya se deben haber dado cuenta, por formación y convicción, no puedo, ni quiero, alejarme del enfoque sistémico con el que se aborda este trabajo y con el que convivo diariamente. Desgraciadamente se ha debido separar información inseparable en capítulos, por razones didácticas y de ordenamiento, y se ha resumido en éste la mayoría de las herramientas (tools) necesarias para hacer una gestión, colaborar en ella o al menos entenderla. La expresión escrita tiene muchas ventajas pero su principal desventaja es la falta de feedback (retroalimentación) con el lector. Uno no conoce su nivel, sus conocimientos, el rol que desempeña en las organizaciones de salud, su historia, su poder de decisión, cuál es su ambiente, etc., como para adoptar los contenidos o el orden. No existe la posibilidad en estos libros que podríamos denominar técnicos de utilizar el recurso de los famosos libros para niños "Elige tu propia aventura" donde el lector tiene la posibilidad de variar el orden de los capítulos, según su propio deseo. Por respeto al lector interesado, no podemos escatimarle información útil, aunque ésta resulte tediosa para otros. Soy un convencido de que no hay nada más cierto que el proverbio que dice "nadie aprende aquello que no necesita" o el otro también aquí aplicable, que "nadie intenta reparar aquello que considera funciona, o no está roto". Con cualquier artículo de un periódico, por ejemplo, también sucede lo mismo. Para un lector puede ser entrete-

nimiento o pasatiempo, a otro le aportará conocimiento y para unos pocos información útil, aplicable en su actividad.

Luego de estas aclaraciones generales, paso a algunas más particulares. Todas las definiciones, conceptos, descripciones a las que hemos denominado herramientas son útiles para cualquiera que quiera, tenga o deba organizarse, gerenciar, administrar, conducir, etcétera, equipos, instituciones, sistemas, etc. La suma de todas estas herramientas, se denomina la "caja de herramientas" y su uso no es ni más ni menos que el que se da a la caja de herramientas de cualquier hogar, en cualquier lugar del mundo. En ocasiones arreglamos la luz, en otras el agua y a veces el automóvil. La mayoría de las veces no usamos todas las herramientas de la caja, pero no son pocas las oportunidades en que nos falta alguna, para cumplir nuestro objetivo, y lo lamentamos. Es probable que en ocasiones nos suceda que nos embarcamos en algún arreglo, porque tenemos la herramienta y sea mayor el daño que provocamos, que el existente previamente, pero recordemos no echarle la culpa a las herramientas.

Luego de estas aclaraciones, proseguiré con el tema, sin dudar en salir del mismo las veces necesarias para explayarme en alguna herramienta o método que pueda ser útil en esta gestión de la seguridad o la salud que se propone, o en cualquier otra, dado que son aplicables a cualquier tipo de gestión y son universales.

## **Control y Evaluación.**

### **Evaluación.**

Significa valorar, señalar el valor de una cosa.

Se efectúa cuando la acción ya ha concluido, por lo que no se puede cambiar el curso de la misma, si ello hubiese sido necesario.

La evaluación demanda una clara definición de objetivos, la elección de indicadores adecuados para efectuar mediciones, la existencia de un buen sistema de información, de normas o comparadores, y personal capacitado para efectuar la misma. *Recordar que lo que no se puede medir no se puede mejorar.*

## **Control.**

Significa verificar, comprobar. Se efectúa cuando la acción aun se está realizando, lo que nos permite actuar para variar el curso de la misma y modificar así los resultados.

Hay dos tipos de controles:

La supervisión, que lleva implícito un sentido educativo.

La inspección que no lleva implícito ese sentido.

Auditoría médica es la evaluación, hecha por los médicos, de la calidad de la atención médica relevada por la documentación clínica según definición.

## **Fiscalización.**

Es la constatación del cumplimiento apropiado de las normas de trabajo contractuales que rigen la prestación de los servicios y ciertas normas deontológicas que deben ser respetadas.

En lo personal, y es opinión compartida, la auditoría por definición debería ser un control y no una evaluación, y tener carácter de supervisión.

## **Eficiencia.**

Es la obtención de mayor producción al menor costo, con una calidad pre-determinada.

## **Eficacia.**

Es la obtención de resultados adecuados con las técnicas utilizadas según normas.

## **Efectividad.**

La misma valora cobertura, impacto y satisfacción del usuario. Pero se nutre de las dos anteriores incorporando como valor central un adecuado grado de programación.

## La organización como sistema.

También es necesario para aquellos que no lo tienen muy presente recordar algunas definiciones que hacen a la Teoría General de Sistemas. Recordemos que ésta fue presentada en Chicago en el año 1937, de la cual me reconozco un ferviente admirador, incluida como pensamiento sistémico y denominada "la quinta disciplina", del autor Peter Senge. Desde 1990, este título se convirtió en un best seller entre la gente del management del siglo XXI, lo que valida *la hipótesis de que muchas veces lo nuevo, es lo viejo entrando por otra puerta.*

**Sistema** (Real Academia Española): Conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas, contribuyen a un determinado objetivo.

**Organización:** Conjunto de personas y cosas con funciones diferenciadas, coordinadas, orientadas a objetivos comunes (con algún tipo de estabilidad en el tiempo), que responden a reglamentaciones que regulan su funcionamiento.

Dentro del sistema, los elementos que se relacionan y cumplen alguna función específica se denominan componentes-subconjuntos-subsistemas.

**Proceso:** Serie de actividades que producen un resultado.

En un sistema, la dinámica con la que se logran los objetivos tiene una entrada (Input) y una salida (Output).

**Ambiente:** Es el conjunto de cosas o fenómenos exteriores al sistema.

**Entorno:** Parte del ambiente más cercano, con una relación más directa y estrecha con el sistema.

En los sistemas abiertos hay intercambio con el medio.

En una organización sanitaria, por ejemplo, un hospital el *ambiente* sería todo lo que está fuera de los muros del hospital, específicamente hablando de la población, toda la población. En cambio el *entorno* sería la población de la que se denomina el área programática de ese hospital, los que viven más cerca

y tienen una relación más estrecha con el hospital.

Así como mencionamos que la realidad puede percibirse distinta variando el lugar del observador, el que define qué es sistema, suprasistema o subsistema, es también el que observa y describe.

Denominamos suprasistema al sistema que contiene al que denominamos, valga la redundancia, sistema y subsistema a cada uno de los que están dentro del mismo.

Por ejemplo si estamos tratando el Sistema de Salud en Argentina, los subsistemas, que lo componen serían el subsistema público, el de obras sociales, el de prepagas y/o particulares, etc.

La organización como estructura en la que se efectuará la gestión está constituida por:

El vértice estratégico o alta dirección está compuesta por los máximos responsables de la organización y son quienes se ocupan de la planificación estratégica, de la política de calidad y de que la organización cumpla efectivamente con su misión.

El núcleo técnico u operativo es el que tiene a su cargo el trabajo básico, directamente relacionado con el servicio que se brinda, incluye a los profesionales, no profesionales, técnicos y auxiliares.

Los mandos medios están compuestos por los distintos jefes y/o supervisores, que con autoridad conferida actúan como nexo intermediario entre el vértice estratégico y el núcleo operativo, y es por ello que dentro de sus actividades se incluyan algunas estratégicas y otras operativas.

El staff de apoyo está constituido por todos aquellos que realizan actividades relacionadas indirectamente con el servicio, aunque no por ello de menor importancia.

La organización cuenta con la posibilidad, utilizando distintos instrumentos, de informar cómo es su estructura, sus relaciones, sus procedimientos, etc.; de ellos mencionaremos los más importantes:

**Organigrama:** Representación gráfica de la organización formal.

**Normas:** Guías o reglas de conductas (Formales o Informales).

**Procedimientos:** Conjunto de operaciones que involucran generalmente a más de un puesto y a varias unidades organizativas.

**Descripción del Puesto de Trabajo:** Indica el conjunto de tareas que debe llevar a cabo una persona.

**Descripción de Unidades Organizativas:** Agrupan varios puestos que desarrollan actividades homogéneas.

**Manual de la Organización:** Es el que recoge la totalidad de los documentos o instrumentos de la organización. Debería, además, incluir los objetivos, misión, visión, principios que deben regir las acciones de todos los componentes y la política de la empresa.

El organigrama es importante por mostrar gráficamente la estructura de la organización, pero además de ser valioso por lo que es, también es útil por lo que logra, pues si a usted le cuesta armar un organigrama y establecer las líneas de mando en el papel, es porque o le faltan datos o algo está mal en su organización.

Las normas son las que recogen cual es la conducta, comportamiento, reacción o acción, que dentro de la organización se espera, asuman sus miembros ante situaciones concretas.

Aunque existen normas informales no escritas, esto es más asimilable a lo que se denomina usos y costumbres que norma propiamente dicha.

Las normas por convención deben ser escritas, estar disponibles en todo momento, deben haberse confeccionado por consenso, adaptadas al medio, y estar actualizadas. En general en la norma se describen las respuestas ya adaptadas por la organización ante problemas que ya se han presentado sean de elaboración propia o no. Se pueden importar normas de excelencia, de centros de reconocida jerarquía, siempre y cuando, analizadas y por consenso, se acepten y las mismas puedan ser aplicables en nuestra organización y en el entorno y ambiente en que nos desempeñamos. La norma como toda regla tiene su excepción, por lo que en la organización debería haber una norma que diga que se usarán las normas en forma sistemática, pero en los casos en donde se deba salir de la misma esta decisión sólo requerirá la justificación del por qué se resolvió dicha conducta, con el objeto de que esta nueva respuesta se analice en lo inmediato para ver si efectivamente fue correcta, y en lo mediato al momento de revisarse las normas.

Otro aspecto práctico que hace al uso de las normas es describir en las mismas fundamentalmente a su inicio lo que se denominan los factores limitan-

tes, que son aquellos sin los cuales la norma no es aplicable, que puede ser uno de los motivos, como se mencionó previamente, por los cuales no se utilizó la norma. Esto es de suma importancia pues ante un caso concreto nos permite rápidamente tomar conductas sin desperdiciar tiempo u otros recursos. Por ejemplo, en la norma de tratamiento ante un cuadro de embolia arterial podríamos poner como factor limitante contar con un cirujano vascular o entrenado en ese procedimiento, tener instrumental y catéteres para efectuarlo. Si hay factores limitantes como en ese caso la derivación oportuna a otro centro asistencial estará plenamente justificada.

El manual de procedimientos sería donde se archivan todas las normas y los procedimientos que están reglados y escritos; a su vez formaría parte del manual de la organización.

Los beneficios de las normas, al menos en medicina, están perfectamente documentados y reconocidos. No obstante y como hemos sostenido en varias oportunidades: "Lo nuevo es lo viejo entrando por otra puerta". En el tan discutido "Managed Care", que es una de las bases del modelo de atención de la salud en los Estados Unidos y otros países, se utiliza como herramienta indispensable la "medicina basada en la evidencia" y las "guías de práctica clínica y protocolar", siempre con el objetivo primario de aumentar la calidad y bajar costos. Éstas no serían más que las viejas normas a las que nos hemos referido mejoradas por la evidencia científica.

