



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Cárcamo Quezada, César

Los eventos adversos ¿objetivos o consensuados?

Acta Bioethica, vol. 18, núm. 2, noviembre, 2012, pp. 231-235

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55424952011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Los eventos adversos ¿objetivos o consensuados?

César Cárcamo Quezada¹

Resumen: Un evento adverso no es un problema objetivo, ya que no es la medición ni su cuantificación lo que constituye a un problema como un dominio de explicaciones y afirmaciones, sino que la aplicación de criterios compartidos de validación de las explicaciones causales por una comunidad de observadores en sus experiencias. Proponemos que un evento adverso es un problema solo si podemos distinguirlo consensuadamente como tal, por tanto se trata de una construcción social. La pregunta crítica no es dónde trazar la línea, sino quién la puede trazar. Diferentes interpretaciones de un mismo incidente son siempre posibles. En efecto, al poner la objetividad entre paréntesis nos damos cuenta de que lo real está especificado por una operación de distinción y que existen tantos dominios de realidad como tipos de operaciones de distinción. Como resultado, los hechos objetivos desaparecen y no podemos pretender que tenemos un acceso privilegiado a una realidad objetiva que podemos usar para validar nuestras afirmaciones, siendo liberados para construir una cultura que no mire hacia atrás buscando encontrar quién tiene la razón, sino que busque en una mirada hacia adelante cómo producir un cambio hacia un actuar basado en una ética de la responsabilidad.

Palabras clave: gestión de calidad total, conocimiento, riesgos asistenciales, sucesos adversos, errores médicos

Adverse events: objective or by consensus?

Abstract: An adverse event is not an objective problem, since its measure or quantification does not constitute the problem as a field with explanations and statements, but the application of shared validation criteria of causal explanations by a community of observers in their experience. We propose that an adverse event is a problem only if we can distinguish it by consensus, therefore, it is a social construction. The critical question is not where to trace the limit, but who can do it. Different interpretations of the same incident are always possible. In fact, when putting objectivity in hold we realize that reality is specified by an operation of distinction and that there are so many reality fields as types of operation of distinction. As a result, the objective facts disappear and we cannot pretend that we have a privilege access to an objective reality that we can use to validate our statements, being liberated to build a culture that does not look behind trying to find who is right, but rather to look ahead such as changing towards acting based on an ethics of responsibility.

Key Words: total quality management, knowledge, health care risks, adverse events, medical errors

Os eventos adversos. Objetivos ou consensos?

Resumo: Um evento adverso não é um problema objetivo, já que não é a medição nem sua quantificação o que constitui um problema como um domínio de explicações e afirmações, senão que a aplicação de critérios compartilhados de validação das explicações causais por uma comunidade de observadores em suas experiências. Propomos que um evento adverso seja um problema somente se pudermos distingui-lo consensualmente como tal, portanto se trata de uma construção social. A pergunta crítica não é onde traçar a linha, senão quem a pode traçar. Diferentes interpretações de um mesmo incidente são sempre possíveis. Com efeito, ao colocar a objetividade entre parênteses nos damos conta de que o real está especificado por uma operação de distinção e que existem tantos domínios de realidade como tipos de operação de distinção. Como resultado, os fatos objetivos desaparecem e não podemos pretender que temos um acesso privilegiado a uma realidade objetiva que podemos usar para validar nossas afirmações, sendo liberados para construir uma cultura que não olhe para trás buscando encontrar quem tem a razão, senão que busque numa mirada para adiante como produzir um câmbio para um atuar baseado numa ética da responsabilidade.

Palavras-chave: gestão de qualidade total, conhecimento, riscos asistenciais, eventos adversos, erros médicos

¹ Director Médico del Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C., Universidad Adolfo Ibáñez, Chile

Correspondencia: ccaramo@mutual.cl

Si los riesgos están ahí, ¿por qué no los ven?

