

Atención de salud segura: ¿estamos a la altura?

Debemos estar

En los ocho meses desde que hicimos el llamado para los artículos para este número especial del *BMJ* dedicado a los errores médicos, el paisaje ha cambiado considerablemente. En Gran Bretaña el Bristol Inquiry ha seguido concentrando la atención profesional y pública en la seguridad del paciente de una manera sin precedentes tanto por su profundidad como por el grado de compromiso.(1) En los Estados Unidos la publicación reciente del informe "*Errar es Humano*" por el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias(2) recibió una cobertura extraordinaria de los medios de comunicación así como respuestas inmediatas a sus recomendaciones por parte del Presidente y del Congreso.(3)

El "movimiento" de prevención de errores se ha acelerado claramente. Según lo prueban los documentos en este número, importantes cambios están ocurriendo en la manera de pensar y llevar a cabo nuestro trabajo diario. Para los médicos en ejercicio, algunas de las ideas y prácticas descritas aquí quizá sean como para encaminar el pensamiento o al menos para expandir la mente. Pero la mayoría de las apreciaciones y las soluciones, pensamos, tendrán resonancia para todos los que se esfuerzan en prestar atención segura a los pacientes. Todos los médicos, después de todo, han tenido la experiencia inoportuna de convertirse en lo que Wu ha llamado "la segunda víctima," participando en un error o lesión de pacientes y sintiendo el consiguiente sentimiento de culpa o remordimiento como profesionales responsables.(4) Familiares, también, son los hallazgos de Helmreich en cuanto a que los médicos, como los pilotos, tienden a sobreestimar su capacidad para funcionar perfectamente en condiciones adversas, como bajo presiones de tiempo, fatiga, o mucha ansiedad.(5)

Algunas de las soluciones informadas aquí son tan sencillas como enseñarles a los médicos de las salas de urgencias a leer *radiografías*; otras requieren una inversión de capital.(7) El nuevo mundo de la automatización descrita por Macera y por Gaba parece aún más cercano,(8 9) y, aunque cada nueva tecnología introducirá inevitablemente nuevas formas de error, es tiempo para que la medicina introduzca la era de la computadora. Ahora debemos esperar que el toque de difuntos suene por última vez para la receta escrita a mano; y el registro médico en papel, un dinosaurio que ha esperado largo tiempo para su extinción, puede finalmente estar en camino hacia los sistemas automatizados mucho más útiles y confiables.

Pero, varios de estos autores nos advierten que, hacer los cambios mas fundamentales y duraderos que tengan una repercusión principal sobre la seguridad del paciente es

mucho más difícil que instalar sencillamente nuevas tecnologías. No hay ningún "arreglo rápido". Debemos re-examinar todo que hacemos y rediseñar nuestros muchos y complejos sistemas para hacerlos menos vulnerables al error humano. (10 11) Los cambios necesarios son tanto culturales como técnicos. La creación de una cultura de la seguridad requiere atención no solo al diseño de nuestras tareas y procesos, sino a las condiciones bajo las cuales trabajamos—horas, calendarios y volúmenes de trabajo; cómo interactuamos uno con el otro; y, quizás lo que es más importante cómo adiestramos a cada miembro del equipo de atención de salud para participar en la búsqueda de la atención de pacientes más segura.

Ya hemos aprendido mucho de las experiencias tempranas de la reducción de errores de las organizaciones de atención de salud. En primer lugar, hemos descubierto un reservorio inmenso de creatividad y motivación entre los trabajadores de salud de todas las clases. Cuando se da la oportunidad de ayudar, cuando las barreras de la vergüenza y el castigo se levantan los médicos, las enfermeras, los farmacéuticos, y otros trabajan ansiosamente para mejorar la seguridad, ejecutando mejores prácticas o desarrollando nuevas.