Descripción de los puestos de trabajo es otro instrumento descriptivo de la organización, que a estos fines debe contener no sólo el conjunto de tareas que debe realizar una persona en ese puesto (perfectamente identificado) sino también incluir otros datos como la misión, el grado de autoridad o autonomía, su ubicación en el organigrama, sus recursos y la forma en que se controlan y evalúan sus resultados.

La descripción de unidades organizativas agrupa a varios puestos de trabajo que desarrollan actividades homogéneas, que necesariamente deben responder a una autoridad superior común.

Manual de la organización. Sería la suma de toda la documentación que registra la totalidad de los instrumentos hasta aquí mencionados, a los que se debe agregar la misión, la visión de la organización, los principios que rigen las acciones de todos los miembros de la misma; y la política de la empresa, donde se debe aclarar cuál es el mecanismo o poder en las *tomas de decisiones*, pudiendo variar desde la centralización absoluta, donde todo fluye desde

el vértice de la organización, hasta la descentralización pura donde la capacidad de decisión se distribuye lo más equitativamente posible pasando por todas las otras variables o combinaciones posibles. En lo personal considero como una de las más efectivas la centralización estratégica con descentralización operativa, valorizando el rol de aquellos que mejor dominan los aspectos tácticos dentro de la organización.

Si queremos tener éxito en la implementación de cualquier gestión, como podría ser la de la seguridad o la calidad, también debemos conocer la dinámica de las organizaciones.

Las organizaciones y por qué no también los profesionales, deben realizar durante su existencia una permanente adaptación dinámica al medio, como principio fundamental si su objetivo es perdurar en el tiempo, crecer y expandirse. Esto puede generar la necesidad de cambios, de distinta magnitud lo que siempre implica un costo. Sobre todo porque romper con viejos modelos, sin la certeza de saber lo que sucederá con el nuevo modelo, genera dudas y angustia; y más aun cuando el modelo utilizado hasta ese momento fue efectivo.

Desde el punto de vista psicológico paradójicamente quien está fracasando será quien menos angustia sufra, dado que la angustia es consecuencia del conflicto que se genera ante dos o más opciones, y estos casi no las tienen, o cambian o desaparecen.

Dentro de las organizaciones modernas a las que algunos denominan las organizaciones del futuro (aunque el futuro ya es hoy) en las que se aplicarán casi todas las herramientas hasta aquí mencionadas, y las que se mencionarán, adquieren un papel preponderante los líderes y los equipos de trabajo.

No se puede liderar un grupo cuyas tareas no se conocen.

No se puede liderar un grupo sin tener una innata capacidad de influir en el campo en que se actúa.

No se puede influir sin una ética grupal que implica un sistema de premios y castigos.

No se puede liderar sin compatibilizar los objetivos personales con los grupales.

No se puede liderar sin tener una estrategia de mínima en cada logro de objetivos.

Buscando en la amplia literatura que existe sobre el tema tratando de encontrar una definición, me quedo con la más sencilla. **"Líder es aquel que**

**tiene seguidores"** por lo que de la misma se desprende otro concepto importante a tomar en cuenta y que es que **"la popularidad no es liderazgo"** (puedo aplaudir o festejar sus payasadas, pero no le seguiría ni a la esquina).

Para implementar cambios en la organización es necesario que exista identificación, compromiso, lealtad y colaboración del personal. Muchas veces por más respeto y motivación que se ejerza desde los niveles superiores, no es posible, fundamentalmente en organizaciones grandes, llegar a todos los miembros de la misma, y es aquí donde el líder adquiere un papel preponderante, fundamentalmente si se ha optado por los beneficios de una organización descentralizada y tanto la alta gerencia, como los mandos intermedios son conscientes del beneficio de delegar tanto responsabilidades como poder en la toma de decisiones.

El primer paso consiste en identificar a los líderes o prospecto de líderes, lo que en general no es difícil dado que hay ciertas características que le son comunes, por ejemplo:

Los líderes eficaces no predicán....Hacen.

El líder eficaz sabe delegar, escuchar y ser abierto a nuevas ideas.

El líder cree en sí mismo y en los demás.

El líder tiene pasión por el trabajo, pero conciencia de que no es lo único en la vida.

El líder sabe estar solo.

En las organizaciones pequeñas, el dueño puede ser el líder, así como en las grandes el director puede ser el líder máximo de la organización, pero sólo si reúne estas características y fundamentalmente tiene seguidores, que no es lo mismo que tener empleados fieles u obsecuentes y ser nada más que un patrón.

Una vez identificados los líderes y conscientes estos que liderazgo no es rango, privilegio, título o dinero, sino fundamentalmente responsabilidad (aunque siempre existe un beneficio secundario). Se les debe informar sobre los cambios que se planean realizar o las tareas de equipo que se les quieren encomendar, las que obviamente deben necesariamente ser compartidas para ser implementadas bajo este sistema.

Utilizar a los líderes por la característica de que al ser muy visibles sirvan de ejemplo para fines determinados, no es liderazgo ni nada que se le parezca, es utilización y quien se preste a ello no merece haber sido calificado como líder.

Hay tareas en donde el liderazgo puede llevarse a cabo con los conocimientos básicos que tienen los miembros del equipo, pero en otros casos es necesario que el líder tenga la autoridad que da el conocimiento en relación a las necesidades del grupo, de sus integrantes o de la tarea, siendo necesario evaluar dichos conocimientos y en caso de ser necesario realizar la inversión en tiempo, dinero, material bibliográfico o de lectura, etc., para capacitarlo, lo que mirándolo desde la óptica del costo/beneficio, a no dudarlo, será redituable dado que en primer término es un incentivo para el líder que sabrá valorar y además porque el mismo se convertirá en agente multiplicador de esos conocimientos al menos en su grupo o equipo. Finalmente debe otorgarse al líder cierto poder formal dentro de la organización necesario para el logro de los objetivos propuestos.

Como el liderazgo se basa en el consenso y la participación, el líder debe tratar de evitar dar órdenes, y dedicarse fundamentalmente a crear las condiciones y orientar a las personas de su equipo, lo que requiere además de los conocimientos propios de las tareas, cierto dominio de la psicología y la dinámica de grupos y dentro de esta órbita hay papeles del liderazgo donde este se potencia, favorece el desarrollo de nuevos líderes y fundamentalmente aumenta el entusiasmo de los participantes. Estos roles que Farren y Kaye denominaron de facilitador, evaluador, pronosticador, asesor y activador, están relacionados ya no con la tarea específica del grupo, sino de cada uno de los integrantes en lo que hace al desarrollo de su carrera, tanto profesional como laboral, dentro de la organización y/o fuera de ella.

## **Equipos de Trabajo**

Hasta aquí hemos hablado indistintamente de equipos, grupos de trabajo, hemos mencionado en varias oportunidades la palabra cambios y nos quedaba por tratar el tema de los círculos de calidad o grupos de calidad como instrumento de las políticas de calidad de la empresa. Como veremos, esto que parece todo igual, no lo es. Tienen diferencias y es muy importante conocerlas, dado que será tan catastrófico para la organización equivocarse en la elección de esta herramienta o instrumento, como lo sería en marketing errarle al segmento.

Un equipo de trabajo, por definición serían dos o más personas que traba-

jan en estrecha relación, animándose y apoyándose para alcanzar con eficacia metas adecuadas en las que todos convinieron.

Un grupo de avanzada es un equipo de trabajo, utilizado como medio para lograr la participación de integrantes de una organización en la implementación de cambios medianos.

Los círculos o grupos de calidad nacen como respuesta a la necesidad de optimizar de manera continua, la organización en todas sus áreas, buscando que la empresa sea cada día más dinámica, productiva, rentable y creativa.

Como surge claramente los dos mencionados también son equipos de trabajo, pero los objetivos son distintos. En los grupos de avanzada serían aplicables la mayoría de los conceptos vertidos al hablar de liderazgo; siendo la implementación de cambios su propósito fundamental.

Del análisis de los tres tipos de cambios, ya realizado, surge que los denominados grupos de avanzada son especialmente útiles para los cambios medianos, debiendo ser constituidos por participación voluntaria, siendo su elección no democrática, sino por selección entre quienes ya saben a donde van y que reúnen las características mencionadas al tratar sobre liderazgo incluyendo si por el número es necesario a los prospectos que podrían estar en condiciones de producir ese cambio.

## **Los Círculos o Grupos de Calidad**

Como mencionamos nacen como respuesta a la necesidad de optimizar de manera continua la organización en todas sus áreas. Tuvieron su auge en Japón a fines de 1961. Permiten utilizar y multiplicar la experiencia y la creatividad, eliminar la resistencia al cambio, lograr una mayor integración y productividad. Las áreas en donde más frecuentemente se utilizan son aquellas que incluyen procesos, sistemas, información, personal y gerenciamiento. La cantidad apropiada de participantes para estos grupos es entre 5 y 9 personas. Los objetivos principales de estos grupos son definir concretamente los problemas, analizarlos en detalle, desarrollar soluciones alternativas y proponerlas a la alta gerencia o dirección. El lema que guía la mayoría de sus acciones es: "Lo que no se puede medir difícilmente se pueda mejorar".

Los círculos de calidad utilizan el disenso para llegar al consenso. Siempre concluyen la tarea para la que se constituyeron con una presentación final que además de escrita puede ser oral. La participación de sus miembros

es voluntaria, en lugares de reunión apropiados, en tiempo y horas preestablecidas. El liderazgo aquí tiene características distintas, por ello conviene efectuar algunas aclaraciones. El gerente, el dueño o el encargado del proceso sobre el que se está trabajando es el responsable de que el grupo cumpla con su cometido, de avalar las recomendaciones que este grupo realice, de liderar la presentación final y en caso de ser aprobadas de que se implementen como fue planificado siendo por lo tanto un participante activo del grupo.

Dentro del grupo, y ya en tarea, los participantes pueden desempeñar distintos roles, independientemente de su cargo, especialización, etc, que en general son cambiantes dependiendo esto de múltiples factores, siendo factible enumerar, por ejemplo, al *iniciador*, que aporta ideas, sugiere procedimientos o soluciones; el *aclarador*, que pide explicaciones; el *activador*, que impulsa al grupo, etc. Pero en estos grupos adquiere relevante importancia el *facilitador*, cuya responsabilidad básica es la de ayudar a la constitución y el buen funcionamiento del grupo. No es el responsable de los resultados (dado que esto corre por cuenta del gerente o dueño del proceso); es más, el facilitador esta más atento al proceso grupal que a la tarea, siendo el eje de su preocupación las personas que integran el grupo. Debe conocer las herramientas que se utilizan para el mejoramiento de los procesos. Su propósito es dejar que todos intervengan, se escuchen, aclarar propuestas, reconocer y tratar de revertir problemas que surjan con el equipo o sus miembros.