Si hubiera que ubicar un hito en el estudio y análisis de los eventos adversos en medicina, habría consenso en que el estudio *Harvard Medical Practice Study*, de 1991(1,2), instaló el problema ante la opinión pública y médica mundial, pero, ¿antes no hubo trabajos que advirtieran sobre la magnitud del problema de los eventos adversos? Sí los hubo y varios(3-5), pero el asunto no fue distinguido como tal.

Diez años antes del *Harvard Medical Practice Study*, Steel y colaboradores publicaron un estudio(4) que concluyó que 36% de los pacientes admitidos a un centro universitario sufrieron un evento iatrogénico, el 9% de los pacientes vio seriamente amenazada su vida, y en el 2% que falleció el evento adverso contribuyó fuertemente a su muerte. Si ya en 1981 un estudio había mostrado que el riesgo de sufrir un evento adverso era casi diez veces mayor que el mostrado en 1991, entonces, ¿Por qué el problema no fue distinguido como tal en 1981? ¿Acaso no se trataba de un problema objetivo? Porque, como mostraremos en el artículo, no es la medición ni su cuantificación lo que constituye a un problema como un dominio de explicaciones y afirmaciones, sino la aplicación de criterios compartidos de validación de las explicaciones causales por una comunidad de observadores en sus experiencias. Por lo tanto, un problema solo existe si podemos distinguirlo como tal.

¿Qué distinguimos cuando distinguimos un suceso adverso?

Según Brennan y Leape(1), entendemos por “sucesos adversos” los acontecimientos que tienen consecuencias negativas para el paciente, gravedad expresada en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, o acontecimientos relacionados con el proceso asistencial.

De acuerdo con el estudio ENEAS(6), “efecto adverso” se define como todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria y/o muerte, que se de-

riva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. Una lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria y muerte son hechos fácilmente objetivables, pero que el evento adverso pudiera ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico, ¿también es fácilmente objetivable?

Los eventos adversos, ¿son objetivos o consensuados?

Según el estudio ENEAS(6), para determinar que el efecto o evento adverso se debe a la asistencia, los revisores puntuaron en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia; 6= evidencia prácticamente segura) el grado de seguridad que tenían de que el efecto o evento adverso pudiera ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. Se requería una puntuación mayor o igual a 4 para darlo como positivo. ¿Qué significa esto?

El evento adverso emerge en la aplicación de criterios compartidos de validación de las explicaciones causales por una comunidad de observadores en sus experiencias, y no preexiste como una entidad objetiva, que está “ahí afuera” y que es objetiva para todos.

La objetividad y la biología del observador

Los seres humanos operamos como observadores, es decir, hacemos diferenciaciones en el lenguaje. Si aceptamos que operamos como observadores, debemos también aceptar que las habilidades del observador deben resultar de su biología. Esto es así porque lo que estamos aceptando es la posibilidad de reformular las habilidades del observador en términos de un mecanismo generativo, y tal reformulación de las habilidades del observador dependerá necesariamente de un análisis de las condiciones que acotan, reducen o suprimen esas habilidades, y pronto o tarde encontraremos que las interferencias con la biología interfieren con el observar. Más aún, en el momento en que se acepta que la biología participa en el proceso de aquello que Maturana(8,9) llama “operar como observador”, no podemos evitar otros aspectos más de lo biológico: me refiero a la indistinguibilidad experiencial entre ilusión y percepción. Si

nos damos cuenta de que en la experiencia no podemos distinguir entre ilusión y percepción, y de que ésta es una condición propia del observador como ser vivo, y de que un conjunto de observadores tampoco puede hacer tal distinción, entonces no podemos validar nuestro explicar haciendo referencia a una realidad externa e independiente de nosotros y de nuestro quehacer como observadores.

