

Seguridad del paciente

SECCIÓN A CARGO DE **SUBCOMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE^a**

“La verdadera calidad no está en las cosas que hace el hombre, sino en el hombre que hace las cosas”

CARLOS LLANO CIFUENTES

IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA (CAM) Y LA INTERACCIÓN MÉDICO-PACIENTE

El término **calidad** tiene sus raíces en la industria y sus definiciones han sido diferentes según Juran, Ishikawa, Deming a lo largo de la historia. En salud también hay diferentes definiciones de calidad pero todas coinciden en que debe haber un apego a normas preestablecidas; impersonalidad o neutralidad en el proceso evaluativo; espíritu de autoeducación continuada; referencia a estándares de comparación en el contexto de la Medicina Basada en la Evidencia; necesidad de un compromiso serio y profundo; ¹ mejora continua de la realidad encontrada. ^{2,3}

En 1980, *Donabedian*, define atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”. La buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.⁴ Es el padre de la llamada trilogía de los componentes que intervienen en la CAM: *estructura, proceso y resultado*.

Estructura son los factores que constituyen las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica: recursos materiales (instalaciones y equipamiento); recursos humanos (número, variedad, calificación del personal del equipo de sa-

lud); características de la organización (estructura y funcionamiento del equipo de salud, presencia de actividades de enseñanza e investigación, tipo de supervisión y revisión de desempeño); recursos financieros y formas de aplicarlos. En definitiva, incluye los soportes físicos, económicos, de personal, de formación, organización, etc., destinados a la atención de salud, incluyendo los conocimientos existentes y las capacidades y habilidades del personal.^{5,6}

Proceso son todos los momentos de contacto que tiene el paciente con el personal de salud de la institución. Comprende las actividades que constituyen la atención médica: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación del paciente; en general llevada a cabo por personal profesional.

Resultado es el impacto de los procesos sobre la salud de los pacientes, a posteriori del acto médico. Los resultados o outcomes, son definidos como los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual.

Evaluando cada componente de esta trilogía, se puede determinar qué tipo de CAM se obtiene. Los procesos son los que más motivo de queja provocan en los pacientes (75%), siendo más importante la interacción de la díada agente de salud-paciente que las comodidades edilicias. Una pequeña parte de esa díada es la INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE con sus distintos aspectos.

La medicina ha cambiado y continúa cambiando día a día, prolongando la vida, convirtiendo enfermedades mortales en crónicas, disminuyendo las enfermedades infectocontagiosas, con el aumento de las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, en un marco indefinido sobre la de-

a. MIRIAM AGUIRRE, CLAUDIA BERRONDO, VIRGINIA BIERMAYR, PAULINA CENDRERO, MARCOS CHUNFLIN, MARÍA INÉS FERNÁNDEZ ACHÁVAL, JOSEFINA FERNÁNDEZ DÍAZ, MÓNICA GAREA, JULIA GRUNBAUM, IN JA KO, MARÍA ANA MEZZENZANI, ANA NIEVA, CECILIA ROBLEDO, SILVIA ROUCH, SILVANA SALERNO, FABIÁN SALGUEIRO, ÁNGELA SARDELLA, LORENA TORREIRO.



cisión de cuál es el límite de prolongar la vida más allá de lo que decidan los pacientes. Y es en este contexto, en el que la medicina, con una orientación paternalista de 25 siglos de antigüedad y protagonista en las decisiones sobre la terapéutica de los pacientes, pasa a tener una acción interactiva, frente a la aparición de los derechos humanos y los principios de la ética, involucrando la autonomía del paciente. En el proceso actual de la relación médico-paciente, el médico le ofrece las alternativas terapéuticas al paciente, le explica los riesgos del tratamiento y del rechazo del mismo y el paciente decide la alternativa conveniente. Pero ¿es así?, ¿el paciente es siempre libre de tomar sus decisiones? El profesional debe promover el bienestar de sus pacientes, aplicando el principio de beneficencia, en el marco de una medicina cada vez más compleja. Lo que implica que el paciente debe entender las recomendaciones propuestas por el profesional y tomar la elección correcta entre todas las opciones posibles, aplicando el principio de autonomía. Pero esto se debe desarrollar dentro de una economía responsable donde se deben satisfacer necesidades infinitas, con recursos finitos, actuando con equidad, para que todos los individuos tengan las mismas oportunidades terapéuticas aplicando el principio de justicia. El paciente asistido en un hospital público, ¿puede entender las alternativas de tratamiento que le ofrece el profesional, con la vulnerabilidad de su enfermedad? Cuando el médico le pide al paciente que firme el consentimiento informado (CI), ¿el paciente está dando su consentimiento porque realmente entiende todo lo que involucra el procedimiento o está firmando un documento, un simple formalismo que le pide el médico para que se pueda realizar el procedimiento? ¿se le da la información que el paciente necesita? ¿o en la vorágine de la vida médica, en el apuro del “pase el que sigue” todo da lo mismo?, ¿cuánto tiempo se necesita para que el CI sea asumido con el propósito para el que se originó?, ¿cuántas veces el profesional pregunta sobre la comprensión de lo que informó?, ¿o esta pregunta va a hacer que la entrevista se prolongue y no le interesa? O en una consulta de urgencias, ¿quién le pregunta si entendió la indicación? ¿Cuántos profesionales lo hacen? ¿Quién le pregunta al paciente si hay algo más que desea saber? En el caos de una guardia, ¿Cuántos consideran que esto es importante? ¡Ni pensar en hacer un interrogatorio que no tenga que ver con la consulta actual! ¿Son culpables los

