

Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente

Ethical evaluation of medical errors and the patient's safety

César Athié-Gutiérrez¹ y M^a del Carmen Dubón-Peniche^{2*}

¹Dirección General; ²Dirección Médica. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Resumen

En la prestación de servicios de atención médica pueden surgir errores que se repiten; por ello, cuando se ha producido uno es indispensable reflexionar sobre los elementos que pudieron ocasionarlo y actuar sobre ellos. Sin embargo, de manera general, existe una tendencia natural a ocultar los errores, principalmente por temor a sanciones o demandas. La ética de la seguridad clínica encuentra indispensable revelar los errores, incluso los casi errores o aquellos sin consecuencias significativas, apostando por una gestión transparente de los mismos. Ningún error debe ser archivado, pues su revisión de forma honesta y abierta no solo es una obligación ética, sino que puede contribuir a aminorar sus efectos y mejorar la relación médico-paciente. Lograr una atención médica segura requiere aprendizaje continuo sobre cómo interactúan los diferentes componentes del sistema; ello implica poner en práctica las conductas que han mostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallas y errores, aumentar su detección y disminuir sus consecuencias, así como continuar investigando sobre los factores que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. En este trabajo se analizan los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, a través de información estadística de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) referente a expedientes de queja concluidos por laudo en el periodo 2012-2016.

Palabras Clave: Incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Errores médicos. Ética.

Abstract

In the offer of health care services, errors may arise that are repeated, so when one has occurred, it is essential to reflect on the elements that could cause it and act on them; however, in general, there is a natural tendency to hide them, mainly due to fear of sanctions or lawsuits. The ethics of clinical safety finds it essential to reveal errors, including almost errors or those without significant consequences, betting on transparent management of them. No error should be filed, since its review in an honest and open manner is not only an ethical obligation, but it can also help to lessen its effects and improve the doctor-patient relationship. Achieving safe medical care requires continuous learning about how the different components of the system interact, this implies putting into practice the behaviors that have shown their effectiveness to reduce the probability of the appearance of faults and errors, increase their detection and reduce their consequences, as well as continuing to investigate the factors that contribute to improving patient safety and the quality of care. In this paper we analyze the incidents related to patient safety, through statistical information from the Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), referring to complaint files concluded by arbitral award in the 2012-2016 period.

Key Words: Incidents related to patient safety. Medical errors. Ethics.

Correspondencia:

*M^a del Carmen Dubón-Peniche

Dr. Balmis, 148, 4^o Torre de Gobierno

Col. Doctores

C.P. 06720, Ciudad de México, México

E-mail: maria.dubon@salud.gob.mx

0009-7411/© 2018 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 25-07-2018

Fecha de aceptación: 13-10-2018

DOI: 10.24875/CIRU.18000625

Cir Cir. 2020;88(2):219-232

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

Introducción

Las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño, pues si bien la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman el sistema moderno de prestación de servicios de atención médica puede aportar beneficios importantes, igualmente conlleva riesgos de que se produzcan eventos adversos¹.

Los hospitales, las clínicas y los centros de salud movilizan la capacidad y el esfuerzo de una amplia variedad de personal profesional, técnico y no profesional con objeto de brindar servicios altamente especializados, y por ello son vulnerables a que ocurran errores, de tal forma que la complejidad de sus procesos plantea la necesidad de un abordaje sistemático orientado al reconocimiento de sus riesgos y problemas, considerando además que en la literatura concerniente al tema la tendencia actual es reconocer los errores como parte del sistema, con el fin de mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente².

Desde la ética, el nuevo paradigma de informar acerca de los errores es reconocido, ya que cometer errores es inherente a la condición humana, en particular en ámbitos donde la incertidumbre de ciertas variables en la toma de decisiones y la idiosincrasia de la biología humana impiden un resultado preciso³.

La medicina no está comprendida dentro de las denominadas ciencias exactas, sino dentro del ámbito de lo biológico, y por ello su práctica está sujeta a una variabilidad que no siempre puede ser controlable, lo cual expone al personal de salud a errores, que pueden conducir o no a la producción de daño para el paciente. Los daños para los pacientes también pueden ser consecuencia de una actuación incorrecta del personal de salud, por acciones u omisiones en su desempeño, considerados como mala práctica, y dar lugar a responsabilidad profesional⁴.

Al no ser la medicina una ciencia exacta, el deber del prestador de servicios es actuar con la diligencia y la pericia que el caso de cada paciente amerita; es decir, mostrar la mayor diligencia en la atención y utilizar todos los conocimientos y recursos aplicables, conforme a las características y el cuadro clínico del paciente, con el fin de mejorar o restaurar su salud, así como de prever las posibles complicaciones, dar continuidad al tratamiento e informar al paciente o a sus familiares acerca del diagnóstico, el pronóstico,

el tratamiento, las alternativas de manejo y los beneficios y riesgos, en términos de la *lex artis* médica⁵.

El término *lex artis* (literalmente «ley del arte», «ley artesanal» o «regla de actuación de la que se trate») se utiliza para referirse a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por el profesional es o no correcta, si se ajusta o no a lo que debe hacerse; es decir, los mandatos o reglas específicas que deben ser observados dentro de la profesión. Para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), los principios científicos de la práctica médica (*lex artis*) se refieren al «conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo»⁶.

En este contexto, dadas la gran variabilidad y la complejidad que rodean a una situación clínica concreta, con algunos factores dependientes del profesional y otros de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o de la infraestructura de que se disponga, y finalmente por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma regla en todos los casos, y esta debe adecuarse al caso concreto. Por tanto, puede decirse que la *lex artis ad hoc* es un concepto indeterminado que debe establecerse en cada caso en que el médico, a través de un proceso de deliberación, aplica las medidas con prudencia a la situación clínica concreta y considerando las condiciones concurrentes. En ese sentido, se ha definido la *lex artis ad hoc* como «aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos —estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria—, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida»⁷.

La atención médica se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan a la persona con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, siendo sus actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas. El ejercicio profesional del médico debe entenderse en su justa valoración, pues se trata de una de las actividades humanas de mayor riesgo, al incidir directamente sobre la salud y la vida de las personas. De igual forma se debe acentuar que no solo basta establecer cuál sería la actuación correcta desde el punto de vista de los conocimientos

científicos, sino que además es preciso tener en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se brinda la atención.

Así, en la atención médica se asumen ciertas obligaciones de diligencia que la profesión exige y que el Derecho Sanitario reconoce fundamentalmente en obligaciones de medios, de seguridad y de resultados. Las obligaciones de medios son inherentes a la prestación del servicio y están definidas por la ejecución de acciones y procedimientos médicos acordes con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, según las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se preste el servicio. Las obligaciones de seguridad corresponden a las acciones y los procedimientos médicos tendentes a disminuir o evitar riesgos y daños a la salud. Por su parte, las obligaciones de resultados son determinadas por el médico y el paciente, y representan comprometer un resultado específico de manera previa a la atención (como pudiera definirse en casos de cirugía estética, estomatología, patología y auxiliares de diagnóstico), atendiendo a lo dispuesto por la carta de Derechos Generales de las y los Trabajadores de la Salud⁸.

