

La razón de ser de cualquier sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población objeto, meta que deben lograr sus profesionales mediante actitudes, procedimientos y procesos que, más allá de procurar, deben garantizar el mejor resultado posible para el paciente, su familia y la comunidad en general. Dada esta misión sectorial, la comunidad fundamenta su relación con los prestadores en el principio de confianza y hace que sus expectativas con respecto a la calidad del servicio sean muy altas.

Por ello, las fallas y, más aún, los eventos adversos atribuibles a errores de los procesos de atención son inaceptables y considerados como una traición por la sociedad. Cualquiera entiende y acepta que volar en un avión implica algún grado de riesgo, pero nadie está dispuesto a aceptar que acudir a un servicio asistencial pueda representar un riesgo adicional, así éste sea mínimo, al propio o inherente a su quebranto de salud.

La confianza en los servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más prestigiosas y rigurosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar (1, 2).

Estos autores encontraron que hay "una cantidad importante de lesiones inflingidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención subestándar", y concluyeron diciendo que "la reducción de estos eventos requerirá identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias".

Los hallazgos anteriores fueron tema de discusión entre miembros de la comunidad científica, pero no trascendieron al público general, hasta que en 1999 el documento *Error es humano* (3), del Instituto de Medicina de Estados Unidos, reportó que en sólo este país ocurren entre 44 mil y 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos. Sea este el momento para decir

Posición del Centro de Gestión Hospitalaria ante el XVI Foro Internacional (junio de 2007)

Gestión clínica: seguridad del paciente

Palabras clave:

Gestión clínica



que la expresión *error médico* no debe traducirse literalmente, pues sugiere que los errores son siempre del médico cuando en realidad se refiere a errores que ocurren durante o a lo largo de todo el proceso asistencial. Por este motivo proponemos hablar de *errores del proceso clínico-asistencial* y no de errores médicos. Esta alarmante información impactó a los comunicadores, quienes la divulgaron a través de diferentes medios, y sirvió para despertar el interés por la calidad de los servicios de salud, no sólo en Estados Unidos, sino en el mundo entero.

Si bien es cierto que la inquietud por el mejoramiento continuo de los servicios de salud, tal como la conocemos hoy, es relativamente reciente, también lo es el hecho de que los prestadores, específicamente los médicos, desde la antigüedad, han propuesto métodos y conductas que evidencian dos hechos: primero, que admiten la posibilidad de que en medicina se cometan errores; segundo, la oportunidad de aprender de los errores de la práctica diaria, para evitarlos.

Si nos remontamos a la era prehipocrática, encontramos que para entonces hechicería y curandería eran sinónimos y que fue Hipócrates quien primero hizo la distinción entre una y otra. Contrario a otras escuelas de la época, en que los practicantes de las artes curativas dependían de ritos y magias, los seguidores de Hipócrates presentían un origen natural, causal, de la enfermedad, basándose en observaciones empíricas, y esbozaron teorías etiológicas y de tratamiento que se anticiparon a la medicina científica moderna.

Pero para el tema que nos ocupa, lo más destacable de los textos hipocráticos es la forma como se entremezclan las observaciones clínicas y la ética (4) y el énfasis recurrente en los peligros inherentes a la práctica médica y en la necesidad de que los médicos tengan buen juicio para tomar decisiones y humildad para admitir su falibilidad (5).

Los textos hipocráticos describen métodos diagnósticos y fallas terapéuticas, con el propósito explícito de beneficiar a futuros médicos. El famoso libro de cirugía de la escuela hipocrática, titulado *Sobre las fracturas*, se inicia con el compromiso de discutir los errores. Textualmente dice: “Debo

en consecuencia mencionar los errores médicos que quiero enseñarles para que ustedes no los cometan” (6). A lo largo de toda su obra, Hipócrates insiste en que la modestia y la prudencia, lejos de disminuir, incrementan y valorizan los poderes del médico.

Para esta escuela, además de la humildad que requiere el médico para aprender de los errores, tanto de sus colegas como de los propios, el reconocimiento de que la práctica médica tiene una dimensión moral, en la medida en que involucra ciencia y arte, dadas la vulnerabilidad de los pacientes y el riesgo que implican las terapias, es otro de los factores clave de lo que hoy denominaríamos *factores hipocráticos críticos*, para lograr el mejoramiento de la calidad.