Es importante también tener en cuenta al momento de implementar estrategias o gestionar la calidad o la seguridad en salud, que los actores en las distintas etapas del proceso tienen un factor común, son humanos, y además de cometer errores, tenemos la característica propia del género de tener distintas escalas de valores o éticas, lo que puede hacer que con la misma estrategia los resultados sean distintos.

Una clasificación que resume los más significativos tipos de comportamiento y que aprendí estudiando la ética en el marketing y que puede ser aplicable también en salud, diferencia cuatro grupos:

El denominado amoral, el que obviamente ni analiza, ni le interesa nada respecto de la ética (ni el prójimo) en la medida que no lo afecte a él.

El legalista, que no utiliza sus propios valores o su ética, sólo pone como condición que no se quebrante la ley, y si la quebranta se hace cargo de sus consecuencias.

Los simpatizantes que son el grupo en el cual, al plantearse alguna cues-

tión o alternativa relacionada con la ética, obviamente se inclina por la que es éticamente más aceptable.

Y finalmente los convencidos; estos ni se permiten analizar, ni que se analice en su organización, ninguna alternativa o posibilidad que esté reñida con la ética, es más, en general tiene códigos de ética en sus empresas a los que son fieles y con severas sanciones para quienes no lo respetan.

Como surge claramente, éstas son variables más que importantes al momento de evaluar resultados, fundamentalmente cuando estos son negativos o distintos a los esperados.

## **Procesos proveedor-cliente.**

Cuando hablamos de mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del cliente, su seguridad, etc., en realidad nos estamos expresando muy en abstracto y en realidad traduce un objetivo o un anhelo, pero que debe bajarse a un terreno operativo, para llevarse adelante, controlarlo, corregirlo y evaluarlo midiendo resultados e impacto.

Siguiendo con la concepción sistémica se propone trabajar sobre procesos y sobre resultados. Recordemos que **los procesos son la dinámica del sistema**, el motor que logra que con todos los elementos disponibles alcancemos el resultado esperado. No todos los procesos visibles son los únicos, ni todos son efectivos, ni optimizan los recursos. Incluso muchos producen resultados adversos. Podríamos describir cientos de procesos que una vez analizados, deberíamos eliminar o simplificar, por no agregar valor al medio.

Cuando analicemos un proceso, debemos en un principio evaluar cuatro aspectos claves del mismo.

La **funcionalidad** analiza la lógica de la red de tareas o cumplimiento de objetivos de cada etapa. Usa como método la descripción y la evaluación de cada etapa o subetapa.

La **utilidad** evalúa si en cada tarea se produce un valor agregado significativo en función del costo.

La **redundancia** es la repetición de una operación con fines de control o seguridad, pudiendo ser adecuada, ser insuficiente, o por el contrario, excesiva, aumentando los costos innecesariamente.

La **oportunidad** busca determinar si están dadas las condiciones necesa-

rias para producir modificaciones en el proceso.

Luego: qué y quién está en la entrada del proceso, y qué y quién está a la salida.

El que se encuentra en la entrada del proceso es el **proveedor** y nos aporta insumos. Y el que está a la salida del mismo es el **cliente**, quien recibe el resultado sea en forma de producto tangible, o producto intangible (servicio). En este último caso, de los servicios, el cliente es el que recibe el efecto de nuestras acciones. Cuando ese cliente es parte de la organización se lo denomina **cliente interno** y cuando está fuera de la organización **cliente externo**.

No todos los clientes son los que usan el producto o servicio, por ello a estos se los denomina **usuarios**. Los clientes reciben distintos tipos de denominaciones, por ejemplo los que reciben educación son alumnos, los del medio sanitario pacientes, los de un hotel, huéspedes y los de una empresa de transporte, pasajeros.

Muchas veces para simplificar o graficar se minimizan los procesos, pero para analizarlos según los cuatro aspectos mencionados, o para implementar estrategias, tales como el mejoramiento de la calidad o la seguridad en salud, es necesario hacer lo inverso, o sea dividir cada proceso en los subprocesos que lo componen.

El gerenciamiento o la gestión centrada en el cliente divide los procesos en **unidades proveedor-cliente**, de forma tal que cada cliente, en el siguiente proceso se convierte en proveedor, en forma sucesiva hasta llegar al **Cliente final**. Esta concepción de que el que recibe el servicio final, en nuestro caso es el paciente, es el único fundamento de el por qué los que pensamos así podemos denominar al paciente cliente, sin que esto signifique nada más ni nada menos que lo explicado (esta aclaración la realizo porque aún hoy en día, tengo la sensación cuando uso esta denominación que algunas personas, asocian la palabra cliente con algo mercantilista o deshumanizado).

El principio que utiliza la atención centrada en el cliente lo que busca es la satisfacción del cliente. Ante un proceso mayor dividido en cinco procesos proveedor-cliente deberíamos tener cinco clientes satisfechos, cuatro internos y uno externo.

Veamos un ejemplo:

*La enfermera de sala prepara a la paciente que va a ser operada, la misma está higienizada, con los controles realizados, la Historia Clínica completa, etc. El que recibe es el camillero (primer cliente). Este cubre a la*

*paciente y la coloca en camilla segura y con barandales, recibéndola la enfermera de quirófano (segundo cliente en este proceso), pero quien, además recibió perfectamente rotulada y dosificada la medicación a utilizar en el acto operatorio (también es clienta interna en el proceso de farmacia de entrega de medicación).*

*Finalmente colocan a la paciente sobre la mesa de operaciones y le colocan las vías para la medicación parenteral (siguiendo las normas de bioseguridad del establecimiento). Cuando el anestesista ingresa al quirófano ya está todo listo y en condiciones para iniciar su trabajo.*

*Y así podríamos seguir hasta que el paciente es dado de alta.*

Obviamente si cada cliente interno estuvo satisfecho por el producto o servicio recibido, el paciente, cliente final o externo también debería estarlo.

Este sistema permite detectar y corregir errores, evitando que en algunos casos se acumulen. Cada cliente interno es un control o una alarma y una retroalimentación dentro del proceso y debe contribuir en el mejoramiento de la gestión activamente.

Volviendo al mismo ejemplo. La enfermera de sala, no deja trasladar a la paciente si la camilla no es segura, o la enfermera de quirófano devuelve la medicación por no estar debidamente rotulada, etc.

Con el objeto de no ser obsesivo, pero para redondear el concepto, le agregamos tres tópicos, que hacen a la atención centrada en el cliente, aunque existen varios más.

Uno es el concepto de que "**el que necesita pide**". Obviamente será la enfermera de quirófano la que averigüe y gestione lo necesario, para que traigan a la paciente que espera, si ésta no está en el quirófano a la hora prevista.

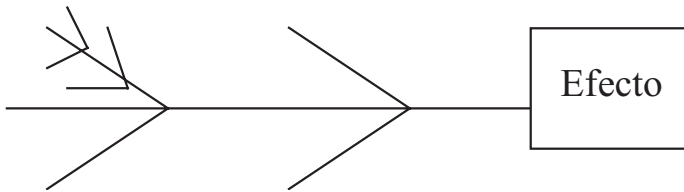
El otro es el conocido como **just in time** (solamente a tiempo) por el cual se considera a lo entregado fuera de tiempo como no entregado (la farmacéutica aparece con las drogas, cuando ya el anestesista inició su trabajo con otras drogas que disponía). Normalmente al recriminarle que no trajo la medicación, en nuestra cultura la respuesta sería, "sí que la llevé, sólo que me demoré un poco". En la cultura japonesa nunca fue llevado.

Finalmente nos quedaría el **cero defecto**, por el cual no se acepta ningún producto (no es tan fácil para servicios) que presente algún defecto, aunque funcione; salvo que uno hubiese comprado dicho producto como de segunda, y el defecto reconocido hubiese sido aceptado previamente.

Este sistema de dividir los procesos en unidades proveedor-cliente, tam-

bién nos puede ser útil en el caso de un evento adverso, para ubicar rápidamente, en qué lugar o parte del proceso mayor se produjo algún tipo de error. Pero esto no siempre es así de sencillo ya que muchas veces el evento se describe, y no hay evidencia de errores en sus procesos constitutivos, que podríamos denominar lineales. En ese caso lo más conveniente es realizar el **análisis y diagrama de causa-efecto** o de **multicausalidad** o de **espinazo de pescado**. Se comienza por describir el efecto y anotar todas las causas posibles. Si del primer análisis no surge ningún elemento útil, se continúa buscando dentro de cada causa las subcausas.

### Diagrama de causa-efecto.



Si encontramos varias causas o subcausas responsables del resultado o efecto no deseado o previsto ya podemos hablar de multicausalidad.

Estas dos simples técnicas ayudan a detectar causas de errores, pero el problema con el que nos encontramos cuando vamos a comenzar a realizar gestión de la calidad o de la seguridad, es que en general no sabemos por dónde empezar.

A continuación se ofrecen algunas herramientas, que permitirán administrarnos.

### La matriz del tiempo.

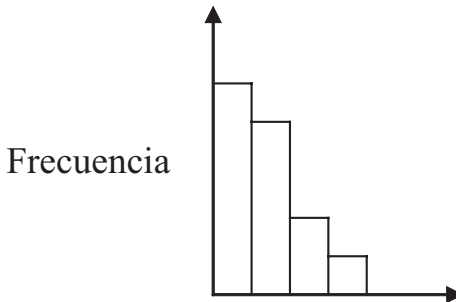
	URGENTE	NO URGENTE
IMPORTANTE		
NO IMPORTANTE		

Ante ella comprobamos que son cuatro las posibilidades que se nos presentan y no dos como frecuentemente se cree, cuando escuchamos decir "lo urgente no me deja hacer lo importante". Pues también tenemos lo que es urgente e importante y lo que no es ni urgente ni importante (pero que también debemos hacer).

La matriz nos permite colocar dentro de cada cuadro, las actividades, según prioridad para luego comenzar por donde se considera oportuno.

Otra herramienta (mi preferida) es el Diagrama de Pareto y la Ley de Pareto.

### Diagrama de Pareto.



Como se ve es un gráfico de barras, donde se representa en cada una la frecuencia con que se presenta. Pueden analizarse directamente frecuencias de un problema, o frecuencias de problemas según lugar de aparición. Se utiliza para mostrar la importancia relativa de todos los problemas, condiciones, dificultades, etc., a fin de seleccionar el problema a resolver y en qué orden.

**Ley de Pareto:** dice que el 20 % de los problemas provoca el 80 % de las dificultades.

Supongamos que ya comenzamos con el reporte de errores, su identificación, clasificación y registro. Colocando los datos en un diagrama de barras, donde el eje vertical es la frecuencia. Una simple mirada nos permitirá reconocer cuáles son los errores más frecuentes. Por ejemplo en el informe del I.O.M surge que en un hospital el 52,6% de los errores se producen en el área

de emergencias y que de ellos el 30% lo son por negligencia. Siguiendo la Ley de Pareto, que establece que el 20% de los problemas nos ocasionan el 80% de las dificultades, a ellos nos abocaremos en un principio, pues siguiendo la misma ley (suponiendo que uno quisiera solucionar el 100% de las dificultades) deberíamos resolver un 80% más de problemas para solucionar sólo el 20% de las dificultades restantes.

