

El rol de las organizaciones médicas ante el evento adverso y errores médicos

Roberto Anaya Prado, José Víctor Pérez Navarro, Juan Bernardo Medina Portillo, José de Jesús González Izquierdo, Ernesto A. Ayala López

Introducción

Dada la intensidad del entrenamiento quirúrgico, muchos profesionistas asumen que una vez que un residente ha adquirido habilidades técnicas y conocimiento científico, su educación en la cirugía ha concluido. Sin embargo, las investigaciones realizadas en la industria de alto riesgo demuestran que la excelencia técnica no siempre garantiza resultados positivos. Porque los sistemas en donde los cirujanos trabajan son cada vez más complejos y debido al énfasis aplicado en seguridad y medidas de desempeño; los cirujanos deben contratarse no sólo como técnicos entrenados sino como líderes de equipos de alto rendimiento. Por su parte, los Colegios y Organizaciones Médico-Quirúrgicas deben orientar sus esfuerzos en la promoción de los estándares de atención quirúrgica más altos a través de la educación y la defensa de sus miembros y de los pacientes, además de apoyar programas y políticas que aseguren el acceso a cuidados médicos de alta calidad. Todo ello debería redundar en un menor número de errores médicos, menos conflictos laborales y menos costos de atención para el sector salud y la sociedad en general. Es imperativo que el cirujano conozca las atribuciones y responsabilidades de las diferentes organizaciones, sus derechos y responsabilidades y en general cómo puede ayudarse para evitar o disminuir en lo posible los eventos adversos y errores médicos y; cuando se presentan, poder atenderles con la responsabilidad que compete a cada instancia.

Estado actual del evento adverso y el error médico

Los escenarios para la Medicina en general y la Cirugía en particular han cambiado drásticamente para bien en las últimas décadas. Pensaríamos entonces que, hoy tenemos mejor calidad de atención, que los cuidados médicos realmente benefician a los pacientes y que hay menos conflictos para arbitraje médico.¹ Sin embargo, en un análisis realizado a principios del S. XXI acerca de la Medicina en México, FUNSALUD anticipó que para el

año 2003, una de cada cinco personas fallecería en el País por causa de Errores Médicos; y que esto conduciría a un incremento en la morbilidad, en los costos directos por la atención y finalmente todo esto conduciría a un mayor número de conflictos legales derivados de una mala calidad de atención.²

La magnitud del problema comenzó a tomar forma con la conclusión de los estudios de Harvard (1984) y de Utah, Colorado (1987) que pusieron de manifiesto que el 4% de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de daño por eventos adversos, que el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal y que el 14% de los incidentes son mortales.³ Adicionalmente, en diciembre de 1999, el Presidente Clinton solicitó a la Agency for Health Care Research and Quality un informe sobre los errores médicos y, en un plazo record de tres meses, esta agencia declaró abiertamente que los errores médicos son una de las principales razones de muerte y lesión en los EUA. Así, los Institutos Nacionales de Salud de los EUA publicó en 1999 en su libro "errar es de humanos, construyendo un sistema de salud más seguro" (*"to err is human. Building a safer Health system"*) que, entre 44,000 y 98,000 personas mueren en los hospitales de ese País anualmente como resultado de errores médicos.⁴ Esto significa que mueren más personas a causa de errores médicos que de accidentes vehiculares, cáncer del seno, o SIDA.⁴ La situación en la mayoría de los Países en desarrollo y en los Países con economías en transición es particularmente preocupante. El mal estado de la infraestructura y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de los desechos y en la lucha contra las infecciones hospitalarias, un deficiente desempeño del personal (por falta de motivación y compromiso o por deficiencias en sus conocimientos técnicos o académicos) y la grave escasez de recursos para financiar los costos que se requieren para un adecuado funcionamiento de los servicios de

Asociación Mexicana de Cirugía General, Colegio de Posgraduado en Cirugía General, Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General
Correspondencia: Dr. Roberto Anaya Prado.