Este concepto está bella y claramente expresado en el juramento hipocrático, cuando de manera breve y sintética integra la competencia médica con la ética al comprometer a los médicos a “seguir el régimen que de acuerdo con su habilidad y juicio consideren benéfico para el paciente y se abstengan de todo aquello que sea deletéreo o nocivo” (7).

El hecho de que el juramento hipocrático sea de naturaleza individual ilustra cómo para los antiguos la calidad en la prestación del servicio se sustentaba en virtudes personales, más que en responsabilidades colectivas o de grupo. Más aún, la calidad era un esfuerzo individual, posible a través de competencia personal, humildad para aprender y dedicación al bienestar de los pacientes.

En la Edad Media, la Iglesia tuvo una enorme y determinante influencia en la medicina. Durante este período de la historia, las enfermedades del cuerpo y del espíritu llegaron a estar tan imbricadas que médicos y sacerdotes tuvieron responsabilidades similares ante el individuo y la comunidad.

Como resultado, el principio de humildad se orientó a lo que pudiera denominarse el apostolado del servicio, con lo que el progreso y la mejoría de la efectividad de las prácticas médicas se estancaron durante siglos y tuvieron que esperar hasta el Renacimiento y comienzos del siglo XVIII, época en la que se dieron avances significativos

en lo que a comprensión y tratamiento de la enfermedad se refiere. Estos progresos, como veremos, se fundamentaron en buena parte en el principio de humildad médica, orientada al aprendizaje propuesto por Hipócrates algo más de mil años antes.

Para mediados del siglo XVIII, ser miembro de la profesión médica significaba haber realizado unos estudios universitarios sin currículo estándar como lo conocemos hoy. No había un concepto unificado de salud y enfermedad y los doctores lanzaban teorías más con el ánimo de competir entre sí que de acertar en el momento de tratar a un paciente. Con el propósito de corregir esta situación de laxitud moral en que había caído la práctica médica, en Inglaterra se propuso mejorar el juramento hipocrático mediante la adopción de una ética profesional de servicio virtuoso a una misión científica superior. Este fue el origen de una serie completa de conferencias sistemáticas de ética para médicos. En ellas se les invitaba a contribuir al progreso de la misión curativa de la medicina mediante una actitud humilde, abierta al aprendizaje continuo, sin pecar por exceso de confianza en sí mismos.

Uno de los autores más respetados de la época, y quien fuera el promotor de muchas de estas ideas, fue el médico inglés John Gregory (8), quien escribió: “siento que el presente estado imperfecto de nuestro arte debe motivarnos a mejorarlo, no sólo por amor a él, sino por un principio de humanidad”, para significar que aceptar errores y contribuir al avance de la ciencia son deberes morales de los médicos. Pero fue más allá cuando expresó:

“Estimo que entre los deberes morales de los médicos, la sinceridad es una virtud necesaria que les facilita aceptar y rectificar sus errores. La adherencia terca a un método no exitoso de tratamiento se debe a un alto sentido de vanidad e infalibilidad [...] Algunas veces también ocurre que la obstinación se origina en un defecto del corazón. Hay médicos que se dan cuenta de que están equivocados, pero son demasiado orgullosos para aceptar su error, especialmente si este es señalado por algún miembro de su profesión. Miles de vidas se han sacrificado por este tipo de orgullo.” (9).

Estos conceptos se importaron a Estados Unidos y comenzaron a hacer parte del marco ético-científico de la formación médica de ese país. Thomas Bond (10), conocido como “el padre de la medicina clínica” en Estados Unidos, decía que el carácter de un médico lo demostraban su disposición a aceptar sus errores y a usar la ciencia para mejorar la calidad. Por su parte, Benjamin Rush (11), quizás el más famoso médico norteamericano del siglo XVIII, decía a sus estudiantes que si como médicos combinaban las virtudes personales de honestidad y humildad con la observación empírica y el compromiso de mejorar continuamente la medicina, estarían creando una nueva medicina y una nueva era de felicidad para la humanidad.

Estos líderes, pioneros de la medicina estadounidense, adoptaron los principios de la ética gregoriana (John Gregory) y del mejoramiento médico continuo basado en observación e investigación científica, pero, como siempre hasta la época, en un contexto moral personal, más que de grupo o profesional. De hecho, estos ideales de virtudes individuales fueron adoptados en los códigos redactados por las sociedades médicas a comienzos del siglo XIX, por ejemplo, el Sistema de Ética Médica, de Baltimore (1832).