Para utilizar la Ley de Pareto como estrategia, es necesario creer en ella, por esto es que dedico unos pocos renglones, para aquellos que no la conocían.

Cuando se hacen normas en alguna especialidad, se comienza con las 10 enfermedades prevalentes, basados en esta ley, ya que de esta forma casi seguramente la mayoría de las patologías por la que se consulta o se presentan estarán bajo norma. O llevándolo a un terreno no médico, piense en todas las comidas que le ofrece un menú, y cuáles fueron o son los platos que más comió y en qué porcentaje, sumando las veces que comió afuera. O de todo su guardarropa, cuál es la vestimenta que más usa proporcionalmente.

Como todas las herramientas, en general deben combinarse cuando uno realiza gestión, dejemos bien aclarado que Ud. utilizará la Ley de Pareto en la medida en que no determinó que no tiene un problema importante y urgente que resolver primero. Dado que a nadie se le ocurriría ponerse a buscar errores en las historias clínicas, por más frecuentes que sean, cuando se detectó una infección hospitalaria en una sala de terapia.

Muy pocos profesionales tienen la suerte de ser convocados para un emprendimiento de salud, el cual se proyecta para un futuro y se le ofrece además la posibilidad de diseñar, obviamente en equipo todos los nuevos procesos que en la futura organización, se llevará a cabo.

En general cuando hablamos de gestionar, todos pensamos en organizaciones que están funcionando y en procesos que ya se están desarrollando. Incluso en el rarísimo caso anterior, es probable que, al incorporar el recurso humano, éste traiga consigo y trate de imponer los procesos que le competen tal como los venía realizando en otra organización. Es por esto que no podemos dejar de tratar dos temas, uno es la **reingeniería** y el otro la **mejora continua** o **Método Kaizen**. Ambos tratan sobre cambios en procesos existentes; aunque con algunas características particulares que los diferencian.

## Reingeniería

"Es la revisión fundamental y el rediseño radical de los procesos del negocio, para alcanzar mejoras sustanciales en costos, calidad, servicios y rapidez."

Obviamente alcanzar mejoras sustanciales en costos, calidad, servicios y rapidez es el deseo de cualquier mortal normal, en su trabajo, profesión, empresa u organización.

Por lo tanto y siguiendo un criterio muy básico de metodología de la investigación que dice que "una variable que se da siempre, más que variable es una constante", llegamos a la conclusión que no son esos objetivos la variable de la definición de la reingeniería.

"La revisión fundamental y el rediseño radical" si lo es, pues nos trasmite la idea de un cambio de mediano a grande, con las implicancias que los mismos tienen y que ya fueron tratados; dado que por ejemplo el *Método Kaizen o de mejora continua* tendría los mismos objetivos finales, pero a lograr con mejoras incrementales que no necesariamente significan rediseños radicales.

El tercer elemento de la definición de reingeniería es especificar que lo que revisará y lo que rediseñará para lograr su meta son los procesos. También es una constante para nosotros dado que como hemos repetido la única posibilidad de integrar todas las herramientas es pensándolas dentro de la teoría sistémica y tomando a los procesos como la unidad funcional de cualquier organización.

La reingeniería es un método que en general es poco conocido y menos aun utilizado, tal como está diseñado. Paradójicamente la palabra "reingeniería" prendió en el mundo de los negocios y de las empresas y no es infrecuente escucharla entre los profesionales de la salud. Este es uno de los motivos por el cual nos referiremos a ella, además del hecho de que algunas de las consideraciones que realizaremos tengan como intención implícita servir de repaso, complementar, o validar algunos conceptos ya vertidos en otra parte de esta obra, o conocidos por el lector.

Antes de continuar es importante aclarar que la reingeniería no es rápida, pues tiene varios pasos como veremos y la transformación se efectúa recién en el último. Requiere de recursos económicos pues sobre todo en los procesos que involucran el uso de tecnología, nadie pensará realizar reingeniería y dejar aparatología obsoleta. No es sencilla y por ello requiere en general de

asesores o consultores en reingeniería en número variable. Y finalmente si no se asocia luego de realizada con la mejora continua, es muy probable que después de algunos años requiera una nueva reingeniería. Por lo tanto para tomar la decisión estratégica de realizar reingeniería, se deben de tomar en cuenta todos estos detalles que no son menores.

En las organizaciones de salud, dentro de la infinidad de procesos que se desarrollan, son pocos los que se beneficiarían con una revisión fundamental y un rediseño radical y estos procesos en general están relacionados con informática, comunicaciones, o son procesos propios de servicios de apoyo, cocina lavadero, provisión de oxígeno o aire comprimido, etc. Ya que como es notorio los procesos relacionados con la actividad asistencial o profesional cotidiana, en mayor o menor medida se van modificando constantemente en función de los nuevos conocimientos y tecnologías.

De decidirse a realizar reingeniería de algunos procesos, en salud lo más probable es que se requiera de consultores especialistas en este tema; pese a que la reingeniería utiliza técnicas administrativas conocidas sólo que reacomodadas y reempacadas con ese nuevo nombre.

Una de las técnicas de reingeniería, "la rápida re", cuenta con 5 etapas con subetapas, de las cuales sólo se mencionarán algunas dentro de las de mayor importancia.

Las etapas son:

Preparación.

Identificación.

Visión.

Solución.

Transformación.

**Preparación.** El propósito de esta etapa es movilizar, organizar y estimular a las personas que van a realizar la reingeniería, se crea la estructura organizacional para el grupo de reingeniería y se elabora el plan de acción.

**Identificación.** En esta etapa el primer punto sobre el que se trabaja es la comprensión total del cliente, de su relación con la organización y sus expectativas, todos aspectos que permiten identificar el valor agregado del proceso.

Se analiza cada uno de los procesos (tal como se usan en la actualidad)

cuantificando y midiendo rendimiento, e identificando los problemas a medida que van apareciendo. Los procesos y los subprocesos se grafican se colocan en orden de actividades, se identifican insumos, costos, productos y factores críticos. Se integran los procesos y subprocesos entre sí, realizando el análisis de valor de cada uno y las posibilidades y oportunidades de un cambio radical.

**Visión.** En esta etapa lo que se busca es desarrollar una visión de los procesos, capaz de lograr un avance decisivo en el rendimiento de los procesos que se eligen para ser rediseñados. Se establecen las verdaderas oportunidades de mejoramiento y se definen los cambios que se requieren con ideas nuevas y creativas para optimizar los procesos.

**Solución.** Esta etapa se divide en dos subetapas en casi forma paralela. La solución diseño técnico y la solución diseño social.

**Diseño técnico.** En esta etapa se realizarán las descripciones tecnológicas, las normas, los procedimientos, los sistemas y los controles del nuevo proceso.

**Diseño social.** En esta etapa se realizan las descripciones referentes a la organización en lo que a recursos humanos se refiere, necesarios para el proceso de rediseñado como dotación de personal, cargos, educación, capacitación, reorganización o reubicación, etc., buscando definir responsabilidades, toma de decisiones, destrezas necesarias y si requieren de premios y castigos, fundamentalmente las recompensas e incentivos que servirán para vencer los obstáculos al cambio durante la etapa de transformación.

**Transformación.** En esta etapa se realizan versiones piloto en algunos casos, y en otros los procesos ya rediseñados. El equipo de reingeniería actúa en esta etapa completando el diseño del sistema, evaluando y capacitando al personal, resolviendo problemas imprevistos y controlando el progreso; pero lo fundamental es establecer los mecanismos de mejora continua, pues incorporando estas mejoras en forma continua en los procesos no debería, salvo cambios en la estrategia de negocios o en el ambiente, volver a realizarse reingeniería, la que es difícil y penosa y no debe efectuarse si no existen muy buenas razones para ello.

De las subetapas o pasos de la reingeniería, mencionaremos algunos de los conceptos que podrían ser útiles a los profesionales de la salud en sus organizaciones o en su actividad profesional liberal.

Los motivos principales por los que se analiza realizar cambios, los podemos resumir a tres:

- Bajas utilidades o un mercado que se contrae (se está mal).
- Temor a llegar a la situación mencionada previamente por aparición de competencia más osada o visualización de cambios peligrosos en el mercado (se está bien pero se teme empeorar).
- Ambición, voluntad (se está bien pero se quiere estar mejor).

La reingeniería, como cualquier otro cambio importante requiere el patrocinio de la alta dirección, por lo tanto el reconocimiento de la necesidad, dada por algunas de las tres mencionadas u otras, debe ser reconocida por los conductores máximos de la organización; pese a que hablando de reingeniería esta es aplicable sólo a niveles operativos, nunca al estratégico ni aun al táctico.

La reingeniería requiere de un liderazgo fuerte y consenso, por lo que aquí es aplicable todo lo mencionado en liderazgo y facilitadores. Debe establecerse a priori cuáles son las metas que se pretenden alcanzar, en qué tiempo, con qué costo financiero, con qué riesgos y a qué costo social.

En la reingeniería el riesgo se puede ir reevaluando durante las primeras cuatro etapas y en el caso de que la ecuación costo/beneficio no cierre, no iniciar la última que es la transformación. Parte de ese riesgo está influido muy directamente por el costo social, dado que un rediseño radical puede reducir el número de empleados, los que deberán ser recapacitados y reubicados, pues de lo contrario sobrarán con las consecuencias que ello implica. Tener presente que tecnología sin reingeniería social sólo es automatización.

Una mención especial merecen los equipos de reingeniería, los que no es necesario sean iguales o estén compuestos por las mismas personas en las distintas etapas de la reingeniería. Los miembros del equipo deben tener conocimientos y autoridad, en caso de requerirse asesores internos o externos, lo ideal es que estos no superen la proporción de 1 por cada 5 miembros de la organización; cuya primera misión es capacitar al equipo en la metodología de la reingeniería y en el uso de las herramientas y técnicas administrativas de que se vale.

Para implementar en una organización este tipo de cambios, es necesario el consenso, y la mejor herramienta para lograrlo es una efectiva comunicación, intentar guardar el secreto y más en un medio hospitalario, no sólo es imposible sino que es contraproducente.

Lo ideal sería que el patrocinador, o sea el que asume la responsabilidad de realizar la reingeniería, que siempre tiene que ser parte de la alta dirección, comunique al personal:

- Por qué se necesita realizar el cambio.
- Cuál es su alcance.
- Qué resultados se esperan.
- Y quiénes fueron los elegidos para formar el equipo.

Y que luego los miembros del equipo comuniquen:

- Qué ocurrirá durante el proyecto y cuándo.
- Cuál será la participación de las personas en el proyecto.
- Cómo se piensa influirán los cambios en las personas de la organización.
- Cuándo se podrá dar más información sobre el tema.