En efecto, por regla general, las obligaciones del médico son de medios, ya que admiten que el profesionista no se constriña al logro de un resultado concreto, sino al despliegue de una conducta diligente, comprometiéndose a brindar la atención no solo con los conocimientos y las técnicas previstas para el caso en cuestión con apego a la ciencia médica, sino aplicando las técnicas con el cuidado y la precisión exigible, atendiendo a las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, cuya apreciación está en función de la *lex artis ad hoc*. Distinto sucede cuando la obligación es de resultados, en la cual al profesionista no le basta actuar de forma diligente para su cumplimiento, sino que debe conseguir un efecto o resultado concreto en el paciente.

Reconocer la incertidumbre en las decisiones médicas no significa justificar los errores, pero sí explicar que, aun en circunstancias favorables, esta incertidumbre deriva de la gran cantidad de variables que participan, muchas de las cuales se encuentran fuera del control del profesional de la salud⁸.

Así también, el compromiso esencial de quienes desempeñan la profesión médica es el actuar ético, ya que su misión y responsabilidad social es precisamente preservar bienes tan inestimables como la vida y la salud de las personas⁹.

En este contexto, la atención médica debe brindarse conforme a los fines establecidos por la ley,

conforme a las reglas de atención aportadas por la ciencia médica y procurando los deberes éticos de la profesión, en razón a que el compromiso de los médicos implica actuar con la pericia y la diligencia que cada caso amerita¹⁰.

La ética de la seguridad clínica reconoce que las personas, en todas sus actividades profesionales, tienen una tasa de errores que se puede minimizar, pero no eliminar por completo. En ese sentido considera tres diferentes perspectivas: la teleológica, orientada a buscar el mayor bien posible para el paciente; la deontológica, que comprende los principios y valores; y la ética de la responsabilidad, la cual advierte que el ser humano debe justificar racionalmente sus fines y sus medios, sin establecer reglas tan absolutas que no quepan excepciones¹¹.

Así, el objetivo de la ética de la seguridad clínica es que cada profesional use sus competencias para crear hábitos de trabajo seguros y analice los riesgos inherentes a su actividad, tratando de minimizarlos¹².

Dada la naturaleza de la profesión, la vertiente ética estima de manera fundamental la convicción vocacional y moral del médico, basándose en los principios establecidos por los propios profesionales de la salud y que se refieren a un conjunto de patrones a cuya luz el comportamiento médico puede ser evaluado en razón de lo justo, lo razonable y lo imparcial. No obstante, la moralidad se relaciona íntimamente con la vertiente jurídica, pues esta tiende a preservar valores, de tal suerte que la exigencia de cumplir con obligaciones libremente adquiridas en razón de la profesión médica se transforman en regla de convivencia, de la cual parte el orden legal; es decir, en muchos ámbitos, como el relativo al de la medicina, el derecho acoge a la moral como referencia de sus disposiciones, por lo que es posible la existencia de normas de alcance tanto moral como jurídico¹³. En este tema es imprescindible hacer referencia a la deontología médica, que precisamente trata de los derechos y las obligaciones que se adquieren por el hecho de ser un profesional de la salud. La palabra deontología viene del griego *deontos* (deber) y *logos* (estudio, tratado), por lo que etimológicamente significa «estudio de las obligaciones y derechos de los médicos», siendo estos tanto éticos como legales. Es decir, la deontología implica mucha mayor responsabilidad que el simple apego a una conducta ética o moral, y de ahí que su conocimiento resulte esencial para los profesionales, pues son normas de autorregulación que deben acatarse por encima de opiniones y visiones particulares¹⁴.

En México, el artículo noveno del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica dispone que «La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica». Bajo este enfoque es preciso mencionar que la CONAMED considera los principios éticos de la práctica médica como «el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica».

Atendiendo al glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente emitido por la Secretaría de Salud Federal, la seguridad del paciente se refiere a la acción libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la posibilidad de error y maximicen la probabilidad de su impedimento.

Así también, por «error médico» se considera la conducta clínica equivocada en la práctica médica como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto, y como «evento adverso» el incidente que produce daño leve o moderado al paciente como consecuencia del proceso de atención.

El estudio de Harvard sobre la incidencia de eventos adversos y negligencia realizado por Brennan, et al.¹⁵, con una cohorte de 30,000 pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York a lo largo de 1984, entre sus resultados encontró que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño durante su hospitalización, que el 70% de los eventos adversos provocan al paciente incapacidad temporal y que el 14% de los incidentes son letales¹⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados han instado para que se intensifique la investigación encaminada a mejorar la seguridad del paciente. En una conferencia para el establecimiento de un programa europeo en la materia examinaron datos reveladores de que los daños causados por la atención médica conllevan una carga considerable de sufrimiento y mortalidad en Europa y en todo el mundo, destacando que¹⁶:

- Las infecciones asociadas a la atención de salud afectan a 1.4 millones de personas en todo momento. En los países desarrollados afectan al 5-10% de los pacientes, y en algunos países en desarrollo pueden llegar a alcanzar a la cuarta parte de los pacientes, con un notable aumento de la resistencia a los antimicrobianos en el mundo, por lo que es decisivo que las investigaciones se centren en la resistencia a los antimicrobianos y la propagación de agentes patógenos multirresistentes.

- En cuanto a las reacciones adversas a los medicamentos, el 7 - 10% de los pacientes atendidos en servicios destinados a casos agudos tienen una reacción adversa a algún medicamento, mientras que el 28 - 56% de dichas reacciones son prevenibles.
- Los datos procedentes de los países desarrollados indican que los episodios adversos ocurridos en los quirófanos representan al menos el 50% del total de episodios adversos. En los países en desarrollo, la atención quirúrgica se encuentra menoscabada por deficiencias de las instalaciones, falta de personal capacitado, tecnología inadecuada y suministro limitado de medicamentos y material, por lo que se necesitan investigaciones sobre las razones de las diferencias geográficas observadas en la incidencia de errores quirúrgicos y anestesiológicos.
- Los datos sobre prácticas de inyección peligrosas muestran que, a escala mundial, hasta el 40% de las inyecciones se realizan con jeringas y agujas reutilizadas, sin esterilización previa, y en algunos países esa proporción asciende al 70%. Las prácticas de inyecciones peligrosas causan en todo el mundo aproximadamente 1.3 millones de defunciones por año, una pérdida de 26 millones de años de vida y una carga económica de US\$ 535 millones anuales, en costos médicos directos, por lo que las investigaciones futuras deberán centrarse en evaluar las repercusiones de este tipo de prácticas.
- Las reacciones adversas a dispositivos médicos también causan daños en los pacientes. En los Estados Unidos de América se registran anualmente más de un millón de este tipo de reacciones adversas. En algunos países en desarrollo, hasta la mitad del equipo médico es inutilizable o solo parcialmente utilizable, lo que hace necesario el establecimiento de programas de vigilancia eficaces para detectar los tipos, la frecuencia y los entornos clínicos de estas reacciones.
- La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de cualquier nivel de desarrollo.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció con el fin de promover esfuerzos encaminados a mejorar la seguridad de la atención en todos los Estados miembros de la OMS. En México se ha constituido en un componente fundamental de los programas nacionales de salud, en busca de una atención efectiva y de calidad, accesible para toda la población.