Para la misma época, comienzos del siglo XIX, el pensamiento de un prominente médico inglés, Thomas Percival, transformó de manera radical los conceptos éticos médicos predominantes, al definir los deberes éticos como asuntos de categoría profesional, más que de carácter personal. En su trabajo, publicado con el título de *Ética médica* (1803), propuso un campo bien definido de responsabilidades de grupo, que denominó *ética profesional*, siendo esta la primera vez que se usó este término (4).

En concreto, propuso que la conducta impecable en el ambiente hospitalario debía derivarse de la responsabilidad del grupo, más que del carácter individual solamente. Por ejemplo, recomendó rondas médicas en las que cada médico diera su opinión, comenzando por los más jóvenes, con el fin de que ellos sometieran su conocimiento y acciones propuestas a un control autorizado.

También propuso el establecimiento de un registro hospitalario en el que se incluyera toda

Thomas Percival,
transformó de manera
radical los conceptos éticos
médicos predominantes, al
definir los deberes éticos
como asuntos de categoría
profesional, más que de
carácter personal.

la información relevante e interesante de los pacientes, junto con sus datos demográficos, diagnósticos, tratamientos y desenlaces, con el propósito de que sirviera a los médicos para comparar el éxito de sus prácticas respectivas y, a través de ello, estimular la investigación de las causas de las diferencias.

En resumen, desde la antigüedad y hasta comienzos del siglo XIX, las virtudes personales de los médicos sobre las que se fundamentaron tanto la ética como la calidad fueron similares, pero evolucionaron de ser una simple disposición a dar lo mejor de sí y de la humildad acerca de lo que la medicina podía ofrecer, a la obligación de compartir información relacionada con errores y de aprender de los colegas. Es decir, la calidad, de concebirse como una obligación individual, comenzó a verse como una responsabilidad grupal.

Esta evolución se le debe en gran medida a Percival. De hecho, el *Código de ética médica*, de la Asociación Médica Americana (AMA), publicado en 1847 (12), se inspiró en el trabajo de Percival. John Bell, a su vez, reconoció que los ideales hipocráticos, con respecto a los deberes de los médicos, nunca fueron tan bellamente ejemplificados y resaltados como lo fueron en la obligación de trabajar juntos, en especial para promover la salud pública, recomendada por Percival (13).

El *Código de ética médica* de 1847 propuso a los médicos asumir una serie de obligaciones frente a la comunidad, mientras ésta, a cambio, le otorga a la profesión una serie de privilegios importantes, entre los que sobresale la libertad de establecer sus propios estándares profesionales. En otras palabras, la sociedad le confiere autonomía a la profesión médica. Casi inmediatamente surgió la discusión acerca de qué significa autonomía profesional y el interrogante sobre si los estándares promulgados por la profesión son de carácter obligatorio para todos los médicos o si, por el contrario, éstos son libres de fijar sus propios estándares.

Aunque en los primeros años las respuestas no fueron contundentes, desde finales del siglo XIX autonomía profesional significa que la profesión médica establece y hace cumplir los estándares de calidad de la práctica. Poco después de fundada la AMA se crearon comités para establecer estándares de educación médica, medicina práctica, cirugía, obstetricia, literatura médica y publicaciones. La reciprocidad era clara: los médicos individuales se beneficiaban de las prerrogativas profesionales y sociales obtenidas por la AMA; mientras ellos, a cambio, se comprometían a seguir las recomendaciones establecidas por sus comités.

La urgente necesidad de estos estándares lo ilustra el hecho de que en un período de nueve años (1840-1849) sólo una tercera parte de los aspirantes a cargos quirúrgicos aprobó los exámenes respectivos, situación que se atribuyó a preparación insuficiente y a falta de idoneidad en anatomía, patología y medicina clínica.

Con Richard Cabot (14), profesor de medicina y ética de la Universidad de Harvard, se produjo un cambio drástico en la orientación de la formación de los médicos. Para él la caballerosidad de las maneras no es lo importante, lo realmente crítico desde el punto de vista ético es la habilidad para tratar efectivamente la enfermedad, lo cual, además de competencia individual, frecuentemente implica trabajar con otros, incluidos los no médicos. A esta ética se le denominó *ética de competencia*.