médicos de este cambio en la relación médico-paciente?, ¿Los sobrepasa la demanda y la urgencia? ¿Están hartos? ¿Cansados? ¿Mal remunerados? ¿Cuántos profesionales preguntan a sus pacientes, si saben leer, antes de darles una indicación escrita? En el siglo XXI el analfabetismo en Argentina es del 4%, siendo uno de los lugares con mayor deserción escolar el noroeste argentino.⁷⁻⁹

AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La autonomía está relacionada con distintos factores externos que la influyen de alguna forma, como la comunidad en la que se desarrolla el paciente; la tradición de la misma; la información que recibe; la circunstancia en que se encuentra; la vulnerabilidad; la competencia; la capacidad; la libertad; la autenticidad; etc., como lo explica Torralba en “Los límites del principio de la autonomía”. Allí hace un profundo análisis de la autonomía y de todos los factores que actúan sobre ella. El individuo estaría libre de elegir entre distintas opciones, pero éste siempre está influenciado por distintos factores exógenos, entonces no existe el libre albedrío puro, ya que estaría sesgado por ellos.¹⁰ Según Faden y Beauchamp las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. La autonomía del individuo, entonces, es un tema complejo. Y siempre está influenciada por algún factor social, cultural, comunitario, económico y depende de la situación individual de cada paciente. Entre estos factores externos está el conocimiento recibido, que es parte del constructo de nuestro pensamiento, nuestras acciones y nuestras decisiones. Y como dice Edgard Morín: *“Para ser nosotros mismos nos hace falta aprender un lenguaje, una cultura, un saber y hace falta que esa misma cultura sea suficientemente variada como para que podamos hacer, nosotros mismos, la elección dentro del surtido de ideas existentes y reflexionar de manera autónoma. Esa autonomía se nutre, por lo tanto, de dependencia; dependemos de una educación, de un lenguaje, de una cultura, de una sociedad, dependemos, por cierto, de un cerebro, él mismo producto de un programa genético, y dependemos también de nuestros genes.”* El conocimiento impartido durante la educación del individuo no solamente ayuda al individuo a saber leer y escribir, sino que es el medio para poder hacer que sea libre de poder elegir, pensar, analizar, en la forma más independiente posible.^{11-15.}

INFORMACIÓN

Por otro lado, está la información que el médico le ofrece al paciente. ¿Es imparcial? Cada ser humano es único y tiene sus intereses, sus pensamientos, su educación, entonces su información también puede estar sesgada y no ser objetiva. Todos los seres humanos ponemos subjetividad en todos nuestros actos, y el médico no escapa a esta premisa (por ejemplo, al cambiar el tono de voz, o al querer recomendar una elección, sin darnos cuenta). Hay que tratar de ser lo más objetivo que se pueda, aplicando el principio de no maleficencia (*primun non nocere*) y actuar con “prudencia” frente a actos médicos, (Santo Tomás de Aquino, la describe como una virtud y para él, sus partes integrantes son: Inteligencia, razón, docilidad, providencia, circunspección y precaución, la memoria y la sagacidad). Pero la realidad es que, en algunos casos, hay mucha imprudencia, falta de consideración por el paciente o la patología que porta. Parece que todo da lo mismo, informar sobre una patología banal y un melanoma, lo que demuestra que algo está mal, y si no somos capaces de darnos cuenta, estamos demostrando que el utilitarismo está impregnado en la profesión.¹⁶⁻¹⁹

Hay muchos aspectos que cambiar en la atención médica, porque cada paciente merece la mejor atención posible (beneficencia), escuchando sus problemas, comunicándole con paciencia y prudencia toda la información y las indicaciones necesarias y tratando a cada paciente, según la dificultad que presenta, adaptándolas a su conveniencia (no maleficencia) y brindándole el tiempo necesario, dejando que tome la decisión adecuada, siguiendo sus valores (autonomía), brindándole todas las alternativas existentes para su tratamiento (justicia), tratando de comprenderlo y no generando una consulta no resuelta y una demanda insatisfecha.