En segundo lugar, hemos aprendido que el liderazgo es un ingrediente esencial del éxito en la búsqueda de la seguridad, como lo es en toda empresa de mejora de calidad. A falta de compromiso de los líderes profesionales y de las organizaciones, los esfuerzos serán fragmentarios y no coordinados y tendrán sólo efectos menores. Necesitamos liderazgo a todos los niveles. Aunque los "campeones" locales—médicos, farmacéuticos, o enfermeras—pueden, por su entusiasmo, motivar a otros a que realicen las mejoras, los cambios mayores en los sistemas requieren dirección y apoyo desde arriba—líderes que comuniquen su propio compromiso al insistir en la seguridad como una meta de organización explícita apoyada por recursos suficientes. La prueba, según nos dice Reinertsen, es que los gerentes generales se sienten personalmente responsables de cada error. (12)

En tercer lugar, hemos aprendido que el problema del error médico no se debe fundamentalmente a la falta de conocimiento. Aunque claramente tenemos mucho más para aprender sobre cómo hacer nuestros sistemas seguros, ya sabemos mucho más de lo que ponemos en práctica. Medidas sencillas de sabida eficacia, como la dosificación de unidades, marcar el lado correcto antes de la cirugía en órganos pareados, y 24 horas de disponibilidad de farmacéuticos y médicos de urgencias, son a menudo pasadas por alto. Solo la atención de salud se niega a aceptar lo que otras industrias peligrosas han reconocido hace tiempo: el desempeño seguro no puede esperarse de trabajadores que son privados de descanso, que trabajan turnos dobles o triples, o cuyos requerimientos del trabajo incluyen múltiples

prioridades urgentes. Basado en el conocimiento actualmente disponible, cambios constructivos y eficaces para mejorar la seguridad del paciente pueden empezar inmediatamente.

Si podemos movilizar nuestros recursos y hacer la seguridad nuestra prioridad, la atención de salud puede hacer extraordinarios avances en los próximos años. Pero la cultura de culpa y acusación nos encadena con demasiada frecuencia. El logro de la cultura que nosotros necesitamos—una de aprendizaje, confianza, curiosidad, pensamiento de sistemas y responsabilidad ejecutiva— será inmensamente difícil. Más difícil todavía, ahora debemos realizar este cambio cultural bajo el foco de un público que recién ha despertado y que, dado nuestros antecedentes, es naturalmente dudoso que la atención de salud pueda, por sí misma, hacer lo que debe hacer. En efecto, la duda del público en nuestro compromiso quizá sea demasiado bien fundada. En verdad, ninguna otra industria peligrosa ha logrado seguridad sin presión externa sustancial. Las industrias seguras son, en términos generales, altamente reglamentadas. Los antecedentes de la atención de salud al no actuar en más de tres decenios de acumular pruebas de errores médicos ofrecen abundancia de munición a los que reclaman que debemos ser obligados a hacer lo que, en el fondo, es correcto.

La necesidad es obvia, y el mandato es claro. ¿Responderemos adecuada y suficientemente rápido? ¿Los hospitales y las organizaciones de atención de salud conseguirán ser suficientemente serios, actuar suficientemente rápido acerca de la seguridad del paciente? ¿Harán los cambios que son necesarios y estarán dispuestos a considerarse responsables del logro de mejoras? ¿Podemos aceptar la legitimidad del derecho del público a saber cuando ocurren graves accidentes, y podemos honrar la expectativa legítima del público de que admitamos nuestras equivocaciones, investigarlas y hacer los cambios necesarios prevenirlas en el futuro? Según entramos al nuevo siglo, una vieja lección clave es que todos se benefician de la transparencia. Tanto la seguridad de nuestros pacientes como la satisfacción de nuestros trabajadores requieren un ambiente abierto y no-punitivo donde la información libremente se comparta y la responsabilidad sea ampliamente aceptada. Estamos preparados para cambiar? ¿O dilataremos y disimularemos—para lamentar posteriormente cuando el retroceso reglamentario inevitable ocurra? Para algunos puede parecer que la carrera por la seguridad del paciente acaba de empezar, pero la paciencia del público que nosotros servimos ya se está acabando. Nos están pidiendo que prometamos algo razonable, pero más de lo que alguna vez hemos prometido anteriormente: que no serán dañados por la atención que se supone los ayudará. No les debemos a ellos nada menos, y esa deuda debe ahora ser pagada.

Lucian L Leape, *profesor adjunto de política sanitaria*
Escuela de salud pública de Harvard, Harvard University,
Boston, MA 02115, EUA

Donald M Berwick, *gerente general*
Instituto para el Mejoramiento de Atención de Salud, Boston,
MA 02215, EUA

Lucian Leape y Donald Berwick son los editores invitados de
este
Número temático.