Una regla que debe mantenerse respecto de la comunicación es: "Decir lo que se va a hacer y hacer lo que se dijo".

Existe la posibilidad de que se realice reingeniería de procesos en una organización cuyos productos o servicios fueron diseñados de acuerdo a pautas previas de marketing estratégico. O en aquella donde está implementada la filosofía de la calidad total. En cualquiera de estos casos la orientación de la organización al cliente, sólo requerirá el análisis de los procesos actuales para mejorarlos, y la creación de aquellos que contribuyen a mejorar operativamente a la organización. Si en cambio la organización no estaba hasta ese momento orientada al cliente, se debe incluir dentro de la reingeniería todo lo que hemos visto respecto del cliente, sus necesidades, deseos, cómo satisfacerlos, cómo lograr la calidad total para el cliente y para la organización, etc., y desarrollar todos los procesos necesarios para ello, adaptando y modificando los procesos existentes en concordancia con los procesos a crear. No olvidando agregar además aquellos procesos que hacen a la capacitación del personal, sobre todo el de contacto para que sea más eficiente en sus puestos de

trabajo, pero además comprenda la nueva filosofía de la calidad y con la motivación suficiente la practique.

## **Mejora Continua (El Método Kaizen)**

Conocido también como el método japonés para la calidad total, como dijimos, puede complementarse con la reingeniería pues si luego de realizar esta última no continuamos con la mejora continua, nos veríamos dentro de algunos años en la necesidad de efectuar una nueva reingeniería.

Los pasos para la optimización del proceso actual son:

1) Identificación y selección de las oportunidades de mejora según:

**G** - Gravedad

**U** - Urgencia

**T** - Tendencia (está empeorando-mejorando)

2) Establecimiento de metas de mejoría (tendiente a lo que el cliente desea).

3) Análisis del proceso actual.

4) Generación y selección de alternativas de perfeccionamiento.

5) Implementación de las mejoras (que surgen de 4).

6) Evaluación continua del proceso.

Ambos métodos trabajan sobre los procesos, mientras la reingeniería los rediseña, crea nuevos o al menos no tiene inconvenientes para hacerlo si la necesidad surge de la revisión fundamental de los mismos, el Kaizen lo que busca fundamentalmente es la optimización de los procesos actuales. Pero para ello la organización no debe estar en una situación límite (no puede estar mal); debe estar bien y no querer estar mal o debe estar bien y querer estar mejor. En cualquiera de los dos casos el clima de la organización, gestado desde la alta gerencia o conducción, y acompañado de la motivación suficiente debe ser semejante al de un vestuario en cualquier deporte, finalizado el primer tiempo y cuando se va ganando.

Aquí diferimos con algunos autores que dicen que la postura debe ser de insatisfacción con el desempeño del proceso; tampoco será útil una postura triunfalista (somos los mejores y nadie podrá superarnos). Como siempre lo

ideal será una postura intermedia, vamos bien pero pensemos cómo podemos mejorar.

Los equipos de trabajo, que se abocan a la mejora continua y dentro de la filosofía de la calidad total se denominan círculos de calidad y ya fueron descritos cuando se analizaron los distintos tipos de equipos de trabajo, por lo cual no insistiremos con ellos.

Existe la posibilidad de que toda la organización ya esté trabajando con esta metodología, tenga sus equipos y la casi totalidad de los procesos (obviamente agrupados por departamentos) en continua etapa de control y mejora. Pero puede ser que se decida implementar el método por primera vez y sin experiencia previa, en estos casos lo conveniente sería: interiorizarse respecto del método, estudiando la correspondiente bibliografía, utilizando algún consultor o asesor, identificando algún miembro de la organización que en algún puesto anterior en otra organización ya hubiese trabajado en círculos de calidad. Obviamente que no sería ético copiarle a la competencia, por lo tanto lo ideal es buscar una empresa grande, que esté aplicando la filosofía de la calidad total y trabaje con círculos de calidad, quienes probablemente autoricen, explicados los motivos, a un miembro de la organización de salud a participar como observador en algún círculo de calidad.

El primer paso de esta metodología es la identificación y selección del proceso a mejorar en relación a los objetivos de la organización. Aquí nuevamente debe recurrirse al análisis de los procesos en lo que hacen a su funcionalidad (cumplimiento de objetivos en cada etapa de la red de tareas), la utilidad (si cada tarea produce un valor agregado) y la oportunidad (si están dadas las condiciones para modificar el proceso). Luego debe establecerse la prioridad o sea qué o cuáles procesos serán los primeros en mejorarse. Para ello es conveniente analizar la gravedad o impacto del proceso en el logro de los objetivos de la organización. La urgencia, que está determinada en función del tiempo, si el proceso requiere de una acción inmediata, mediata o las consecuencias en caso de que se difiera la mejora del mismo. La tendencia, que nos da una idea respecto de si el proceso tiene propensión a mejorar, a empeorar o a mantenerse estable. Pero también luego de esta identificación se debe establecer la posibilidad real de trabajar sobre ese proceso analizando el grado de dificultad que representa, los recursos necesarios y/o la existencia de algún tipo de impedimento.

Cumplimentada esta primera etapa puede suceder que el mismo equipo de

trabajo continúe con el resto de los pasos, o que se forme un grupo o círculo de trabajo compuesto, por lo que sería el dueño de ese proceso un líder/facilitador y personal que normalmente trabaja en dicho proceso.

El paso segundo sería que este grupo determine cuáles serían las metas de mejoría. Para ello, como estos métodos son parte de las herramientas en el logro de la calidad total, con una firme y explícita orientación al cliente, este paso estará determinado por lo que el cliente desea, recordando que entendemos por tal al que recibe, el que está a la salida del proceso. Si este es un cliente interno, se lo puede incluir en el grupo de trabajo, y si es externo se pueden determinar las metas de mejoría en base a entrevistas con los mismos o cuestionarios creados a tal fin.

Para el análisis del proceso actual y la generación y selección de las alternativas de perfeccionamiento, pasos tercero y cuarto, se podrán utilizar las herramientas ya descritas cuando se trataron los equipos de trabajo, incluidas las de resolución de problemas y tomas de decisión que se verán en el próximo capítulo.

La quinta etapa, que es la implementación de las mejoras, es equiparable a la etapa de la transformación en la reingeniería, dado que hasta este punto lo actuado no implica una acción directa sobre el proceso, pero en esta etapa ya las mejoras se deben implementar por lo que se debe contar con la aprobación correspondiente, con los recursos necesarios y con el plan de acción terminado; el que se ejecuta según sus términos. Esta etapa concluye con la formalización del proceso, lo que se hace con la elaboración y divulgación de la norma o procedimiento que rige el funcionamiento del proceso, y que se incorporará al manual de la organización.

La última etapa del método Kaizen es la de evaluación continua del proceso. Para esto es necesario elegir o diseñar y definir qué indicadores se utilizarán para evaluar, recolectar los datos y analizarlos, pudiendo surgir de estos la necesidad de efectuar correcciones, las que si son mínimas directamente se ejecutan modificando la norma. Si las correcciones son importantes tal vez el proceso deba ser reevaluado volviendo algunos pasos atrás en la metodología Kaizen. Otra forma de realizar el sexto paso de evaluación puede ser la realización de auditorías internas.

Todo lo descrito respecto de este método, en caso de que se tenga la intención de acreditar según normas ISO, debe quedar perfectamente documentado, pues es uno de sus requisitos.

## CAPITULO 2

# PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA - MISCELÁNEAS

En este capítulo se incorporarán algunas otras herramientas complementarias de las hasta aquí descriptas, que podrían ser útiles en una gestión de la seguridad, tanto si vamos a llevar a cabo alguna acción específica, o si queremos implementar alguna estrategia particular, o por qué no decirlo, para cualquier otro tipo de gestión sea o no del área de la salud. No por estar en este capítulo significa que estos temas son de menor trascendencia que otros descriptos en otros capítulos, todos son complementarios a cualquier herramienta de gestión.

En lo personal creo que la planificación estratégica (la primera a describir) es la madre de todas las herramientas, criterio compartido por otros autores, algunos como verán ya las preconizaban hace miles de años.

Otras, como la negociación, se incluye por ser la esencia de la mediación, la que como sabemos es una de las alternativas para la resolución de conflictos en temas de mala praxis, y porque no hay gestión en donde la negociación entre pares, con niveles superiores o inferiores, no sea la mejor alternativa; si el objetivo es arribar a un consenso, minimizando resistencias, costos psicológicos e incluso económicos. Sobre todo si lo que se propone es realizar cambios grandes o medianos.

### **Planificación estratégica.**

*"El terreno accesible es aquel que puede ser transitado tanto por nosotros como por nuestro enemigo con la misma facilidad. En un terreno de estas características, el que primero ocupe una posición al sol, que resulte apropiada, puede librar batalla en forma ventajosa."*

*Del Arte de la Guerra y la Estrategia.  
Sun Tsu (400 años A.C.).*

Las herramientas de management, gerenciamiento, gestión, administración o como se prefiera denominarlas, están ahí, al igual que el terreno, listo para ser transitado en el difícil camino para alcanzar el éxito en la profesión. Quien disponga de más herramientas y sepa usarlas, tendrá más oportunidades que el resto.

Las estadísticas demuestran que en los países desarrollados 8 de cada 10 emprendimientos o proyectos fracasan en el ámbito de las pequeñas y medianas empresas. Sin derrotismos pero con una visión realista, pensemos entonces cuál será esa proporción en nuestro país, si además adicionáramos la variable de profesionales formados sólo académicamente y casi exclusivamente en las áreas de sus incumbencias.

Autores como Craig Rice sostienen que en un mundo globalizado y competitivo "quien considere necesite planificar y se preocupe en hacerlo ya se adelantó a sus competidores que así no lo hagan". La planificación es una de las herramientas más complejas, pero también una de las más útiles, dado que en esencia se la puede emplear para realizar planes de marketing, de control de gestión, de calidad, etc. Dadas las características del capítulo sólo me referiré a los aspectos más sustanciales. Además es preferible en esta etapa introducir algunos conceptos del tema "Análisis de Problema" y "Toma de Decisiones", por estar íntimamente relacionados con la planificación, cuando se trabaja sobre procesos que ya venimos desarrollando.

Es básico reconocer que para planificar se requiere "metodología". Ésta no sólo ayuda en la elaboración del plan sino que además sirve de guía para saber qué hacer luego. Recordemos que el "*método sistemático de verificación y aprendizaje*" es uno de los más sencillos de aplicar en organizaciones pequeñas o entre profesionales. Sus cuatro pasos fundamentales son *Planificar, Hacer, Verificar y Actuar*.