Este documento tiene por objeto presentar el panorama de la ética de los errores y la seguridad del paciente, que no se limita solo al actuar de los médicos como comúnmente suele entenderse, sino que es extensivo a profesionales, técnicos y auxiliares de otras disciplinas, entre las que destacan odontología, psicología, enfermería, química, nutrición, ingeniería biomédica y trabajo social.

Estadísticas

La queja médica es la expresión manifiesta de insatisfacción del paciente o de sus familiares con la atención médica recibida, y debe considerarse un derecho que tienen para inconformarse frente a la prestación de un servicio que a su juicio resulta deficiente, pero también debe apreciarse como una oportunidad que tiene el personal de salud para identificar los riesgos y problemas más frecuentes con objeto de prevenirlas y corregirlas. En este sentido, la queja sirve como un detonante para buscar mejor calidad y más seguridad en la atención. El reconocimiento del concepto de «calidad de la atención médica» es un punto de partida para determinar el origen de los errores, de la mala práctica y de la responsabilidad profesional, con el fin de resolverlo y prevenirlo¹⁷.

La CONAMED es una institución pública gubernamental que mediante el modelo de arbitraje médico ofrece mecanismos alternativos extrajudiciales de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, públicos, sociales o privados, por posibles irregularidades o negativa en la prestación del servicio. Además, colabora con autoridades de procuración e impartición de justicia, y participa en la investigación y en el fomento de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente¹⁸. Así, sin suplantar a la justicia ordinaria, la CONAMED resuelve las controversias utilizando un proceso voluntario, gratuito, imparcial, confidencial y especializado, evaluando cada caso con una metodología de análisis ajustada a las disposiciones legales aplicables a la materia¹⁹.

El proceso arbitral comprende esencialmente tres etapas:

- La inicial, que comienza con la manifestación de la inconformidad por parte del usuario debido a la atención que recibió de un prestador de servicios médicos. Esta inconformidad puede derivar en orientación (medios informativos para guiar las actividades del usuario), asesoría especializada (orientación médico-legal que se brinda

al usuario, al prestador del servicio o sus representantes), gestión inmediata (cuando la inconformidad se refiere a una demora o la negativa de servicios médicos, fundamentalmente en caso de urgencia) o bien recepción de la queja cuando cumple con los requisitos para ser catalogada como tal.

- Admitida la queja, se lleva a cabo la segunda etapa, que consiste en un procedimiento conciliatorio que busca la avenencia entre las partes.
- En caso de no lograrse un acuerdo se continúa a la tercera etapa (decisoria), en la que la CONAMED funge como árbitro y emite un laudo (pronunciamiento por medio del cual la CONAMED resuelve, en estricto derecho o en conciencia, las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes). Cabe mencionar que en todos los casos se realiza una revisión de la atención médica en términos de la *lex artis ad hoc*, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar (revisión médica que interpreta la atención médica garante de la *lex artis*), y el cumplimiento de una visión normativa (revisión jurídica, para verificar el debido apego a lo dispuesto por el Derecho Sanitario).

A continuación, se presenta información estadística de la CONAMED referente a los expedientes de queja concluidos mediante resolución arbitral (laudo) en el periodo 2012-2016, la cual ilustra los incidentes vinculados a la atención de la salud detectados en un estudio enfocado al campo de la seguridad del paciente²⁰.

Para el propósito de su análisis, la CONAMED estimó dos conceptos:

- Incidente relacionado con la seguridad del paciente, entendiéndolo como «evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica y que, si bien no le genera necesariamente un daño directo a su salud o persona, sí le afecta en la medida en que al ocurrir fallas en los procesos médicos generalmente se prolonga el proceso de su atención y en forma eventual su estancia hospitalaria».
- Incidente adverso, definido como «evento o circunstancia que suele ser imprevisto y desfavorable, y que ocasiona un daño innecesario a un paciente o que podría haberlo hecho». En el mismo sentido, se considera que un incidente adverso se convierte en evento adverso cuando cumple con los criterios de daño en el paciente,

Tabla 1. Distribución anual de expedientes concluidos por resolución arbitral en la CONAMED²⁰

| Año | Laudos | Casos |
|-------|--------|-------|
| 2012 | 91 | 94 |
| 2013 | 92 | 92 |
| 2014 | 55 | 56 |
| 2015 | 37 | 37 |
| 2016 | 83 | 83 |
| Total | 358 | 362 |

producto de la atención a la salud y ocasionado sin intención o dolo.

En esos términos, tomando en cuenta el tipo de fuente a partir de la cual se obtuvo la información, y valorando que no siempre es fácil identificar o precisar los alcances en que incurren los incidentes adversos, se utiliza el concepto de «incidente» manejándolo en todos los casos con la connotación de «ocurrencia de circunstancias que causaron algún daño real o potencial sobre la salud de los usuarios», y se codifican los incidentes a partir de una lista abreviada elaborada de acuerdo con la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente de la OMS.

Los expedientes analizados corresponden a prestadores de servicios que voluntariamente aceptaron resolver su controversia mediante arbitraje, y que el grado de complejidad de la queja médica fue tal que no pudo ser resuelta mediante orientación, asesoría, gestión inmediata ni conciliación, y tuvo que llegar a la etapa decisoria (juicio arbitral), en la que cumplidas las formalidades del procedimiento y efectuada una revisión exhaustiva de las pruebas por parte de asesores médicos y jurídicos se resolvió la controversia mediante la emisión de un laudo. Cabe precisar que al tratarse de asuntos de elevada complejidad debe tenerse en consideración que la información no puede ser interpretada como patrón de lo que sucede en el Sistema Nacional de Salud, frente al común de los servicios médicos brindados.

Durante el periodo 2012-2016 se reportaron concluidos mediante laudo 358 expedientes correspondientes a 362 casos, debido a que en cuatro de ellos se brindó atención a dos usuarios por tratarse de binomio madre-hijo. La distribución en el periodo se muestra en la tabla 1.

En la mayoría de los casos, la inconformidad se suscitó en servicios médicos del sector privado, con 229 de los 362 (63.3%), lo cual indica que aproximadamente dos de cada tres quejas concluidas por

laudo se originaron en este sector, y los 133 casos restantes (36.7%) correspondieron al sector público, de los cuales 96 fueron de la seguridad social (26.5%) y 37 (10.2%) de establecimientos que otorgaron atención a población no derechohabiente, según lo reportado por la CONAMED.