En un escrito titulado *Ética médica en el hospital* (4), Cabot subraya la importancia de

la cooperación entre los múltiples profesionales encargados del cuidado del paciente, del adecuado almacenamiento y cuidado de las historias clínicas y de la resolución de conflictos relacionados con la atención por parte de comités. Su convencimiento con respecto a la necesidad de una ética de competencia para desempeñarse adecuadamente en un hospital lo llevó a hacer un análisis de mil autopsias practicadas en el Hospital General de Massachusetts, estudio en el que encontró una frecuencia alta de errores diagnósticos.

La publicación de estos resultados y de los de otro similar lo hicieron blanco de múltiples críticas y de acusaciones por faltar a la ética, según sus colegas, por descubrir públicamente sus fallas. No obstante, para él, la práctica ética es competente, mientras la práctica incompetente es inmoral. De esta manera, la competencia profesional se ubicó en el centro de la ética médica.

Este enfoque condujo a una revisión completa del sistema de educación médica. Para ese momento, la mayor parte de las facultades de medicina tenían ánimo de lucro y carecían de afiliación universitaria. En consecuencia, no tenían las facilidades para enseñar ciencias básicas ni medicina clínica.

En 1910, Abraham Flexner, en un reporte titulado *Educación médica en los Estados Unidos y Canadá: un informe de la Fundación Carnegie para el avance de la enseñanza* (15), hizo públicas las profundas deficiencias de la educación médica y recomendó una reducción drástica del número de facultades de medicina: de 155 a 31.

La aceptación general de la ética de competencia, además de inducir un cambio profundo en la educación médica, también contribuyó a reconceptualizar la práctica clínica. A pesar de los esfuerzos de aquellos que en el siglo XIX propusieron que la práctica de la medicina era una mezcla de arte y ciencia, la verdad es que estos conceptos continuaban divorciados a comienzos del siglo XX.

Para los practicantes, la medicina era arte; mientras que para los académicos, ciencia. Con el advenimiento de instrumentos como el

estetoscopio, el tensiómetro, el laringoscopio y el oftalmoscopio, y de mediciones como la temperatura corporal, la hemoglobina y el azúcar en la sangre, la práctica diaria se acercó a la ciencia. En respuesta a la inclusión de estas técnicas científicas en la práctica diaria, los médicos tuvieron que tornarse autocríticos, cualidad que acercó su proceder al principio de humildad propuesto por Hipócrates, Gregory y Bond, años atrás. Es decir, a una humildad no orientada al servicio apostólico a la luz de los designios de Dios, sino a una humildad orientada al aprendizaje, cuyo propósito es mejorar la ciencia médica para beneficio de los pacientes, la sociedad y la humanidad.

Ernest Codman (16), en 1910, siguiendo la línea de Cabot, escribió: "Todo hospital debe seguir a todo paciente por períodos suficientes para establecer la efectividad del tratamiento, para luego preguntarse 'si no lo fue, por qué no'", con miras a prevenir fallas similares en el futuro. Para él, la calidad implica obtener el resultado previsto para el paciente, motivo por el cual es necesario emprender acciones tendientes a lograrla por parte de las organizaciones, especialmente de los hospitales.

En protesta por la resistencia de sus colegas del Hospital General de Massachusetts a usar desenlaces clínicos como base para medir la calidad profesional, Codman renunció a su cátedra en la Universidad de Harvard. Su trabajo es visto en la actualidad como precursor de nuevos paradigmas en medicina: foco en desenlaces y, posteriormente, medicina basada en la evidencia (17).

Los aportes de Gregory, Percival, Cabot y Codman, a lo largo de algo más de cien años, lograron transformar el mejoramiento de la calidad de un esfuerzo individual basado en virtudes personales de los médicos, a una obligación compartida y, finalmente, a un desafío para hospitales, claro está, con los doctores desempeñando un papel definitivo.

La primera mitad del siglo XX fue un período de grandes avances científicos, como la identificación de múltiples agentes causales de enfermedades infecciosas y, para 1940, la introducción de la penicilina. Estos adelantos tuvieron un importan-

tísimo impacto en la mortalidad y calidad de vida de la población, lo que posicionó a la medicina y a los médicos como verdaderos héroes frente a la sociedad y como poseedores de una enorme autoridad. Esta autoridad se usó bien la mayoría de las veces, pero contribuyó a fundamentar la práctica sobre un principio de paternalismo y a reducir las tantas veces recomendada humildad de los médicos, para reconocer su falibilidad.