Bld. Puerta de Hierro Núm. 5150. Int. 201B. Fraccionamiento Corporativo Zapopan. Zapopan, Jalisco. México 45110.

Teléfono y Fax: (33)38485410.

E-mail: robana@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

salud, hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más elevada que en las naciones desarrolladas.³

En México, según datos publicados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), hacia el 2006 hubo un incremento significativo en el número de demandas legales en los servicios de salud (Figura 1).⁵ De hecho, de 1,753 dictámenes médicos emitidos entre 1996 y 2000 por la propia CONAMED, se pudo documentar mala práctica en el 51% de los casos. Con esta información, dos aspectos saltan a la vista: las especialidades quirúrgicas tienen el mayor número de quejas y, el número de quejas incrementa exponencialmente año con año. Aunque, no en todos los casos se dictaminó evidencia de mala práctica. En particular, en lo que se refiere a la Especialidad de Cirugía General, la CONAMED dictaminó el ejercicio de responsabilidad médica en el 83% de un total de 18 casos analizados (Figura 1).⁵ Esto puede tener dos interpretaciones: o la sociedad está más informada, o se están cometiendo errores con mayor frecuencia, o ambos. De hecho, según informes de la propia CONAMED, hacia el 2009 las especialidades quirúrgicas seguían teniendo los primeros lugares en el número de quejas (Figuras 2 y 3).⁶

El conocimiento del error quirúrgico no es nada nuevo. Ernest A. Codman (1908), investigó sobre las causas de muertes no esperadas en el postoperatorio y, por lo que observó, se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía. Él los dividió en 4 grupos: 1) Aquellos errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades; 2) los que se debían a la falta de juicio quirúrgico; 3) aquellos generados por falta de cuidados o de un equipo, y; 4) por falta de habilidad en el diagnóstico. Desde entonces, él propuso que las sociedades quirúrgicas debían exigir a los cirujanos un seguimiento de los resultados de sus propios casos, con el único fin de conocer sus estadísticas y sus competencias. Sorprendentemente, y por esta propuesta, Codman fue expulsado de todas las sociedades quirúrgicas.⁷ Lo paradójico es que, en pleno siglo XXI, aun no es rutinario el registro y análisis de los errores quirúrgicos. Menos aún es prioritario, para las

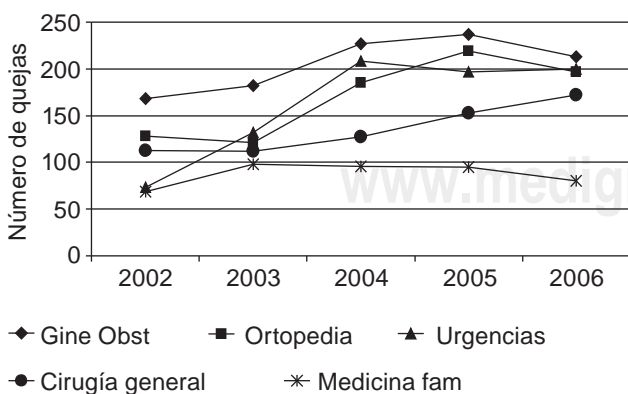


Fig. 1. Las principales quejas atendidas por CONAMED hasta el 2006 y que ponen de manifiesto un incremento sostenido.

instancias gubernamentales y hospitales individuales, el aplicar normas y mantener privilegios profesionales derivado del análisis de los errores.