Atendiendo al tipo de establecimiento, en 94 casos las unidades médicas correspondieron al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de las cuales 73 (77.7%) eran hospitales y 21 (22.3%) eran unidades de consulta externa. La Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud brindaron el servicio en 37 casos, la mayoría de ellos (91.9%) en hospitales. En el sector privado, los 229 casos ocurrieron con una frecuencia del 60.3% en hospitales y del 38.2% en unidades de consulta externa. En los establecimientos de apoyo, siete de los nueve casos pertenecieron al sector privado, como puede advertirse en la tabla 2.

En cuanto al principal servicio vinculado con la atención que motivó la queja, se reportó con la más alta frecuencia el servicio de ortopedia y traumatología, contando con 48 casos (13.3%) del total de 362; después, el servicio de urgencias, con 44 casos (12.2%), y seguidamente cirugía general con 38 quejas (10.4%), ginecología y obstetricia con 33 casos (9.1%), y odontología con 31 casos (8.6%). Los 67 casos restantes (46.4%) correspondieron a diferentes servicios, entre los que se encuentran neurocirugía, medicina interna, gastroenterología, psiquiatría, urología, laboratorio clínico, cardiología, neumología, dermatología, nefrología, medicina física y rehabilitación, radiología, reumatología, oncología quirúrgica, cirugía de tórax, cuidados intensivos y anatomía patológica. La tabla 3 ilustra los primeros diez servicios involucrados.

Mayor relevancia adquiere el análisis de los incidentes vinculados a la atención en salud, el cual mostró que en 199 de los 362 casos (55%) la CONAMED determinó mala práctica, en tanto que en los 163 restantes no hubo evidencia de mala práctica (45%).

En su mayoría, la mala práctica correspondió al sector privado, con 120 casos (52.2%) del total de 229. Por su parte, al sector público correspondió el 59.4% de los 79 casos, y el análisis institucional mostró que, en este sector, los Servicios Estatales de Salud tuvieron mayor porcentaje de casos con evidencia de mala práctica (62.5%), esto aunado a que su número de quejas fue reducido (cinco de ocho) (Tabla 4).

A partir del análisis de los expedientes se detectaron 3260 incidentes que fueron catalogados por la

Tabla 2. Institución involucrada en la queja médica según tipo de establecimiento²⁰

| Institución | Unidad de consulta externa | Unidad de hospitalización | Establecimiento de apoyo | Total | Porcentaje |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|------------|
| SSA | 2 | 26 | 1 | 29 | 8 |
| ISSSTE | 21 | 73 | 0 | 94 | 26 |
| Pemex | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.3 |
| SEDENA | 0 | 0 | 1 | 1 | 0.3 |
| Servicios Estatales | 0 | 8 | 0 | 8 | 2.2 |
| Servicios Privados | 84 | 138 | 7 | 229 | 63.3 |
| Total | 107 | 246 | 9 | 362 | 100 |

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SSA: Secretaría de Salud.

Tabla 3. Principales servicios involucrados en la queja médica²⁰

- Ortopedia y traumatología
- Urgencias médicas
- Cirugía general
- Ginecología y obstetricia
- Odontología
- Pediatría
- Oftalmología
- Consulta externa
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Otorrinolaringología

Tabla 5. Clasificación de los incidentes vinculados a la atención de la salud²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---|-------|------------|-------------|
| Gestión | 579 | 17.8 | 159.9 |
| Comunicación | 420 | 12.9 | 116 |
| Diagnóstico | 493 | 15.1 | 136.2 |
| Procedimiento | 856 | 26.3 | 236.5 |
| Medicación | 470 | 14.4 | 129.8 |
| Cuidados | 333 | 10.2 | 92 |
| Infecciones asociadas a la atención de la salud | 109 | 3.3 | 30.1 |
| Total | 3260 | 100 | 901 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

Tabla 4. Evaluación de la atención médica²⁰

| Sector | Sin evidencia de mala práctica | | Con evidencia de mala práctica | | Total | |
|---------------------|--------------------------------|------|--------------------------------|------|-------|-----|
| | Casos | % | Casos | % | Casos | % |
| Privado | 109 | 47.6 | 120 | 52.4 | 229 | 100 |
| Público | 54 | 40.6 | 79 | 59.4 | 133 | 100 |
| Institución | Casos | % | Casos | % | Casos | % |
| SSA | 14 | 48.3 | 15 | 51.7 | 29 | 100 |
| ISSSTE | 36 | 38.3 | 58 | 61.7 | 94 | 100 |
| SEDENA | 0 | 0 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| PEMEX | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Servicios estatales | 3 | 37.5 | 5 | 62.5 | 8 | 100 |
| Total | 163 | 45 | 199 | 55.0 | 362 | 100 |

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SSA: Secretaría de Salud.

CONAMED en siete categorías, tal como se muestra en la tabla 5.

Considerando la relevancia del tema, es menester puntualizar que cada uno de los 3260 incidentes

representa fallas en la seguridad del paciente, lo que se convierte en una valiosa alerta para establecer una cultura centrada en el aprendizaje.

Incidentes relacionados con la gestión

En esta categoría fue significativo el número de incidentes (579), siendo los aspectos más relevantes anomalías en la integración del expediente clínico (193) vinculadas con el incumplimiento de la normativa (33.3%): la lista de espera prolongada, con 126 incidentes (21.8%), así como las equivocaciones en la información y la pérdida de documentos, que en conjunto fueron 134 casos (23.1%).

Los incidentes mencionados representaron el 78% del total de los eventos de este rubro, tratándose de un tema relevante, pues el expediente clínico es un instrumento esencial para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información de un paciente, en el cual se hacen constar en diferentes momentos del proceso de atención médica las diversas intervenciones del

personal y la descripción del estado de salud del enfermo, además de incluir en su caso datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo, y por lo tanto también resulta fundamental para evaluar la atención brindada al ser un documento médico-legal básico para la atención, la docencia y la investigación.

Los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida del personal de salud²¹. Dicha norma es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Aunado a ello, en el marco del ejercicio de los derechos del paciente, ratifica la importancia de garantizar la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido mediante procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual el médico debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y los beneficios esperados. La tabla 6 muestra la distribución de los incidentes reportados.

Incidentes relacionados con la comunicación

La comunicación entre los profesionales de la salud auxilia al médico en la toma de decisiones y facilita las acciones relacionadas con el seguimiento de la atención; en ese sentido, tan prioritaria como importante es la necesidad de mejorar la comunicación entre el personal de salud, los enfermos y los familiares, así como valorar los beneficios en la profundización del consentimiento informado, asumiendo que se requiere establecer medidas concretas dirigidas a prevenir riesgos innecesarios para el paciente. Relacionados con la comunicación ocurrieron 420 incidentes (12.9%), reportándose dificultades en la comunicación médico-paciente en 7 de cada 10 incidentes, y siguiendo en importancia la comunicación entre médicos (12.9% al interior de la categoría), así como enfermera-paciente y médico-enfermera (3.3 y 2.4%, respectivamente). El resto de los casos (10%) incluyeron relaciones hostiles y falta de colaboración que derivaron en el incidente.