En la década de los setenta se introdujeron dos conceptos, ambos derivados de los trabajos de Gregory, Cabot y Codman. El primero de ellos fue el de que los estudios probabilísticos son la mejor evidencia acerca de qué intervenciones son eficaces; el segundo, que la mejor práctica es aquella que utiliza los resultados de la investigación en el cuidado de pacientes individuales.

En la medida en que la evidencia estadística mostró correlación sólida entre intervenciones asistenciales y resultados, nació el gran movimiento moderno conocido como *medicina basada en la evidencia* (18), el cual, a su vez, sirvió de base a los protocolos o guías de atención, que no son nada diferente a recomendaciones explícitas de tratamiento para situaciones específicas, fundadas en investigación validada estadísticamente.

La implementación de las guías de práctica ha tenido toda suerte de dificultades y críticas, y ha sido objeto de gran resistencia por parte de los médicos clínicos (19), algo que no debe sorprendernos a la luz de la historia del mejoramiento de la calidad a lo largo de los años.

Si bien los médicos están interesados en mejorar la calidad de lo que hacen, las guías desafían la forma tradicional de práctica, en la que se valora enormemente la habilidad del profesional para tratar pacientes individuales con base en su juicio clínico acumulado durante años y muy poco o nada su capacidad para seguir instrucciones provenientes de estudios masivos. En otras palabras, esta es la versión moderna del antiguo conflicto entre la medicina como arte y la medicina como ciencia.

Simultáneamente, con el movimiento de la medicina basada en la evidencia, cuyo foco es el mejoramiento de la calidad de la atención medida

como resultados clínicos, han surgido movimientos que, al menos aparentemente, se le oponen y han contribuido de manera determinante a que se sumen fuerzas en contra de las guías de manejo.

El primero de ellos es la confusión entre mejoramiento de la calidad y control de costos. El costo creciente de los servicios de salud ha hecho que con frecuencia las guías de manejo se hayan utilizado para contenerlo, lo cual, inevitablemente, ha generado preocupación y sospecha entre médicos y pacientes acerca de la verdadera intención detrás de las guías.

Por otra parte, tal vez más importante para los médicos, es el hecho de percibir las guías como un atentado contra la autonomía profesional. Aunque este concepto se originó, tal como se dijo antes, en la prerrogativa que la sociedad le otorgó a la profesión médica como grupo para establecer y hacer cumplir estándares de calidad, con el tiempo se transformó, al menos para algunos, en una licencia para practicar sin control, aun por parte de pares. Esta interpretación es diametralmente opuesta a su significado original y desconoce el motivo por el que la profesión obtuvo su derecho a autorregularse, es decir, su compromiso de establecer estándares obligatorios para todos.

Es predecible que estas inquietudes éticas y profesionales terminarán cediendo ante los hallazgos científicos crecientes acerca de los múltiples problemas de calidad que afectan la prestación de los servicios de salud, tal como fue mencionado al comienzo de este documento. Con ello, el mejoramiento de la calidad, entendida como obtener los resultados deseados, una necesidad que desde la antigüedad ha sido reconocida, terminará siendo el factor diferenciador de las organizaciones exitosas.

Conocer la evolución histórica de la forma como la medicina se ha practicado a través de los siglos es útil para entender que el compromiso moral de la profesión médica con el mejoramiento de la calidad de atención que reciben los pacientes, ha adoptado variadas y diferentes formas de acuerdo con la época y con el estado del conocimiento, pero siempre ha estado presente.

Los líderes tienen que discutir asuntos de seguridad con el personal asistencial, incluir temas de seguridad en la inducción de personal, asignar altos directivos a los equipos de mejoramiento de la seguridad y monitorizar sus resultados con frecuencia.

La forma que este compromiso tiene que adoptar en la época actual, dada la abrumadora evidencia con respecto a frecuencia de fallas, errores y eventos adversos que pueden evitarse, no puede ser diferente a generar las condiciones necesarias para hacer de la prestación de los servicios asistenciales una práctica segura y de las instituciones de salud organizaciones altamente confiables.

Incrementar la seguridad de los pacientes es un imperativo moral, no una opción, que requiere ante todo humildad para reconocer que cometemos errores y tener una actitud no punitiva frente a ellos, para facilitar su reporte. Si los errores se ocultan por miedo al castigo, jamás será posible analizarlos, entender su causa y, mucho menos, aprender de ellos para evitarlos.