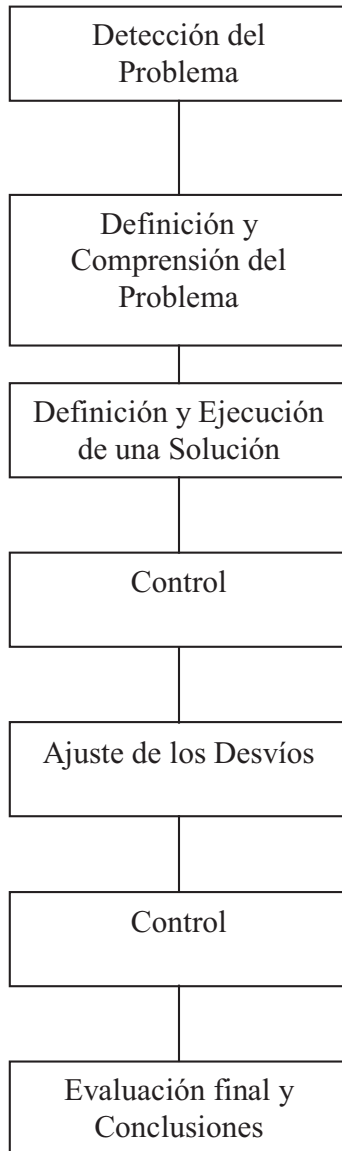
Para decidirse a aplicar un método o una metodología, se reitera, debemos haber superado lo que algunos denominan "el engañoso atractivo que representa la página en blanco" para cualquier ejercicio creativo; que brinda oportunidades irrestrictas, no tiene reglas, limitaciones, preguntas ni orden, además de promover nuevos pensamientos, no porque sea malo sino porque es más difícil. También debemos conocer las limitaciones de la metodología, ya que el método sistemático nos permite elegir el mejor camino a seguir, pero no nos asegura qué es lo que encontraremos al finalizar el mismo. Para ello el método introduce los controles como forma de retroalimentación para

imprimir cambios al plan original o simplemente descartarlo. Otro método útil es el de los planes piloto, que bajan costos y ahorran energía en relación a la elaboración y ejecución de un plan total. Como decía un maestro: si piensas que fabricar y vender un producto X es negocio, fabrica una muestra, sal a venderla y luego, según los resultados, decide si ese emprendimiento te conviene.

Transcribimos a continuación los puntos más importantes a tomar en cuenta en el *Método de Análisis de Problemas y Toma de Decisiones*, que serán en definitiva los que determinarán qué vamos a planificar para solucionarlos. Algunos de sus elementos pueden ser útiles para nuevos emprendimientos, dado que antes y durante el inicio, también debemos identificar y sortear algún tipo de problemas.

- Detección del problema.
- Definición del problema con precisión y comprensión del mismo.
- Descripción del problema en 4 dimensiones:- Identidad (Qué)
  - Ubicación (Dónde)
  - Tiempo (Cuándo)
  - Magnitud (Gravedad)
- Obtención de toda la información en estas dimensiones.
- Descripción de todas las posibles causas.
- Reducción a las más probables.
- Verificación de la/s causa/s reales.
- Diagnóstico exacto del problema.
- Determinación de todas las alternativas posibles.
- Investigación y análisis de cada alternativa (y sus consecuencias).
- Selección de la mejor solución al problema (elaboración del plan).
- Ejecución del plan.
- Control.
- Ajuste de desvíos detectados en el control.
- Evaluación y conclusión final.

Que podemos graficar simplídicamente:



Volviendo más específicamente a la planificación en general. El plan estratégico propiamente dicho debe contener al menos los cuatro elementos básicos, tales como la *Situación, Recursos, Objetivos, y las Tácticas y Estrategias:*

### **- Situación:**

Aquí, a modo de introducción, deben describirse las características generales del tema de que trate el plan; tomando la precaución de redactarla en un idioma entendible si el plan será presentado a terceros.

Se debe tomar en cuenta su evolución en el tiempo y las tendencias actuales y de futuro, mencionando las fuentes o los estudios al respecto para el caso de las últimas. Cómo debe incluir toda la información referente a quién es el destinatario, con sus características, entorno, etc. Sería conveniente resumir los aspectos más importantes de la segmentación que "necesariamente" tuvo que ser realizada, y sin la cual nada del resto del plan tendría sentido.

La *oportunidad* conviene sea analizada y explicitada dentro de la situación, dado que establecer a priori cuál es el momento oportuno es fundamental (no necesariamente un plan debe ser hecho para ejecutarlo ya), sobre todo teniendo en cuenta el momento por el que atraviesa tanto la institución como el segmento, o factores sociales, políticos o económicos que pueden influir en los resultados.

La *viabilidad* del plan debe ser explicitada, sin dejar de relacionarla con las *fortalezas* con que se cuenta, o con las *debilidades*.

Las *amenazas* si son conocidas no sólo deben mencionarse sino que deben ser clasificadas, aclarando si las mismas dependen o no de la competencia (presente o futura) o de otro factor.

Para no olvidar ninguna recuerde la conocida sigla F.O.D.A, teniendo presente que las fortalezas y las debilidades son propias y las oportunidades y amenazas del mercado o el medio.

### **- Recursos:**

Tal vez sea la parte más sencilla de realizar, aunque no por ello menos importante. Debe incluir el listado completo, la cantidad y características o especificaciones, dado que de él se obtendrán los costos.

Los recursos en general se dividen en:

==> Edilicios.

==> Mobiliarios.

==> Informáticos y las Comunicaciones.

==> Equipamiento específico.

==> el área de recursos humanos debe incluir tanto a personal profesio-

nal, técnico, auxiliar, administrativo, de conducción y de asesoría (interna o externa). Con las habilidades necesarias y/o grado de instrucción o especialización, carga horaria, etc.

==> los recursos económicos. Si bien tal vez hoy en día es preocupante, en esta etapa sólo se informa sobre los aspectos más salientes dado que un análisis más profundo surgirá luego y/o simultáneamente al analizar el plan de tiempo o financiero, en la parte de tácticas y estratégicas.

Según cada caso o plan en particular se agregarán los recursos específicos que corresponda. Es preferible maximizarlos y no que en el momento de la ejecución surjan necesidades no previstas que, además de hacer peligrar el proyecto, den lugar a recriminaciones previsibles.

### **- Objetivos:**

Aquí deben enfatizarse todas y cada una de las metas que se proponen alcanzar en caso de desarrollarse el plan (a dónde se quiere llegar), incluyendo los beneficios.

Los objetivos deben ser determinados para el corto, mediano o largo plazo, o más específicamente para cada etapa, según el plan de tiempo.

Si estos datos son cuantitativos serán más fáciles de interpretar o evaluar que si son cualitativos.

Si las metas son flexibles deberá aquí ser explicitado.

### **- Tácticas y Estrategias:**

Aunque a los fines de la presentación se coloquen juntas hay que tener presente que estrategia es lo que se quiere hacer y táctica como hacerlo.

A los fines del plan (cómo llegar a los objetivos mencionados) debe incluir:

==> El plan de mercado.

Por definición tiene a su cargo el análisis sistemático y permanente de las necesidades del mercado y desarrollo de concepto de productos rentables destinado a un grupo de compradores específicos (ya se debió haber colocado al describir la situación).

Por lo tanto en tácticas y estrategias se coloca el plan de marketing opera-

tivo, o sea cómo dar a conocer las cualidades del producto o servicio y cómo estos satisfacerán las necesidades.

En caso de que el plan de marketing se realice en forma interna deberá estar incluido, el personal en los recursos humanos y materiales; en caso de contratarse se lo incluirá en asesoría externa. En ambos casos los costos deberán estimarse.

==> El plan de producción.

En general no es necesario en el área de los servicios o al menos no tiene las características de la producción de los sectores industriales.

==> El plan de recursos humanos.

Aquí se especifican detalles no contemplados al describir los recursos en general, tales como descripciones de los puestos de trabajo, sistema de reclutamiento o contratación, la modalidad de los mismos, los salarios, capacitación en servicio, etc., etc.

==> El plan de asesoría.

Especificando si será interna, externa o mixta, si está contemplado pasar de una a otra y el por qué. Incluye a todas las actividades que podrían ser complementarias a la actividad, pero de cuyos servicios no se puede prescindir sea por razones operativas (especialista en informática) o por razones jurídicas y administrativas u otras (abogados especialistas en ciertos temas, contadores, gestores, agencias de seguros, de publicidad, etc.).

==> Plan de tiempos.

Lo ideal aquí es dividir el plan en tantas partes o etapas como se considere más operativo, con los objetivos y tácticas y estrategias correspondientes. De allí surgirá también las necesidades económicas y se podrá hacer una proyección. Tener siempre presente que toda la etapa de planificación sería la primera etapa en el plan de tiempo, si es que el proyecto continua, y la única, en caso de que fracase y que en ocasiones tiene costos propios.

Existen dos herramientas muy útiles para el plan de tiempos, el gráfico de Gantt y el diagrama de Pert.

## Diagrama de Gantt

Es un diagrama (cronograma) que registra los tiempos de los trabajos programados para un período determinado, su simultaneidad o secuencia.

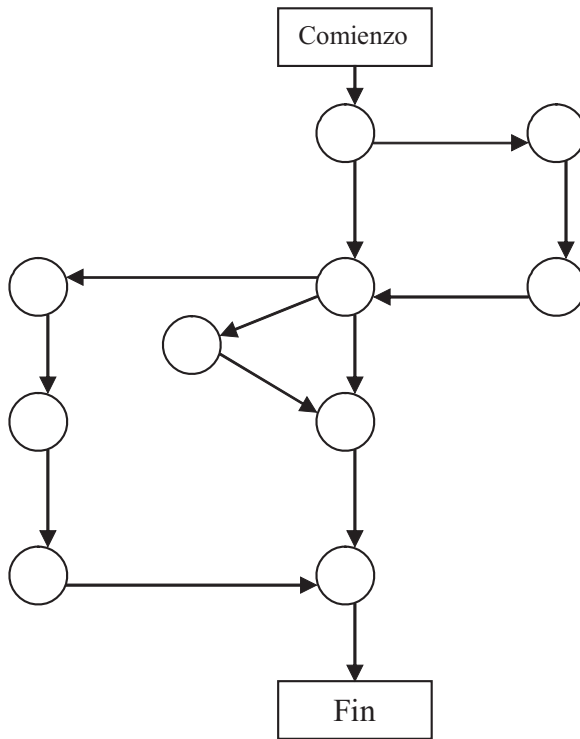
ACTIVIDAD		PERÍODO (DÍAS, SEMANAS, MESES, AÑOS)							
A	DETA- LLE	1	2	3	4	5	6	7	8
		▬							
B			▬						
C		▬							
D							▬		

Se puede realizar para actividades previstas pero si se efectúa también sobre las actividades realizadas permite el control de la evolución del proceso y su eventual reprogramación.

## Diagrama de Pert

Utiliza el concepto del camino crítico para la realización del planeamiento de programas o actividades. Muestra todas las actividades de un proyecto como la secuencia de su ejecución en red. Por lo que las actividades que se pueden hacer en paralelo van en flechas paralelas.