Lo cierto es que hasta el 45% de los eventos adversos se producen en el paciente quirúrgico. De éstos, se estima que entre el 35% y 65% ocurren en el quirófano. Los estudios de seguridad en otras industrias de alto riesgo ponen de manifiesto que los eventos adversos se atribuyen primariamente a fallas humanas más que a desperfectos técnicos y por operadores experimentados. Habitualmente no es la carencia de experiencia técnica la responsable de esos eventos adversos.⁸ De hecho, cuando se realizan encuestas de actitud en el quirófano, el 74%, 68% y 44% de Cirujanos, Residentes y Enfermeras, respectivamente, admitieron haber cometido errores en el quirófano; pero ellos aceptan que éstos no son signos de incompetencia.⁸ En la génesis de

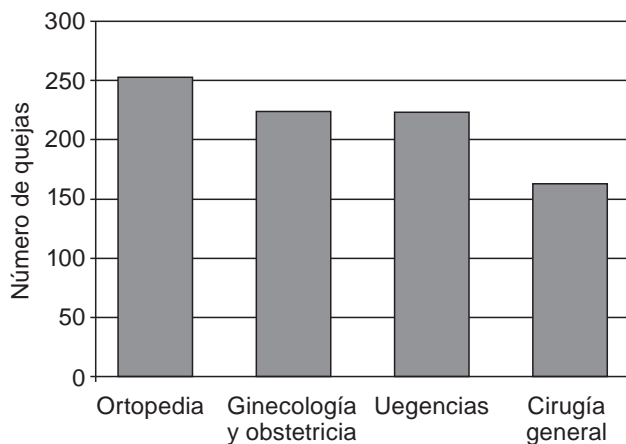


Fig. 2. En el 2009, las especialidades quirúrgicas conservaron los primeros lugares en queja. Información se encuentra disponible en http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2009_2.pdf.

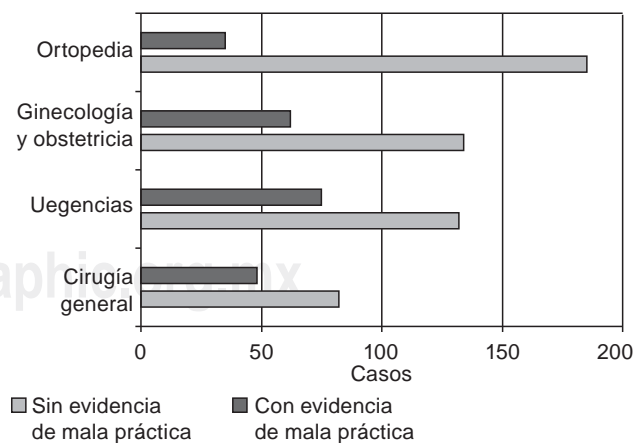


Fig. 3. Número de casos en que se documenta mala práctica en las especialidades con más quejas. Información disponible en http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2009_2.pdf.

los errores, el cirujano cree que éstos son el resultado de inexperiencia. Sin embargo, también contribuyen la ruptura en la comunicación, la fatiga y debilidad de habilidades cognitivas. De hecho, las habilidades no técnicas, como liderazgo, toma de decisiones, asertividad, etc., son una causa muy importante de errores en cirugía.⁹ Todos éstos son atributos que sí enmarcan una forma de inexperiencia humana, pero que nada tiene que ver con habilidades quirúrgicas.