Por lo anterior, cualquier política institucional o gubernamental que pretenda conocer y reducir la frecuencia de errores y eventos adversos tiene que comenzar por garantizar confidencialidad y no castigo para quien reporta (20), excepto en tres circunstancias: la primera, cuando la conducta es criminal, es decir, cuando hay intención de hacer daño; la segunda, cuando existe violación consciente y voluntaria de una norma de seguridad

explícita; y, finalmente, cuando hay ocultamiento del error.

Si quien reporta un error es sometido al escarnio público o a una sanción ejemplarizante, como suele denominarse este tipo de respuesta, lo único que se logra es fomentar el ocultamiento, conducta que en nada contribuye a mejorar la calidad, ni mucho menos a generar una cultura de seguridad. Por el contrario, una cultura que recompensa el reporte y penaliza el ocultamiento es la base necesaria para construir organizaciones confiables, es decir, organizaciones en las que los pacientes reciben las pruebas diagnósticas, los medicamentos, la información y los procedimientos terapéuticos que requieren, oportunamente, bien ejecutados y de acuerdo con sus valores y creencias. Estas organizaciones han transformado su cultura comenzando por cambiar la pregunta ¿quién cometió el error?, por una nueva ¿qué ocurrió? (21). No se trata de identificar reos para sentarlos en el banquillo de los acusados, sino de reconocer los errores para prevenirlos.

Lo anterior sólo se logra cuando los líderes posicionan la seguridad de los pacientes como una prioridad estratégica. No se trata de convertir la seguridad en un programa o meta anual, sino de definirla como una verdadera prioridad estratégica y permanente, al punto de que encabece la agenda de todos los colaboradores en la institución (21).

Los líderes tienen que invertir tiempo discutiendo asuntos de seguridad con el personal asistencial, incluir temas de seguridad en la inducción de personal, asignar altos directivos a los equipos de mejoramiento de la seguridad y monitorizar sus resultados con frecuencia. Sólo cuando el personal asistencial se convence de que la seguridad de los pacientes es una preocupación auténtica de la alta dirección institucional y de que el reporte de los errores no conduce a una sanción sino que, por el contrario, genera reconocimiento y, más importante aún, acciones concretas orientadas a mejorar los procesos de atención, se habrá sembrado la semilla definitiva de una cultura de seguridad.

Cuando esta semilla se siembra y germina en las organizaciones, es cuando la aplicación de herramientas específicamente diseñadas, ya sea para

analizar procesos con el propósito de hacerlos más seguros, o para reportar errores y eventos adversos, o para buscar sus causas raíz, serán exitosas y útiles (22). Por el contrario, su implementación en una organización cuya cultura no se ha trabajado y cambiado previamente no va a tener éxito y puede terminar teniendo resultados negativos sobre la misma cultura y sobre la calidad de atención.

Resumiendo lo dicho, podemos afirmar que la preocupación por la calidad de atención que reciben los pacientes ha existido desde, por lo menos, la era hipocrática, es decir, desde hace cerca de 2.500 años, y que a lo largo de todo este tiempo ha estado estrechamente ligada con el compromiso ético de los médicos. El concepto ha evolucionado de ser una responsabilidad individual basada en virtudes personales, a una colectiva (profesional), respaldada en el conocimiento científico y, finalmente, a una sistémica que involucra múltiples actores.

Conocer esta evolución es fundamental para entender, por una parte, la contribución de los médicos a los enormes logros de la medicina en lo que a calidad medida por resultados se refiere —por ejemplo, disminución de mortalidad y aumento de la expectativa de vida al nacer—; por otra, los factores que se oponen a la participación plena de los médicos en los procesos de calidad.

La profesión continúa en medio de tensiones entre la humildad para reconocer errores y aprender de ellos y el orgullo por los grandes logros. Estas tensiones son en buena parte el origen de barreras que dificultan una más decidida participación, no obstante lo cual, la historia demuestra que los médicos sí han desempeñado un papel preponderante en el mejoramiento de la calidad de atención.

Creemos que el momento actual es crítico y muy oportuno para que los médicos y todo el personal del equipo de salud asuma el desafío basado en argumentos éticos y prácticos. Entre éstos hay que destacar el hecho de que el compromiso de promover el mejoramiento de la calidad cimienta la confianza de la comunidad médica y, por ende, su autonomía como grupo para autorregularse. Siendo fieles a este compromiso la atención va a

mejorar y, al tiempo, será posible reconquistar parte de la autonomía perdida en tiempos recientes.