Las conexiones entre actividades se denominan nudos de la red. El camino más largo representa el camino crítico o la duración del proyecto.



Este diagrama es complementario al de Gantt dado que permite trabajar sobre el tiempo en los procesos, da una visión más completa de la red de tareas, cuales se pueden realizar en forma simultanea y cuales requieren ser terminadas para empezar otras, siendo por lo tanto en ocasiones más útil hacer primero el de Pert y luego el de Gantt.

Aunque en realidad son de uso cotidiano en ingeniería, entre los profesionales de salud en alguna ocasión o proceso podrían aplicarse, y seguramente serán de mucha utilidad cuando se planifiquen, analicen y/o decidan reformas edilicias en instituciones de salud del tipo de reformas, sin la intención de suspender servicios durante las mismas.

==> Plan financiero

Dependerá de las necesidades económicas y/o del flujo de caja.

El mismo deberá estimarse siempre en base a los **COSTOS**, los cuales pueden ser clasificados como **directos**, o sea aquellos imputables al proceso o

producto propiamente dicho, e **indirectos** que son aquellos que sin formar parte del proceso sirven para mantener el conjunto de la actividad.

Los denominados costos fijos, son aquellos necesarios para iniciar la actividad y mantenerla aunque no produzca nada. Son los más importantes a tener en cuenta al iniciar una actividad, pues dependiendo del capital real disponible y dividiéndolo por el costo fijo mensual se podrá saber cuántos meses puedo esperar antes de entrar en crisis financiera, buscar nuevos capitales o cerrar.

Los **costos variables** son los que se precisan para producir el producto o servicio, si bien también es importantísimo calcularlo a los fines de determinar el precio. No lo es tanto en relación al pronóstico de la empresa, pues el aumento de los costos variables es consecuencia del aumento de la producción.

No se debe nunca olvidar al estimar los costos calcular las **amortizaciones** de aquellos bienes con una vida útil limitada, dividiendo el costo de reposición por los meses según estándares de duración del bien.

==> Pruebas de viabilidad.

Cuando exista la posibilidad de realizarlas, y no hubiesen sido efectuadas al momento de la segmentación (al realizar el estudio de mercado), ni se las hubiese especificado en el plan de mercado, se las expondrá como plan de análisis de viabilidad.

El último aspecto que debe ser tenido en cuenta al decidirnos a realizar un plan lo podríamos definir como "*Advertencia*". "*Recuerde que un plan sin terminar es como media mesa de fina madera, sólo un puñado caro de leña*".

## Flujograma

Es la herramienta por excelencia para la graficación de cualquier proceso de gestión, aunque puede utilizar muchos símbolos, los más comunes son los que se ven en el gráfico correspondiente.

Esta herramienta no reemplaza la descripción del proceso ni los pasos o acciones que la conforman, lo que permite una vez finalizado o al intentar hacerlo, visualizar cada paso o acción, los que se colocan en los rectángulos. En los rombos se colocan las alternativas; es el momento del proceso en donde puede surgir una disyuntiva que origine la necesidad de optar por dos o más

caminos, retroceder o esperar. En el rombo se coloca por lo tanto la pregunta clave en ese momento del proceso saliendo del mismo sólo dos respuestas posibles (sí o no) que generan distintos cursos de acción o nuevos interrogantes.

Los pasos para trabajar con flujogramas son:

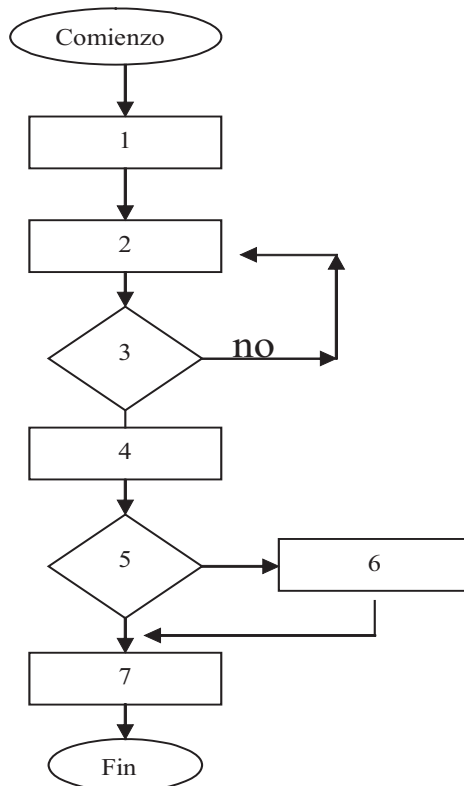
- Enunciar el problema.
- Fijar objetivos.
- Describir los pasos o acciones a realizar.
- Realizar flujograma.

**Comentarios:**

Debe haber al menos 1 símbolo final.

De cada pregunta, simbolizada por un rombo, salen sólo 2 respuestas posibles (sí o no).

En el rectángulo se coloca la acción u operación.



Veamos un ejemplo práctico sencillo aplicable al gráfico:

1. Ingresa paciente con dudoso traumatismo de cráneo.
2. Queda en observación
3. ¿Lo evaluó el neurólogo?  
*Respuesta: No, vuelve a observación (rulo).*
3. Vuelve a preguntarse ¿si esta vez lo evaluó el neurólogo?  
*Respuesta: Si.*
4. Se le indica y realiza tomografía cerebral.
5. ¿El resultado es dudoso?  
*Respuesta: Si.*
6. La TAC la examina el neurólogo y es normal.
5. El resultado no era dudoso (era normal).
7. Se lo envía al domicilio con señal de alarma y acompañado por un adulto las primeras 48 Hs.

## **Tormenta de ideas o brainstorming**

Es un método bastante informal, que alienta la libre presentación de ideas, sin restricciones ni limitaciones. Se lo incluye porque no siempre se realiza correctamente y los resultados son inferiores a los que podrían lograrse con el mismo esfuerzo, siguiendo las pautas que se proponen. Esta herramienta puede ser utilizada en los liderazgos participativos, y es el método de elección en los equipos de trabajo ante situaciones generalmente nuevas donde apelamos a la creatividad de los integrantes, sea para elaborar propuestas, proyectos o analizar soluciones alternativas a un problema.

### Descripción:

Es una forma de generación de muchas ideas, en un período corto de tiempo. Esas ideas pueden ser utilizadas para la toma de decisiones.

### Lineamientos generales:

- Asegúrese que todos los miembros del equipo comprendan cómo se realiza una tormenta de ideas.
- Estimule la participación de todos los miembros del equipo.

- Desarrolle un clima positivo y de entusiasmo.
- No critique o adule las ideas que se vayan presentando.
- Estimule el pensamiento creativo, incluyendo ideas de otros ámbitos ajenas al sistema.
- Construya y amplíe sobre las ideas de otros.
- Registre todas las ideas donde sean visibles para los miembros del equipo.
- Evite que se detenga la producción de ideas hasta poseer una lista lo más extensa posible.

### Cómo conducir una sesión de Tormentas de Ideas:

1. Revea los lineamientos generales.
2. Plantee claramente la pregunta.
3. Los miembros, por turno, exponen sus ideas si se optó por el método estructurado o cuando acudan a su mente si se eligió el método no estructurado.
4. Cada idea se registra exactamente como fue dicha.
5. Si algún miembro no tiene ideas para decir en ese momento, dice "Paso" y espera para aportar en la próxima ronda.
6. Cuando todas las ideas fueron anotadas, el equipo aclara las ideas de la lista para asegurarse que todos los miembros han comprendido cada idea. Se eliminan las duplicaciones.

## **Liderazgo por resultados**

Hemos descripto en el capítulo correspondiente múltiples atributos que deben poseer los líderes, y en general en base a ellos los elegimos, le damos responsabilidades, poder de conducción y un rol importante en los procesos. Pero como el leitmotiv de este libro es el error humano, podemos pensar que nos hemos equivocado en la elección.

Dave Ulrich propone un método tan sencillo que parece increíble no esté difundido para evaluar el liderazgo en base a resultados efectuando la ecuación:

$$\begin{array}{ccccccc}
 & & \text{atributos} & \times & \text{resultados} & = & \text{liderazgo efectivo} \\
 \text{Dando como} & & & & & & \\
 \text{puntaje máximo} & (10 \text{ puntos}) & & (10 \text{ puntos}) & & (100 \text{ puntos}) & 
 \end{array}$$

Por lo tanto si un líder tiene de 1 a 10 , 10 en atributos y 10 en resultados, será un líder perfecto de 100 puntos. Un líder de 5 puntos de atributos y 5 puntos de resultados, será un líder de 25 puntos. Pero aquí la paradoja: un líder con 8 puntos como atributos y con 3 de resultados será un líder efectivo sólo en 24 puntos, habiendo tal vez líderes con 4 de atributos y 8 de resultados, que resulta más efectivo, 32 puntos.

Este ejercicio tiene importancias didácticas. Ratifica que nos podemos equivocar en la elección y que planificar nos mostrará el mejor camino a seguir pero que no siempre lo que encontremos al final será lo esperado y por último valida la hipótesis, que no me canso de sostener, de que "lo que no se puede medir (de alguna forma) no se puede mejorar".

## **Las encuestas de satisfacción y la atención de quejas y reclamos.**

Estas dos excelentes herramientas de control y de mejoras de la calidad, que por razones de espacio sólo incluimos como misceláneas, pueden tener el mismo efecto que mentirse a uno mismo, si no están bien diseñadas.

Si uno decide implementarlas debe estar dispuesto a aceptar las críticas como algo positivo para mejorar, sean cuales fueren éstas.

Para evitar los errores o el sesgo de las mismas, es preferible realizarlas con personal no propio, asimilándolas casi a una auditoría externa y tener perfectamente preestablecido cómo se procesará la información y lo más importante qué se hará con ella.

## **La Negociación.**

La negociación, cuyo motivo de inclusión fue aclarado al inicio del capítulo, es tan antigua como la humanidad y es una actividad que se realiza la mayor parte del tiempo. Cuando en familia nos ponemos de acuerdo en qué hacer en vacaciones, cuando entre compañeros se decide quién realizará la guardia de año nuevo o cuando se analiza entre el ministerio de economía y de salud cuál será el presupuesto anual para los hospitales nacionales o cuando en una mediación tratamos de resolver un conflicto, estamos negociando. Utilizar la estrategia adecuada, dependerá de nosotros.

La mediación y la conciliación obligatoria por ley permiten la resolución de conflictos en forma extra judicial o como paso previo ante el inicio de un juicio, con el objetivo de resolver en forma breve y con menores costos situaciones que antes podían sólo dirimirse en los estrados de la justicia durante años.

La negociación es específicamente tratada en los Best Sellers "Sí de acuerdo" y "Supere el No" por los autores Fisher, Ury, y Patton, y William respectivamente, de la escuela de Harvard, en los cuales se proponen distintas técnicas para llegar a una negociación exitosa y cuya lectura se recomienda.