Las responsabilidades de las organizaciones

Una de las preocupaciones de los cirujanos (médicos) cuando enfrentan una queja (denuncia), es precisamente lo que tiene que ver con las atribuciones, responsabilidades y obligaciones de las diferentes Organizaciones Gubernamentales, de las Instituciones públicas y privadas, de las agrupaciones Académicas y las propias del médico como parte del equipo sanitario. Aquí un acercamiento a estos principios.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Cuando, en el curso de la atención médica, se genera alguna irregularidad o deficiencia que conduce a daño en el paciente, éste puede solicitar la intervención de la CONAMED para que abra un expediente de queja. El único propósito de ésta (la CONAMED) es celebrar una audiencia conciliatoria (arreglo) entre las partes. Para ello deben cumplirse dos requisitos: 1) se debe notificar al prestador de servicio o su representante legal (médico o establecimiento sanitario) sobre las pretensiones del demandante, y; 2) ambas partes deben aceptar voluntariamente la intervención de la CONAMED. Si el prestador de servicios (médico o establecimiento sanitario) no acepta someterse al proceso arbitral, ésta no puede obligarlo. En su caso, hará un informe acerca de la negativa, salvaguardando los derechos del demandante para que pueda ejercerlo por otra vía, si así lo desea. En el caso de que el prestador de servicios acepte someterse al arbitraje por parte de CONAMED, éste deberá proporcionar para su análisis, entre otros documentos, copia del expediente clínico. La CONAMED dará curso a la queja siempre y cuando la inconformidad no haya sido planteada ante un juez; o cuando ambas partes hayan renunciado (o acepten renunciar) al juicio ante las autoridades judiciales y deseen continuar el proceso arbitral en la CONAMED. Es importante señalar que, el plazo para reclamar la reparación del daño o el reembolso de gastos es de dos años, que cuentan a partir del momento en que se identificó la posible mala práctica médica.¹⁰

Una vez aceptada la queja, el arbitraje se lleva a cabo en dos etapas: 1) la conciliatoria, y; 2) la decisoria. La primera tiene como finalidad que ambas partes lleguen a un arreglo, ya sea reparación del daño, reembolso de la suma erogada o incluso explicación de las razones que justifican que no hay mala práctica. Si no se llega a un arreglo, el expediente se turna para la segunda etapa, la decisoria. En esta etapa se firma una cláusula de compromiso de ambas partes para seguir adelante con el arbitraje hasta que se dicte un laudo (veredicto)

por parte de la CONAMED. En este orden de ideas, es importante que el prestador de servicio (Cirujano) y el demandante verifiquen que en todo este proceso prevalezca la buena fe, la imparcialidad, la objetividad y la confidencialidad.¹⁰

Responsabilidades del equipo sanitario

El médico está obligado a poner al servicio de los pacientes conocimientos, habilidades y destrezas con el único fin de resolver un problema de salud para el que es consultado. Sin embargo, no puede asegurar la curación. En este sentido, el médico debe apegarse a los tratamientos que la evidencia demuestra son los más efectivos y eficientes. Más aún, debe apegarse a principios éticos. Esto quiere decir, el médico debe evitar ser negligente y no realizar manejos para los que no tiene capacitación (pericia). Ser negligente es actuar con descuido u omitir procedimientos que se está obligado a realizar de acuerdo como lo marca la evidencia de mayor peso. Falta de pericia significa no tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para atender el caso en particular. En otras palabras, el médico está obligado a ser diligente y actuar con pericia, lo que se desprende de la información (notas médicas) que obra en el expediente clínico. Sin embargo, para que la CONAMED establezca la existencia de mala práctica, tendrá que documentar de manera clara una relación de causa – efecto. Es decir, que la negligencia o impericia debe ser causa necesaria del daño resultante.¹⁰

De la responsabilidad de las organizaciones: Asociaciones y colegios

Todos los Profesionales de la Medicina, y de la Cirugía en particular, podemos agremiarnos libremente en Asociaciones y Colegios Académicos. Las funciones de estas figuras van más allá que simplemente reunirse para hacer academia. Su objeto de fundación original es ese precisamente: realizar actividades académicas. Sin embargo, conforme ha avanzado el desempeño y las políticas del ejercicio Profesional en nuestro País, de la misma manera han cambiado los roles y responsabilidades de las Asociaciones y los Colegios. En particular en lo que se refiere a la defensa de sus miembros. Es importante que el cirujano tenga conocimiento claro de sus obligaciones como agremiado y de las responsabilidades de las organizaciones.