Lo anterior muestra el incumplimiento con lo dispuesto por el artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de

Tabla 6. Incidentes relacionados con la gestión administrativa²⁰

| Incidentes | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|--|-------|------------|-------------|
| Lista de espera prolongada | 126 | 21.8 | 34.8 |
| Pérdida de documentos | 50 | 8.6 | 13.8 |
| Equivocación en la información sanitaria | 84 | 14.5 | 23.2 |
| Error en la identificación del paciente | 35 | 6.0 | 9.7 |
| Citación errónea | 5 | 0.9 | 1.4 |
| Expediente incompleto [†] | 193 | 33.3 | 53.3 |
| Referencia y contrarreferencia | 13 | 2.2 | 3.6 |
| No envío a especialidades | 10 | 1.7 | 2.8 |
| No presenta expediente | 2 | 0.3 | 0.6 |
| No presenta consentimiento informado | 24 | 4.1 | 6.6 |
| Actitud contemplativa | 9 | 1.16 | 2.5 |
| Otros [‡] | 28 | 4.8 | 7.7 |
| Total | 579 | 100 | 159.9 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

[†]Se refiere a incumplimientos con la normatividad del expediente clínico que ponen en riesgo la salud del paciente.

[‡]Se refiere a incidentes adversos relacionados con información precisa del estado de salud del paciente, ingreso de forma inoportuna o distribución de tareas a personal sin capacitación.

Atención Médica, el cual señala: «Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionarle al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes»²².

En la relación médico-paciente, el objetivo principal es mejorar o restablecer el estado de salud del enfermo, y por ello es indispensable la comunicación. Sin embargo, los resultados mostraron que ocurrieron 299 incidentes relacionados con la información al paciente (71.2%), mostrando la mayor incidencia (82.6%). También esta categoría tan importante reveló inconvenientes en la comunicación entre el personal de salud (Tabla 7).

Incidentes relacionados con el diagnóstico

El proceso relacionado con el diagnóstico del paciente es determinante en la definición de las actividades que deben realizarse en las fases posteriores a su integración. En esta categoría ocurrieron 493 incidentes, agrupados en tres componentes: 1) retraso en el diagnóstico (32.5 %); 2) incumplimiento de los medios necesarios para integrar el diagnóstico

Tabla 7. Incidentes relacionados con la comunicación²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---------------------------------|-------|------------|-------------|
| Comunicación médico-paciente | 299 | 71.2 | 82.6 |
| Comunicación enfermera-paciente | 14 | 3.3 | 3.9 |
| Comunicación médico-enfermera | 10 | 2.4 | 2.8 |
| Comunicación médico-médico | 54 | 12.9 | 14.9 |
| Barrera idiomática | 1 | 0.2 | 0.3 |
| Otros† | 42 | 10.0 | 11.6 |
| Total | 420 | 100 | 116.0 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

†Se refiere a incidentes adversos relacionados con actitudes como hostilidad, no colaboración, desconsideraciones o agresión física, tanto del personal de salud como de pacientes o familiares.

Tabla 8. Incidentes relacionados con el diagnóstico²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---|-------|------------|-------------|
| Retraso en el diagnóstico | 160 | 32.5 | 44.2 |
| Error en el diagnóstico | 121 | 24.5 | 33.4 |
| Incumplimiento de los medios diagnósticos | 152 | 30.8 | 42.0 |
| Actitud contemplativa | 18 | 3.7 | 5 |
| Omisión del diagnóstico | 11 | 2.2 | 3 |
| Otros† | 31 | 6.3 | 8.6 |
| Total | 493 | 100 | 136.2 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

†Se refiere a incidentes adversos en pruebas o análisis no realizados, muestras no procesadas o resultados entregados de forma incorrecta.

(30.8%); y 3) error en el diagnóstico (24.5%) debido a fallas del conocimiento médico, lo que generó errores o sesgos en los criterios y las interpretaciones.

El diagnóstico es una de las labores fundamentales de los médicos; no es un fin en sí mismo, sino un medio indispensable para establecer el tratamiento apropiado en cada caso (Tabla 8).

Incidentes relacionados con los procedimientos

En esta categoría se detectaron 856 incidentes adversos, destacando de manera particular cuatro rubros importantes: 1) tratamiento médico ineficiente o ineficaz (respecto a la respuesta al tratamiento), en el cual se presentaron 236 incidentes (27.6%); 2) no agotar los medios de tratamiento, con 160 incidentes (18.7%); 3) realización de intervención quirúrgica ineficaz respecto al diagnóstico del paciente o realización de una cirugía incompleta, que sumaron 133

incidentes (15.5%); y 4) haber afectado un órgano durante la realización del procedimiento o intervención quirúrgica, con 92 incidentes (10.7%) (Fig. 1).

En esta categoría, además de concentrarse el mayor número de incidentes, la afectación en los pacientes fue de mayor impacto, ya que entre los incidentes reportados ocurrieron hemorragias y hematomas relacionados con el procedimiento o la intervención quirúrgica, afectación a un órgano durante el procedimiento efectuado, desgarros uterinos, neumotórax, dehiscencias de heridas quirúrgicas y textilomas.

Cabe insistir en que la CONAMED clasificó los incidentes con enfoque en la seguridad del paciente utilizando el concepto de incidente en todos los casos como «ocurrencia de circunstancias que causaron algún daño real o potencial sobre la salud de los usuarios», siendo este un contexto totalmente diferente a su categorización en función de la responsabilidad profesional en que puede incurrir el personal de salud por mala práctica.

Incidentes relacionados con la medicación

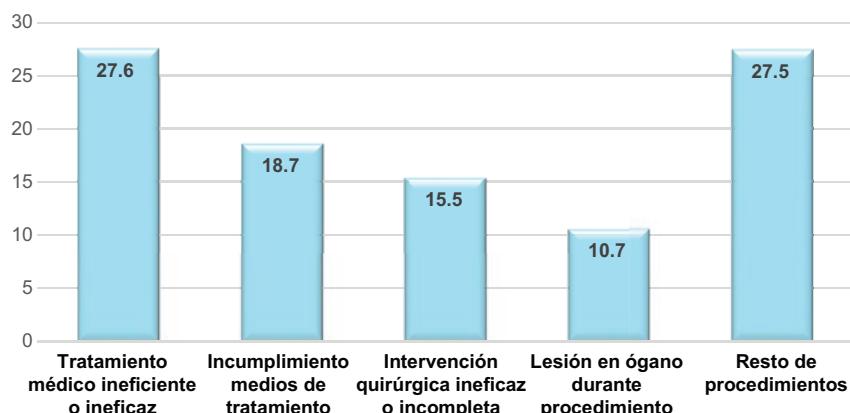
En este apartado se incluyen los incidentes o eventos adversos relacionados con la prescripción o la administración de medicamentos en forma inapropiada, así como las consecuencias del mal manejo de estos. La categoría en su conjunto incluyó 470 incidentes, representando el 14% del total de los incidentes reportados. Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado, y en consecuencia los errores de medicación son una de las causas más frecuentes de eventos adversos vinculados a la atención médica (Tabla 9).