En el ejercicio de nuestra profesión en el área de la salud es probable que independientemente del cargo o la función muchas decisiones deban ser negociadas aunque no se espera que en toda negociación, como dice (Vare y cita Ury), uno logre hacer que el otro se salga con la nuestra. En el fondo y aunque tal vez inconscientemente, este es el deseo oculto. La negociación bien entendida es eso, es encontrar una solución conjunta a un problema, centrados en los intereses y no en las posiciones. Se denomina blando, en negociación, cuando con el propósito de salvar las relaciones se termina cediendo las posiciones, y duro cuando con tal de ganar se tensionan tanto las relaciones que estas pueden romperse. La alternativa reconocida como válida entre las dos descritas previamente es ser blando con la gente y duro con el problema que motiva la negociación. Algunos de los obstáculos en una negociación son las reacciones, las emociones, las posiciones, la insatisfacción y el poder. Respecto de este último es conveniente ser realista y convencerse que si alguien puede obtener lo que desea mediante juegos de poder, difícilmente negociará.

Cuatro son los resultados posibles de una negociación y esto debe tenerse siempre presente:

- ganar - ganar.
- ganar - perder.
- perder - ganar.
- perder - perder.

Una negociación es exitosa cuando se da el ganar - ganar o win - win, lo

que es posible únicamente encontrando la fuerza gravitatoria, que sería el elemento homeostático o equilibrador, común a las partes, que permita poder operar.

La mejor táctica en una negociación es no dudar en utilizar todas las acciones directas e indirectas que sean necesarias, concentrándose sólo en lograr un acuerdo satisfactorio. Respecto de las estrategias, éstas deberán adaptarse y perfeccionarse en cada negociación y aunque resulte increíble, algunas de las famosas citas de Sun Tsu, del arte de la guerra y la estrategia, todavía pueden ser útiles, si comprendemos su esencia más allá de las palabras.

- Conoce a tu enemigo y a ti mismo; así, en cien batallas jamás correrás peligro.
- Si no conoces al enemigo pero te conoces a ti mismo, tus posibilidades de victoria son iguales a tus posibilidades de derrota.
- Si desconoces a tu enemigo y no te conoces, en cada batalla seguramente correrás peligro.
- Son incapaces de conducir el desplazamiento de la tropa aquellos que desconocen las condiciones del suelo, sus montañas y bosques, los desfiladeros que ofrecen peligro, las marismas y los pantanos.
- No dificultes la marcha de regreso de un enemigo que se dirige a su tierra.
- Si los voy empujando con tranquilidad se marcharán sin mirar atrás, pero si los acoso nos harán frente y pelearán a muerte pues esto es lo único que se puede hacer cuando se percibe que no se tienen alternativas.

Prepararse para una negociación es tan importante como planificar un proyecto. La secuencia lógica es prepararse antes de cada reunión, luego de la misma evaluar el progreso, adaptar la estrategia y volver a prepararse. Teniendo siempre presente cuales son los intereses de ambas partes y cual es la posición que está en conflicto, cuales son todas las opciones posibles, y no sólo la posición original.

Un instrumento útil al enfrentar una negociación es conocer de antemano las normas legales del tema en análisis, pues puede ser necesario ante un estancamiento de las negociaciones proponer recurrir a las mismas para desbarbar la negociación. En caso de no existir estas puede contemplarse la posi-

bilidad de consultar por una tercera opinión. Estos aspectos pueden ser abordados incluso en forma previa al tratamiento específico del tema, lo cual sería equivalente, valga la redundancia, a negociar las reglas de negociación.

La forma y el tiempo son importantes en una negociación, utilizando siempre posturas de replanteo en lugar de rechazo, y tomando todo el tiempo necesario para pensar, tratando de no apresurarse en el momento de tomar decisiones importantes.

Existe una tendencia natural y frecuente a ingresar a una negociación y si esta no resulta como lo que se esperaba, recién evaluar las alternativas. William Ury ("Supere el No") acuñó, para estas situaciones, el término MAPAN, que significa Mejor Alternativa Para un Acuerdo Negociado. Y considera que esta es la clave del poder de la negociación, pues es la alternativa concreta y conocida de que uno dispone, sin necesidad de negociar.

En resumen, si de la negociación surge una solución mejor que el MAPAN, es tomable; si la propuesta a la que se arriba es peor que el MAPAN, es conveniente quedarse con este último. Por ejemplo, ante un servicio tercerizado de diagnóstico, uno de los equipos, pese a varios arreglos no arroja resultados confiables. Como director de la institución mi MAPAN es o cambian el equipo, o cambio al prestador, en forma inmediata. El resto se puede negociar. Si la otra parte decidió irrevocablemente que no está dispuesto a cambiar el equipo bajo ninguna condición; la negociación no tiene ningún sentido, se toma la decisión, pues no hay una alternativa mejor en la mesa de negociaciones.

## **La Comunicación.**

Es la principal herramienta del marketing operativo, lo cual no significa que sea exclusiva de esta disciplina. Por el contrario es posible afirmar que no existe gestión efectiva sin una comunicación eficaz; sea entre los miembros de la organización en forma horizontal, en forma vertical desde arriba hacia abajo o a la inversa, entre la organización y los clientes, o entre la organización y los proveedores.

Así como se puede asegurar que la mayoría de los juicios por mala praxis en donde no existió negligencia tienen su génesis en una mala relación médico paciente, podríamos aseverar que la misma está relacionada con problemas

o falta de comunicación (nadie me avisó, no lo sabía, nadie me advirtió sobre los riesgos, no pude hablar con el profesional, etc.). Una indicación médica que una enfermera no llega a descifrar, o un oxígeno que no llega a tiempo porque no se ubica al camillero, también pueden englobarse como problemas de comunicación. Al igual que el desconocimiento de los empleados de una organización, de la política estratégica asumida por la conducción para un periodo determinado. Cuando nos enfrentamos a los problemas de la comunicación o cuando queremos mejorarla, es conveniente repasar todos los elementos que la componen: emisor y receptor. Quien envía el mensaje y a quien.

La codificación y la decodificación del mensaje parecerían haber quedado superadas en las organizaciones modernas, pero no es así. Una luz que se prende o una alarma que suena en un office de enfermería, cuando un paciente la reclama, cuando se advierte que estamos en alerta roja, o cuando quien recepciona un mensaje de Internet no lo puede abrir porque le falta ese programa, son ejemplos donde la codificación y la decodificación están aún presentes.

Determinar cuál es el mensaje que se desea transmitir y cuál será el medio a utilizar, puede parecer lo más sencillo, pero no lo es y lo que nos permitirá verificar si fueron elegidos correctamente son la respuesta al mensaje; la que se deberá utilizar como retroalimentación para detectar fallas y/o mejorarla.

Tampoco debemos olvidarnos del ruido, que es como en comunicación se denomina a todo aquello que impida o distorsione el mensaje al momento de la recepción.

En relación al tema de la gestión de la seguridad debemos ser muy cuidadosos de cómo comunicamos la implementación de esta política estratégica a todos los miembros de la organización. Y de cómo será el mecanismo de comunicación desde los niveles operativos al detectarse efectos adversos o errores. La confidencialidad de las comunicaciones en estos casos es más que relevante. En lo que podríamos llamar comunicación institucional siempre debe establecerse: qué se dirá, cómo, cuándo, dónde y quién. Cómo se medirá la respuesta (cumplió el objetivo, despertó atención o interés, etc.) En ocasiones la elección del formato, la estructura, el modo de comunicación, etc., debe requerir el asesoramiento de profesionales especializados, quienes independientemente de su capacidad en su área, sólo lograrán el impacto deseado si establecen una comunicación adecuada con quienes decidieron enviar el mensaje.

## EPÍLOGO

Como ya es costumbre en mis libros, coloco al final la **Misión, Visión y Valores**, para que sea el lector quien evalúe si uno fue coherente con ellas en el desarrollo de la obra.

**Misión.** Dar al paciente la información y las recomendaciones necesarias para que mientras esperamos se produzca el cambio y los sistemas de salud sean más seguros, tenga elementos para prevenir y evitar errores en medicina o al menos pueda entenderlos y enfrentarlos.

**Visión.** Que cada lector, convencido de la necesidad y posibilidad de un cambio, se convierta en agente multiplicador, ejerciendo la presión justa ante un sistema de salud imperfecto, para mejorarlo y hacerlo más adecuado, equitativo y seguro.

**Valores.** Como siempre, los que me guían son los de mi propia ética, que responde a una relación equilibrada entre mi moralidad, mi amoralidad y mi inmoralidad, no requiriendo un código de ética que me diga qué está bien o qué está mal. Tratando que las conductas y las acciones sean acordes con el discurso, y aceptando la responsabilidad por todo lo que se ha manifestado.

Además quiero aprovechar para confesar que la tarea realizada no fue fácil dado que si bien contaba con las fuentes bibliográficas y ya las había traducido y leído, como corresponde a la Ley de la Gestald del fondo y figura, en mi último libro *“El Error Médico. Implicancias Médicas, Médico Legales y Jurídicas.”* la figura era el actuar de los profesionales y la mejora de la calidad de las instituciones de salud. En este, al ser la figura, o el segmento al que está dirigido, los pacientes, estudiantes y profesionales de salud asistenciales, redescubrí muchas cosas, y a medida que avanzaba cada día me iba convenciendo más de que el objetivo de mínima propuesto (que era darle al paciente la información y las recomendaciones que estoy seguro le serán útiles) se alcanzó plenamente, sobre todo al compartir las fuentes y pudiendo el paciente ampliarlas con sólo entrar en internet ante casos especiales.

Pero además, como soy médico y narcisista, como expuse en el capítulo correspondiente, creo haber hecho lo necesario para que también se alcancen las expectativas de máxima, que era concientizar a los pacientes de que sin su participación activa no será posible un cambio significativo.

Las estrategias, tácticas, roles de organizaciones que existen en otros países e incluso las inversiones efectuadas para reducir los errores en medicina y mejorar la seguridad de los pacientes, tal vez al leerlas incentiven a algún funcionario, político, asociación o particular para implementarlas en nuestro país, y no quedarse con la envidia sana, que en lo personal siento cada vez que leo lo que se está haciendo en otros países.

Como he expresado en más de una oportunidad soy bastante escéptico, pero ello no implica que hubiese perdido las esperanzas. Nadie pretende que tengamos fundaciones con millones de pesos de recursos como en Estados Unidos, pero lograr que los legisladores se sienten en sus bancas y discutan el tema seriamente y asesorados, no es tan caro. Tampoco lo es que así como existen voluntarios para ayudar a los discapacitados, se organicen aquellos con vocación de servicio en campañas, como podrían ser acompañar al abuelito al médico o prepararle el dispensar con toda la medicación que utiliza para todo el mes, con el objetivo de que no cometa errores o ayudar a leer una receta o las indicaciones médicas a quien lo necesite.

Si la realidad me demuestra que no alcancé ni el objetivo de máxima ni el de mínima, al menos me queda el consuelo de haber realizado mi mejor esfuerzo.

Gracias por haberme acompañado.