El marco Jurídico de los Colegios esta sustentado en: 1) la Ley Reglamentaria del Artículo 5º constitucional respecto al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal; 2) el Código Civil Federal; 3) el Tratado de Libre Comercio con Norteamérica, respecto a servicios profesionales (anexo 1210.5), y; 4) la Dirección General de Profesiones, Sección Colegios. Resaltamos algunas de las responsabilidades y funciones de estas reglamentaciones, sobre todo por la cantidad de Profesionales de la Medicina que no se encuentran agremiados a su Colegio Correspondiente:

- Vigilancia del ejercicio profesional con objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y moral

- Servir de árbitro en los conflictos entre profesionales o entre éstos y sus clientes cuando acuerden someterse los mismos a dicho arbitraje
- Fomentar la *cultura y las relaciones* con los colegios similares del país o extranjeros
- Velar porque los puestos públicos en que se requieran conocimientos propios de determinada profesión estén desempeñados por los técnicos respectivos con título legalmente expedido y debidamente registrado
- Expulsar de su seno, por el voto de dos terceras partes de sus miembros, a los que ejecuten actos que desprestigien o deshonren a la profesión. Será requisito en todo caso el oír al interesado y darle plena oportunidad de rendir las pruebas que estime conveniente, en la forma que lo determinen los estatutos o reglamentos del Colegio.
- Establecer y aplicar sanciones contra los profesionistas que faltaren al cumplimiento de sus deberes profesionales, siempre que no se trate de actos y omisiones que deban sancionarse por las autoridades.

Si bien muchas de las acciones que debiera ejercer un Colegio no son aplicadas en el día a día del ejercicio Profesional, queda clara la posición que tienen los Colegios en la vigilancia del ejercicio Profesional, es la remediación incluso de los casos remediabiles y servir en los procesos de arbitraje en los conflictos entre los profesionales y sus clientes.

Por su parte, el marco jurídico de las Asociaciones y Sociedades está sustentado en el Código Civil Federal, en el título décimo primero. Entre las funciones específicas de las Asociaciones y Sociedades se encuentran justamente las siguientes:

- Proporcionar educación médica continua
- Velar por el buen ejercicio profesional
- Promover la investigación
- Remediar los casos irremediabiles
- Fomentar la certificación
- Fomentar el trabajo con diligencia y pericia
- Fomentar las buenas prácticas
- Obtener seguro de responsabilidad Médica

Cuando el cirujano se ve involucrado en un conflicto con un cliente, parece lógico que solicite la intervención de su Colegio para que le “defienda” durante el proceso en la instancia donde se haya abierto el expediente. El estar agremiado, al corriente de las cuotas, el contar con un seguro de responsabilidad, etc. no son suficientes argumentos para que una Organización salga adelante para resolver una queja. Hay varias aristas que estamos obligados a discutir con toda imparcialidad antes de ofrecer una postura como Organizaciones Académicas. Por una parte, la Ley nos obliga o nos permite “defender” a ese cirujano en la queja. Pero, ¿Quién defiende al paciente del daño que se le causó, asumiendo que se haya documentado responsabilidad en el caso? Quizás para el cirujano, ese error o evento represente una estadística insignificante en sus años de ejercicio Profesional, pero; también representa el 100% de la esta-

dística para el paciente que sufrió el daño. Dependiendo la óptica con que se mire, es la gravedad del problema. ¿A quién debería defender entonces la Organización?: al cirujano que actúa sin diligencia y sin pericia y que no se actualiza?, ¿o al paciente que buscó atenderse con un cirujano que creyó estaba actualizado en la materia y está certificado para ejercer no sólo la especialidad, también el procedimiento que ofreció realizar?

Por supuesto, existe también el escenario en el que el cirujano hace su trabajo con ética y profesionalismo, con diligencia y con pericia. Sin embargo, los tiempos que corren son de una sociedad más informada, más exigente y, a veces, lastimosamente movida por otros profesionales de la especialidad. Por supuesto éstos son los incontables casos que se dictan como improcedentes y sin responsabilidad. Aun así, allí están las Organizaciones para apoyar a sus miembros. Independientemente de estos escenarios, las Organizaciones cumplen con su cometido y asesoran, defienden y orientan a sus agremiados en todos los procesos, sin tomar postura alguna.