Incidentes relacionados con los cuidados

En esta categoría se identificaron 333 incidentes, de los cuales 243 (73%) correspondieron a un inapropiado seguimiento de la evolución del paciente, siguiendo en importancia el egreso precipitado en 27 casos (8.1%), las consecuencias de la inmovilización prolongada en ocho casos (2.4%) y las úlceras por presión en siete casos (2.1%) (Tabla 10).

Incidentes relacionados con las infecciones asociadas con la atención a la salud

Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención médica están entre las principales causas de defunción y aumento de la morbilidad en los

Figura 1. Incidentes relacionados con los procedimientos²⁰.Tabla 9. Incidentes relacionados con la medicación²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---|-------|------------|-------------|
| Preparación inadecuada del medicamento | 63 | 13.4 | 17.4 |
| Náusea, vómito o diarrea secundario a medicación | 11 | 2.3 | 3 |
| Agravamiento de la función renal | 10 | 2.1 | 2.8 |
| Insuficiencia cardiaca y shock | 7 | 1.5 | 1.9 |
| Desequilibrio de electrolitos | 7 | 1.5 | 1.9 |
| Reacciones adversas a medicamentos | 16 | 3.4 | 4.4 |
| Errores de medicación | 78 | 16.6 | 21.5 |
| Dosis incorrecta del medicamento | 22 | 4.7 | 6.1 |
| Omisión de dosis o de medicación | 8 | 1.7 | 2.2 |
| Frecuencia de administración del medicamento incorrecta | 42 | 8.9 | 11.6 |
| Error de preparación o manipulación del medicamento | 54 | 11.5 | 14.9 |
| Monitorización del medicamento | 75 | 16.0 | 20.7 |
| Duración del medicamento incorrecta | 31 | 6.6 | 8.6 |
| Otros† | 46 | 9.8 | 12.7 |
| Total | 470 | 100 | 129.8 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

†Incidentes adversos relacionados con productos sanguíneos, de nutrición, supervisión inapropiada, así como reacciones adversas a agentes anestésicos, administración de medicamentos a paciente equivocado, mal control de la glucemia, o hemorragia digestiva alta relacionada con la medicación.

pacientes hospitalizados. La importancia de estos incidentes radica en que, teniendo un carácter preventible o evitable, ocasionan estancias hospitalarias prologadas, discapacidades a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costos adicionales para los sistemas de salud,

Tabla 10. Incidentes relacionados con los cuidados²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---|-------|------------|-------------|
| Inapropiado seguimiento de la evolución del paciente | 243 | 73 | 67.1 |
| Egreso precipitado | 27 | 8.1 | 7.5 |
| Consecuencias de la inmovilización prolongada | 8 | 2.4 | 2.2 |
| Úlcera por presión | 7 | 2.1 | 1.9 |
| Edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria | 7 | 2.1 | 1.9 |
| Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes) | 5 | 1.5 | 1.4 |
| Otros† | 36 | 10.8 | 9.9 |
| Total | 333 | 100 | 90.1 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

†Se refiere a incidentes adversos relacionados con factores de formación, entrenamiento o destrezas inadecuadas, complejidad del estado el paciente o redes de apoyo inadecuadas.

los pacientes y sus familias, así como defunciones. La tabla 11 muestra los incidentes encontrados en los 362 casos reportados.

Eventos centinela

Para modificar el impacto que la enfermedad produce en el paciente se deben reconocer las manifestaciones clínicas, integrar apropiadamente el diagnóstico y utilizar las estrategias terapéuticas en forma oportuna, para evitar en lo posible las complicaciones.

Atendiendo al acuerdo realizado por la Secretaría de Salud/Consejo de Salubridad General, por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de

Tabla 11. Incidentes relacionados con infecciones asociadas a la atención de la salud²⁰

| Incidentes adversos | Total | Porcentaje | Incidencia* |
|---|-------|------------|-------------|
| Infeción de herida quirúrgica | 44 | 40.3 | 12.2 |
| Neumonía nosocomial | 16 | 14.7 | 4.4 |
| Sepsis y choque séptico | 15 | 13.8 | 4.1 |
| Infeción del tracto urinario (nosocomial) | 12 | 11 | 3.3 |
| Infeción nosocomial sin especificar | 11 | 10.1 | 3 |
| Bacteriemia asociada a dispositivo | 6 | 5.5 | 1.7 |
| Otros† | 5 | 4.6 | 1.4 |
| Total | 109 | 100 | 30.1 |

*El denominador de la incidencia corresponde a los 362 casos.

†Se refiere a incidentes adversos relacionados con comorbilidad preexistente, factores como falta de conocimientos y destrezas apropiadas.

Tabla 12. Gravedad del daño²⁰

| Gravedad | Sexo | | Total | Porcentaje | | |
|-----------------|-----------|----------|-------|------------|--|--|
| | | | | | | |
| | Masculino | Femenino | | | | |
| | Casos | % | Casos | % | | |
| Daño permanente | 64 | 53.8 | 80 | 50.6 | | |
| Daño temporal | 34 | 28.6 | 62 | 39.2 | | |
| Muerte | 21 | 17.6 | 16 | 10.1 | | |
| Total | 119 | 100 | 158 | 100 | | |
| | | | 277 | 100 | | |

Salud, del documento denominado *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de septiembre de 2017, un evento centinela consiste en un hecho inesperado que involucra la muerte o un daño físico o psicológico grave, y que no está relacionado con la evolución natural de la enfermedad. Además, se consideran como evento centinela la cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o en el paciente equivocado; la muerte materna; la transmisión de una enfermedad o una afección crónica como resultado de una transfusión de sangre o de hemocomponentes, o del trasplante de órganos o tejidos; la fuga del paciente; el suicidio; la identificación errónea o el intercambio de un recién nacido, y el robo de un infante; la violación, el maltrato y el homicidio de cualquier paciente; la identificación errónea y el intercambio de un cadáver.

Los eventos se denominan «centinela» porque su ocurrencia alerta de que algo está fallando, y ese *algo* podría ser explicado por numerosas causas. Es importante hacer notar que el término «evento centinela» no es sinónimo de error o equivocación, ni sugiere responsabilidad legal en particular.