Hay mucho que mejorar en la relación médico-paciente. Cada ser humano, es un fin en sí mismo y tiene un valor intrínseco que supera lo cronológico, lo económico y el status social. El utilitarismo sigue siendo usado inconscientemente en la decisión que toman los profesionales, porque los recursos son limitados y al elegir entre dos individuos que compiten por una cama se lo puede aplicar. ¿Quién tiene derecho a esa cama? ¿Un analfabeto o un universitario exitoso? ¿Un pobre o un rico? ¿Un joven o un anciano? Justamente para equilibrar la balanza nacen los derechos humanos, en la Asamblea de las Naciones Unidas en 1948.^{20,21}

Entonces el médico, inmerso en este contexto, debe dar la información en forma imparcial, respetar la autonomía del paciente, teniendo en cuenta sus limitaciones, para que éste pueda seleccionar, dentro de las opciones posibles, la más adecuada. Toda atención médica es un proceso en el que intervienen muchos factores y la intervención médica, es solo una parte, por eso TODOS los factores deben mejorar para que la CAM mejore, como ha sido analizado en *To err is human*.²²

Los derechos del paciente deben ser respetados y son inherentes a la calidad humana del personal de salud que está en contacto con el paciente. La comunicación es imprescindible para que la relación médico-paciente sea lo suficientemente estrecha y genere la confianza necesaria. Es necesario prolongar el tiempo de esta interacción, que cada paciente pueda satisfacer todas sus inquietudes y el profesional poder abrirle todo el abanico de posibilidades.

Cada eslabón dentro de la extensa cadena por la que el paciente deambula dentro de las instituciones de salud es importante y todas deben ser adecuadas. Estos contactos son los llamados momentos de verdad.²³ Por eso la calidad, ligada a la seguridad, debe abrirse tanto para el horizonte del paciente como para el del equipo de salud. La relación es recíproca y si alguna de ellas tiene deficiencias irá en deficiencia de la CAM.²⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Paneque Rosa E.; Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Indicadores de calidad y eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una mirada actual; Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1):17-36.
2. Escudero C.H, et al; Manual de Auditoría Médica, Editorial Dunken, Septiembre 2013, Buenos Aires, Argentina.
3. Agrest, Alberto, “Reflexiones sobre comités de seguridad.” <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
4. Septiembre 2008. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
5. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich. 1980.
6. Williams Guillermo I.; Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Calidad de los Servicios de Salud, Director de Programas y Servicios de Atención de la Salud, MSAS. EEUU.
7. Medrano González F. Proyecto de un programa de calidad para el complejo Hospitalario de Albacete. 2002. <https://sites.google.com/site/franciscomedranogonzalez/Home/proyecto-de-un-programa-de-calidad-para-el-chua>



8. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Censo Nacional de Poblaciones, Hogares y Viviendas 2010. http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadros-Definitivos/analisis_censo_feb12.pdf
9. Informe de seguimiento de la EPT (Enseñanza para todos) en el mundo, 2013-2014. Enseñanza y aprendizaje: lograr la calidad para todos, ediciones UNESCO, pág. 64. 501 pg.
10. UNESCO, Actas de la Conferencia General, 13ª Reunión, París 1964. Resoluciones. París: impreso por Joseph Floch. Mayenne. 1965.
11. Torralba Roselló F. Los límites del principio de autonomía. Consideraciones filosóficas y bioéticas. *Ars Brevis* 2000; (6): 355-376.
12. Prat E H. El principio de autonomía: una nueva perspectiva. En Conferencia de clausura del Máster de Bioética, Pamplona, 23-V-2009.
13. Siegler M. "Critical Illness: The limits of Autonomy". *The Hasting Center Report*, 1977; 7 (5):12-15.
14. Dworkin G. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press, 1988: 38.
15. Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*, Edit. Gedisa. Barcelona, 1995: 98-99.
16. Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Editorial Masson. Barcelona. 1999
17. Selles JF. La virtud de la prudencia según Santo Tomás de Aquino (II), *Cuadernos de Anuario Filosófico*, Navarra, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Navarra, 1999, n°90.
18. Jonsen AR, Siegler M y Winslade J. *Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*, Barcelona, Editorial Ariel, 2005.
19. Torres RM. Educación en la sociedad de la información. Presentado en la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información. Túnez. Nov. 2005.
20. Resolutions and decisions, and list of participants. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA28/2005/ REC/1):108—110.
21. WHO. Resolution WHA58.28. E-Health. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16--25 May 2005. Volume 1.
22. Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas – 10/12/1948. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_
23. Ley 26.529 - jus.gob.ar – Infoleg. Ministerio de Justicia y Derechos humanos. Presidencia de la Nación.
24. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; To Err is Human: Building a Safer Health System* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
25. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/.../Diagnóstico%20de%20los%20momentos...> Diagnóstico de los momentos de verdad en los servicios de urgencias.