Difícil situación para todas las partes. De allí el establecimiento de “derechos de los pacientes” y “derechos de los Médicos”.¹¹ Que paradójico que se tengan que escribir lineamientos para que los pacientes sepan lo que deben vigilar para “recibir” una atención de calidad y lo que los médicos deben recordar para “ofrecer” una atención de calidad. Como que se puede leer entre líneas una “defensa” de ambas partes ante lo que pudiera ocurrir o un “deslinde” de responsabilidades por lo que no pudiera presentarse como fue planeado.

Es claro que las Organizaciones Académicas están cumpliendo con su cometido y hacen bien su trabajo: organizan todo tipo de actividades académicas a lo largo del año, tienen sendos portales con información al alcance de los cirujanos, tienen revistas de actualización de la especialidad, producen boletines informativos, realizan cursos a distancia y en línea, fomentan la cultura de la legalidad y ética en el ejercicio profesional, incluso proporcionan asesoría quirúrgica, de investigación y legal, entre muchas otras actividades que acercan al cirujano a un ejercicio Profesional responsable, situaciones todas que son reales en el caso de la Asociación Mexicana de Cirugía General.¹² El cirujano debe asumir su compromiso y hacer uso de las actividades que le proporcionan su membresía.

¿Qué hacer cuando se presenta un evento adverso o un error médico?

Cuando se analiza en retrospectiva los casos en que ha existido responsabilidad, hay varias cosas en común que persistentemente se presentan: algo que hemos dado en llamar el “*ciclo del error*” (Figura 4). Justo en el momento en que el cirujano identifica que algo está mal con su paciente, que se ha cometido un error o algo salió mal, entra en un proceso de “negación” en donde no asimila (no acepta) que algo no está bien con el paciente, busca muchas explicaciones de lo que puede estar sucediendo, retarda la toma de decisiones para corregir el problema y finalmente “oculta” lo que está sucediendo. Para cumplir este cometido (velar lo que está sucediendo), el cirujano: reopera el paciente con otro equipo, lo cambia de hospital e

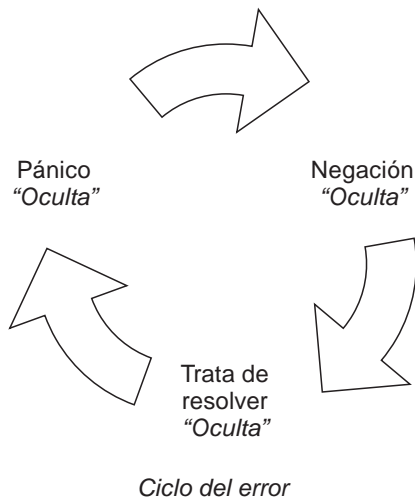


Fig. 4. Ciclo en el que la no aceptación de que algo está mal en la evolución del caso conduce a "ocultar" el estado del paciente de muchas maneras. El cirujano cae en pánico, busca ocultar aún más y los errores se multiplican.

incluso reopera solo. Las condiciones emocionales en que se encuentra no le permiten tomar decisiones adecuadas, el paciente se complica más y el cirujano busca seguir ocultando el problema con lo que entra en más pánico y sigue buscando ocultar el caso, muchas veces derivándole a una Institución pública para deshacerse de lo que considera es un problema. Allí, en la institución pública, el caso toma otro derrotero y casi siempre es desfavorable al cirujano.