En este rubro, la CONAMED reportó 37 eventos en los que el paciente falleció; de ellos, 21 fueron hombres (56.8%) y 16 fueron mujeres (43.2%). El análisis de razón entre el número de defunciones (37) y los casos analizados (362) aportó globalmente el indicador de 10 defunciones por cada 100 casos, con distintivo comportamiento de la mortalidad según el sexo: 14 hombres y 8 mujeres por cada 100 casos.

Respecto al grupo de edad, en términos absolutos destaca la mayor frecuencia en el grupo de 65 años y más, con 16 defunciones (43% de las reportadas), siguiendo en importancia las defunciones ocurridas en menores de 1 año (cinco), que representaron el 13% del total, cifra idéntica a la correspondiente al grupo de 45 a 64 años.

La razón de mortalidad con el valor más alto se observó en el grupo de menores de 1 año (42 muertes por cada 100 casos analizados), seguido por el grupo de 10 a 14 años con una razón de 33 muertes por cada 100 casos analizados, y después por el de los adultos mayores, con 28 muertes por cada 100 casos atendidos. El valor más bajo correspondió al grupo de población entre 35 y 44 años, que con 69 casos solo tuvo dos defunciones, siendo la razón de mortalidad de tres muertes por cada 100 casos resueltos (Tabla 12).

Hay que puntualizar que la razón de mortalidad no hace referencia a una alta tasa de mortalidad como resultado de la atención médica, ya que para arribar a ese criterio analítico sería necesario revisar de manera concreta cada caso y determinar aquellos en los que hubo relación causal directa entre la atención médica y la defunción del paciente.

Lo mismo sucede en cuanto a la determinación del tipo de daño, pues no se precisa que existiera relación directa entre la atención médica y la afectación del paciente, y por lo tanto solo se puede considerar como un efecto no deseado en el paciente. En este rubro, la CONAMED estimó que en el 52% de los casos el paciente presentó un daño permanente (144 casos analizados), siendo más de la mitad mujeres (80), y refirió que hubo un daño temporal en el 35% de los casos (96 de ambos sexos), cuya distribución muestra una frecuencia relativa muy superior en las mujeres, ya que dos de cada tres casos son de este sexo y solo la tercera parte son hombres.

Es relevante el resultado de la evaluación de la atención médica en los diferentes servicios o especialidades vinculados al análisis de las quejas, lo cual se expone en la tabla 13.

Finalmente, cabe precisar que las quejas no se presentan únicamente cuando se cumplen requisitos

Tabla 13. Evaluación de la atención médica por servicio²⁰

| Servicio médico | Total de casos | Sin evidencia de mala práctica | Con evidencia de mala práctica | Porcentaje sin evidencia de mala práctica | Porcentaje con evidencia de mala práctica |
|-----------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Ortopedia y traumatología | 49 | 21 | 28 | 42.9 | 57.1 |
| Urgencias médicas | 44 | 16 | 28 | 36.4 | 63.6 |
| Cirugía general | 37 | 14 | 23 | 37.8 | 62.2 |
| Ginecología y obstetricia | 34 | 15 | 19 | 44.1 | 55.9 |
| Odontología | 31 | 5 | 26 | 16.1 | 83.9 |
| Oftalmología | 26 | 14 | 12 | 53.8 | 46.2 |
| Especialidades pediátricas | 26 | 11 | 15 | 42.3 | 57.7 |
| Consulta externa | 21 | 11 | 10 | 52.4 | 47.6 |
| Cirugía plástica y reconstructiva | 17 | 12 | 5 | 70.8 | 29.4 |
| Otorrinolaringología | 9 | 5 | 4 | 55.6 | 44.4 |
| Otros | 77 | 39 | 29 | 50.6 | 37.6 |
| Total | 362 | 163 | 199 | 45.0 | 55.0 |

de mala práctica y responsabilidad profesional; basta que el paciente o su familia estén insatisfechos con la atención recibida, ya sea desde el punto de vista técnico médico, por una relación médico-paciente inadecuada, o bien por la falta de respeto a los principios éticos vigentes, entre otros.

Reflexiones

En beneficio del paciente, la ética médica fomenta las buenas prácticas orientadas a proteger su vida, su salud y su dignidad.

El lema de la Alianza Mundial «Ante todo, no hacer daño» (el principio hipocrático *Primum non nocere*) articula la ética de la seguridad clínica, ya que los principios de no maleficencia y beneficencia obligan a evitar cualquier daño al paciente, así como a emplear todos los conocimientos y medios necesarios vigentes para cumplir con el deber de cuidado, lo que significa disminuir los riesgos en la atención médica y evitar los eventos adversos. Por su parte, el principio de justicia encuentra fundamento en el hecho de que el error y la falta de seguridad llevan implícita la falta de oportunidad, que en el ámbito hospitalario significa que todos los pacientes deben tener iguales oportunidades tratando de conseguir la mejor atención²³. Así también tiene protagonismo el principio de autonomía, que pone énfasis en la relación médico-paciente, siendo que el paciente debe participar en la toma de decisiones en su atención (elegir lo que debe o no debe hacerse en su persona), una vez

que ha sido informado. Esta toma de decisiones es un derecho que, para ser ejercido, previamente requiere información apropiada; es decir, el paciente, o en su caso su tutor o representante legal, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales. De igual forma, en los supuestos que así lo señale la normativa, el paciente tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen riesgo, para lo cual deberá ser informado de manera amplia y completa de en qué consisten los riesgos, los beneficios que se esperan y las alternativas, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia de la atención médica²⁴.

Los errores se repiten, y por ello, cuando se ha producido uno, es indispensable hacer una reflexión sobre los factores que pudieron ocasionarlo y actuar sobre ellos; sin embargo, de manera general, existe una tendencia natural de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud al ocultamiento, principalmente debido al temor a sanciones o demandas.

La precaución excesiva por evitar reclamaciones y demandas puede llevar a la medicina defensiva, más cara y contraria a la ética médica²⁵. En la medicina defensiva, las decisiones médicas no están basadas en el conocimiento científico, o bien surgen del mismo,

pero resultan innecesarias, incluso riesgosas, ya que no constituyen un requerimiento para el manejo apropiado del paciente. Esta forma de actuar debe considerarse mala práctica, pues ya sea de manera consciente o inconsciente resulta un ejercicio profesional éticamente inadmisible, que agrega enormes costos sin justificación ni beneficios para los pacientes, y que en muchos casos resulta perjudicial²⁶.

Las prácticas defensivas pueden ser evitadas en beneficio del paciente cuando el médico es consciente de sus fallas y de los riesgos, y busca corregirlos²⁷.

En nuestro país existen diferentes tipos de responsabilidad profesional (civil, penal, administrativa, laboral) en los que puede verse involucrado el personal de salud; en ese sentido, habrá eventos adversos que podrán ser causa de responsabilidad, pero otros quedarán al margen, al ser consecuencia de circunstancias fortuitas o de fuerza mayor que excluyen de responsabilidad.