Si la profesión cumple con autorregularse mediante estándares de atención sustentados en los mejores hallazgos científicos disponibles, la sociedad gana (porque es la directa beneficiaria de una atención de calidad) y la profesión gana (porque se hace innecesaria la intervención de terceros para regularla). Para aprovechar esta oportunidad es fundamental entender el momento histórico. Esta comprensión debe facilitar cambios en la actitud, tanto de los médicos hacia el mejoramiento continuo de la calidad como de muchos administradores hacia la implementación y aplicación de estándares a la manera de “receta de cocina”.

Es el momento para que el mejoramiento continuo de la calidad de atención que reciben los pacientes, de la cual la dimensión de seguridad es prioritaria, sea parte integral de la rutina diaria de todo el personal del equipo de salud y no una carga adicional, paralela a su trabajo, impuesta desde afuera.

Abordar el problema de seguridad de los pacientes desde esta perspectiva histórica es, igualmente, útil para las entidades rectoras, reguladoras y de control del sistema, en particular para que sus políticas sean efectivas en el mediano y largo plazo. Éstas deben comenzar, como se expresó, por al menos no dificultar, pero ojalá por facilitar, inducir e incentivar cambios culturales que transformen a las instituciones de salud en organizaciones altamente confiables, en las que los errores son vistos como oportunidades de aprendizaje y no como conductas a las que se responde siempre con una sanción.

Una política de seguridad del paciente que comience por hacer obligatorio el reporte de errores y eventos adversos por parte de las instituciones, para que éstos sean investigados por terceros y, finalmente, terminen en una sanción de cualquier índole, lejos de reducir la frecuencia y gravedad de aquellos, lo único que va a lograr es incentivar el ocultamiento y, con éste, un escenario en el que las cifras tienden a la perfección pero todo sigue igual.

REFERENCIAS

1. Brennan TA, Leape LL, Laird MN, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324(6):370-376.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird MN, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324(6):377-384.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health care system*. Washington DC: National Academies Press; 1999.
4. Jonsen AR. *A short history of medical ethics*. New York, Oxford University Press, 2000.
5. Hipócrates. *Aforismos*. Barcelona (España), Editorial Obelisco, 2002.
6. Burns Ch R. *Legacies in Medical Ethics*. New York, Science History Publications, 1977.
7. Miles S H. *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine*. New York, Oxford University Press, 2004.
8. McCulloch L B. *John Gregory and the Invention of Professional Medical Ethics and the Profession of Medicine*. Dordrecht (The Netherlands), Kluwer Academic Publishers, 1998.
9. McCulloch L B. *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*. Dordrecht (The Netherlands), Kluwer Academic Publishers, 1998.
10. University of Pennsylvania Health System. History of Pennsylvania Hospital. On line: <http://www.uphs.upenn.edu/paharc/features/tbond.html>
11. Signers of the Declaration of Independence. Benjamin Rush. On line: <http://www.ushistory.org/declaration/signers/rush.html>
12. Code of Medical Ethics of the American Medical Association. Chicago IL, American Medical Association Press, 1847.
13. Baker R B, Caplan A L, Emanuel L L, Latham S R. *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1977.
14. Dodds T A. Richard Cabot: Medical reformer during the progressive era (1890 – 1920). *Ann Int Med*. 1993; 119:417-422.
15. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin Number Four. New York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
16. Mallon, Bill. Ernest Amory Codman: The End Result of a Life in Medicine. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
17. Luce J M, Bindman A B, Lee P R. A Brief History of Health Care Quality Assessment and Improvement in the United States. *West J Med*. 1994; 160:263-268.
18. Guyatt G, Cairns J, Churchill D. (Evidence-Based Medicine Working Group). «Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.» *JAMA*. 1992; 268:2420-2425.
19. Sheckelle P G. Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programs? (Commentaries). *Qual Saf Healthcare*. 2002; 11:6.
20. Lawton R, Parker D. Barriers to Incident Reporting in a Healthcare System. *Qual Saf Healthcare*. 2002; 11:15-18.
21. SEGURIDAD DEL PACIENTE: primero, cultura justa (Artículo Editorial). *Via Salud*. 2007; 39:2-5.
22. Kerguelén C. La teoría de las Organizaciones Altamente Confiables en el contexto de la seguridad de los pacientes. *Via Salud*. 2007. 39:6-13.