Por su parte, revisando aquellos casos en los que las cosas no han salido bien y se ha buscado ayuda tempranamente, tiene un curso completamente diferente, e incluso las quejas se resuelven muchas veces favorablemente al cirujano. Lo recomendable es: 1) no entrar en pánico, 2) no entrar en la negación y aceptar pronto que algo no está bien con el paciente, 3) no tratar de resolver el caso en condiciones de estrés, 4) buscar una segunda opinión inmediatamente, antes que el propio paciente lo haga, 5) informar al paciente (sus familiares) que algo no está bien (comunicación), 6) verificar que el expediente esté bien integrado y con toda la información de acuerdo a la norma oficial y 7) apoyarse con su Colegio. Este proceso implica una serie de actitudes que involucran a la humildad, al trabajo en equipo y a la comunicación. Todos ellos se adquieren con dos cosas: 1) experiencia no profesional (madurez) y, 2) actualización médica continua que forma la base de la primera.

Tratándose del evento adverso y del error médico, la mejor recomendación es la de aplicar medidas preventivas. Es decir, actuar antes que se presenten estos eventos. De allí la corriente mundial en calidad de la atención, certificación hospitalaria y seguridad del paciente. Estas corrientes han traído al quirófano el modelo de capacitación del personal de aviación. De hecho, muchas Instituciones de salud han integrado en su comunidad

médica estos modelos de capacitación de la industria aérea. Por ejemplo, la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* incluye al entrenamiento del equipo como un elemento clave de su plan de seguridad para el paciente.¹³ La teoría detrás del entrenamiento del equipo quirúrgico y el sistema de aviación es que los sistemas complejos se rompen no por fallas en su ingeniería, mas bien porque la gente que los opera falla en interactuar de una manera que asegure efectividad y buenos resultados.¹³ El entrenamiento en aviación se centra en siete habilidades que deben poseer los líderes de equipos de alto rendimiento: 1) autoridad, 2) liderazgo, 3) comunicación, 4) conciencia situacional, 5) manejo de la carga de trabajo, 6) administración de los recursos, 7) toma de decisiones.¹⁴ Todas éstas son recomendaciones que todos los cirujanos podemos tomar como propias para mantener una práctica profesional responsable y evitar en lo posible fallas en el quirófano y que finalmente conducen a errores o a eventos adversos.

Referencias

1. Arenas-Márquez H, González-Ojeda A, Anaya-Prado R. Propuestas del Colegio de Especialistas en Cirugía General de Jalisco Para el Abordaje de los Conflictos en Salud. En: Alfonso Ramos Ramos, Alfonso Petersen Farah (eds). *Arbitraje Médico: Recursos para la Calidad de la Atención*. Gobierno del Estado de Jalisco, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, Secretaría de Salud Jalisco, Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, AC y la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. Primera edición. 2002: 235-242.
2. *Fundación Mexicana para la Salud*. <http://www.funsalud.org.mx/principal.html>
3. Gutiérrez-Vega R. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. *Revista CONAMED* 2007; 12: 4-7.
4. Cohn RT, Corrigan JM, Dolnaldson MD (eds). *To err is human. Building a safer Health system*. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington: DC. National Academy Press; 2000.
5. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Cir* 2008; 76: 355-361.
6. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/informe2009_2.pdf. Última visita: junio 28, 2011
7. Polk HC. Quality, safety and transparency. *Ann Surg* 2005; 242: 293:301.
8. Flin R, Yule S, McKenzie L, et al. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006; 4: 145-151.
9. Gawande A, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis and error reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133: 614-621.
10. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*: <http://www.conamed.gob.mx/servicios/pdf/PRIVADOS.pdf>. Última visita junio 28, 2011.
11. Tena-Tamayo C, Ruelas-Barajas E, Sánchez-González JM, et al. Derechos de los Pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 523-529.
12. *Asociación Mexicana de Cirugía General AC*. <http://www.amcg.org.mx>
13. Healey GB, Barker J, Madonna G. Applying aviation's CRM model in the OR. *Bull Am Coll Surg* 2006; 91: 10-15.
14. Healey GB, Barker J, Madonna G. Severn principles of CRM applied to surgery. *Bull Am Coll Surg* 2006; 91: 24-26.