Revisar por qué ocurren los eventos adversos es indispensable para establecer estrategias encaminadas a reducir su incidencia. Entre los factores que contribuyen a su ocurrencia se encuentran la falibilidad humana, la complejidad de los procesos, las deficiencias en los sistemas y la vulnerabilidad de las barreras preventivas²⁸.

La ética de la seguridad clínica encuentra indispensable revelar los errores, incluso los casi errores y aquellos sin consecuencias significativas, apostando por una gestión transparente de estos eventos que permita mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Ningún error debe ser archivado, pues su revisión de una forma honesta y abierta no solo es una obligación ética, sino que puede contribuir a aminorar sus consecuencias y mejorar la relación médico-paciente²⁹.

El imperativo de dar a conocer los errores ha sido abordado en el ámbito internacional. En México, la Secretaría de Salud, desde hace varios años, realiza acciones para atender este problema; entre ellas destaca la conformación de mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la finalidad de identificar aspectos cardinales de la seguridad del paciente que deben seguir los establecimientos de atención médica para abatir la presentación de eventos adversos, lo cual derivó en la emisión de un acuerdo mediante el que se declaró la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*³⁰.

Atendiendo a las recomendaciones internacionales para la seguridad del paciente, se puede considerar necesario:

- Establecer un enfoque sólido y permanente para conseguir liderazgo, investigación e instrumentos que permitan potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes.
- Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación, sean de carácter voluntario u obligatorio.
- Las actividades de evaluación de riesgos y el sistema de registro y notificación de eventos adversos deben formar la base del plan de calidad y seguridad del paciente en cada establecimiento dedicado a la prestación de servicios de atención médica.
- Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de profesionales y sociedades científicas.
- Implementar prácticas seguras en los diferentes niveles de atención.
- Fomentar la formación en seguridad del paciente en el pregrado y el posgrado de las disciplinas de la salud.
- Realizar la supervisión médica obligatoria por los responsables de cada una de las áreas y servicios a fin de encontrar procesos que puedan mejorarse, y medir periódicamente la ejecución de las actividades para validar los estándares que garanticen la calidad de los servicios y cumplir con las expectativas de los pacientes.
- Efectuar de manera periódica evaluaciones de los procesos clínicos de atención al paciente, a través de la conformación de grupos multidisciplinarios (auditoría médica), con retroalimentación, implementación de acciones de mejora y el seguimiento correspondiente.
- Presentar casos clínicos ilustrativos a las nuevas generaciones, que sirvan de apoyo a la toma de decisiones y al reforzamiento en la utilización de las guías de práctica clínica.
- Construir una cultura de seguridad basada en valores compartidos, orientada a reducir al mínimo los daños que podrían sufrir los pacientes como consecuencia de los procesos de atención.
- Difundir entre los pacientes, las familias y la población en general las políticas de seguridad del paciente.

Conclusiones

Lograr una atención médica segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los

diferentes componentes del sistema, lo que implica poner en práctica las conductas que han mostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallas y errores, aumentar su detección y aminorar sus consecuencias, así como continuar investigando sobre los factores que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Es indispensable desarrollar la cultura de seguridad a todos los niveles del sistema de salud, incluyendo a los usuarios, así como la formación de líderes, quienes deben trabajar para impulsarla y lograr su impacto sobre los procesos y sistemas críticos de cada organización de salud, para lo cual se requiere colaboración, compromiso y un enfoque sistémico y multidisciplinario.

Los derechos de los pacientes se verán protegidos en la medida en que los profesionales de la salud se conduzcan bajo los principios científicos y éticos de su profesión.

Los directivos de las organizaciones de salud deben asegurar las mejores condiciones posibles que permitan la mejora de la calidad de la atención y la reducción de riesgos, y lograr el máximo beneficio para el paciente.

La pertinencia, la viabilidad y la proyección futura de las organizaciones de salud en entornos sumamente cambiantes demandan líderes bien comprometidos y con una visión orientada a la eficiencia, que las transformen en entidades proactivas, de alta responsabilidad, centradas en el paciente.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran que no se tuvo ningún tipo de financiamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personal y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Washington, D.C.: 55.^a Asamblea Mundial de la Salud; 2002. p. 1-2.
- Ochoa Carrillo F, Dubón Peniche MC. Caso clínico de oncología. Cirugía oncológica y quimioterapia. En: Hacia una cirugía de excelencia. Análisis crítico médico legal. México: Alfil; 2013. p. 303-21.
- Mena P. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatr. 2008;79:319-26.
- Fajardo Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez FJ, Zavala-Villavicencio JA, Vicente González E, Venegas-Páez F, et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. Rev CONAMED 2012;17(1):30-43.
- Secretaría de Salud. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Distrito Federal, México: Fajardo DG & Hernández; 2102. p. 137.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial. Reformado el 25 de julio de 2006. p. 2.
- Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013. p. 1819.
- Lifshitz Guinzberg A. El futuro de la relación médico-paciente. Gac Med Mex. 2015;151:437.
- Gross R. Making medical decisions. An approach to clinical decision making for practicing physicians. American College of Physicians; 1999.
- Aguirre Gas H. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, tercera edición. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.; 2002. p. 31-43.
- Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Humanitas, Humanidades Médicas. 2005;8:145-60.
- Aguirre Gas H. Principios éticos de la práctica médica. Cir Cir. 2004;72:503-10.
- Luján Vallado R. Metodología para el análisis de casos. En: Hacia una cirugía de excelencia. Análisis crítico médico legal. México: Alfil; 2013. p. 87-101.
- Borrell-Carrión EF. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. Med Clin (Barc). 2007;129:176-83.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
- La Organización Mundial de la Salud y sus asociados instan a una intensificación de las investigaciones para mejorar la seguridad del paciente. Comunicado de prensa, 24 de septiembre de 2007. Oporto (Portugal), Ginebra.
- Aguirre-Gas H, G, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Cir. 2010;78:456-62.
- Secretaría de Salud. Decreto mediante el cual se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación, 3 de junio de 1996.
- Dubón Peniche MC, Romero Vilchis ME. Análisis de controversias en arbitraje médico. Revista CONAMED, [S.I.], v. 17, n. 3,ene. 2016. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/308/568>.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Informe estadístico sobre laudos concluidos (ARIEL) 2012-2016, septiembre 2017, 1-143.I.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 29. Diario Oficial de la Federación, última reforma 19 de diciembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008. p. 1-11.
- CONAMED. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, 2018.
- Summerton N, Graham JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. Lancet. 2006;368:240-6.
- Tena Tamayo C, Sánchez González J. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Mex. 2005;73:553-9.
- Fernández Varela H. Seminario sobre medicina y salud. Facultad de Medicina de la UNAM; agosto de 2017. p. 13.
- Organización Mundial de la Salud. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007. Disponible en: www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf
- Martín Delgado M, Cabré Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho, [S.I.], dic. 2015. p. 146-159. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14706>.
- Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Diario Oficial de la Federación, 8 de septiembre de 2017.