Objetividad entre paréntesis

Maturana señala que si no podemos pretender que podemos validar nuestro explicar haciendo referencia a una realidad externa e independiente de nosotros y de nuestro quehacer como observadores, debemos poner “la objetividad entre paréntesis” (8,9). El paréntesis indica por tanto: “Nosotros como observadores nos damos cuenta de que no podemos hacer referencia a una realidad independiente de nosotros para validar nuestro explicar y no lo haremos. Al mismo tiempo nos haremos cargo de que, al explicar, explicaremos nuestra experiencia (observaciones) con elementos de nuestra experiencia en circunstancias de que no podemos distinguir, en la experiencia, entre ilusión y percepción”. Al hacer esto, nos percatamos además, primero, de que lo que corrientemente llamamos realidad es un argumento explicativo presentado desde el supuesto de que podemos hacer referencia a algo independiente a nosotros para validar nuestro explicar; segundo, de que al aceptar que no podemos hacer esa referencia, generamos múltiples dominios de explicaciones, todos los cuales los vivimos como dominios de objetos que tratamos como existiendo con independencia de nosotros, pero con conciencia de que esos objetos surgen en el explicar nuestra experiencia y no ocurren con independencia de lo que hacemos; finalmente, aceptamos que los distintos dominios de existencia que vivimos, los vivimos como distintos dominios de realidad que configuran distintos dominios explicativos que surgen de explicar nuestra experiencia con elementos de la experiencia.

La aceptación del problema o el problema del consenso

Cada dominio de explicaciones, al especificar un dominio de acciones legítimas en la experiencia

del observador, especifica un dominio cognitivo. Debido a esto, todos los observadores que usan el mismo criterio de validación para sus explicaciones operan en dominios cognitivos que intersectan en aquellos aspectos de su experiencia especificados por sus dominios comunes de explicaciones como dominios de coordinaciones consensuales de acciones, y tienen allí dominios isomórficos de existencia. Por lo tanto, solo aquellos observadores que usan el mismo criterio de validación de explicaciones causales para la validación de las explicaciones van a poder coincidir en las mismas explicaciones causales válidas. Efectivamente, lo que proponemos es que la descripción de problemas de seguridad de los pacientes, como un dominio de explicaciones y afirmaciones, surge en la praxis de quienes, a través de la aplicación de similares criterios de validación de explicaciones, validan las explicaciones causales de los problemas que desean explicar. En caso contrario, si quienes conforman la organización que debe enfrentar los problemas de seguridad de los pacientes operan en dominios cognitivos que no intersectan en aquellos aspectos de su experiencia especificados por sus dominios particulares/personales de explicaciones como dominios de coordinaciones consensuales de acciones, no van a ver los mismos problemas de seguridad que los otros.

Ya que la explicación de un problema de calidad surge como un dominio explicativo a través de la aplicación del criterio de validación de dichas explicaciones, el problema, como un dominio de explicaciones y afirmaciones, es válido solo en la comunidad de observadores de la organización que aceptan y usan para sus explicaciones ese criterio particular. En otras palabras, un problema es constitutivamente un dominio de reformulaciones de la experiencia con elementos de la experiencia en una organización, y como tal es un dominio consensual de coordinación de acciones entre los miembros de tal organización. Como resultado de esto, cuando las personas que pertenecen a esta organización se pueden reemplazar unos a otros en el proceso de generar una explicación causal, entonces se habla de que el problema es compartido. En efecto, cuando dos personas no pueden coincidir en sus afirmaciones o explicaciones, significa que pertenecen a distintas comunidades consensuales.

¿Por qué escuchamos como escuchamos?

Sin embargo, no toda afirmación constituye una comunicación en el dominio al que está destinada. Cualquier persona puede decir “esto es un evento adverso”, o “esto fue una conducta negligente”, pero solo algunas personas traen a la mano problemas con esas afirmaciones, porque no se escucha de la misma manera a todas las personas, cualquiera sea el contexto social en que hablan. Por eso es que los médicos no escuchan de la misma manera a sus colegas que a las enfermeras. En efecto, el que una persona sea escuchada y que su afirmación traiga a la mano un problema, revela un consenso o acuerdo social implícito o explícito que le concede poder a través de una disposición a escuchar.

Para que tanto un riesgo o un evento adverso exista, una persona debe especificarlo y otra aceptarlo. El primer problema para la prevención de los eventos adversos es que solo escuchamos a quienes queremos escuchar.

¿Quién traza la línea?

Si el conocer, como conocer un suceso adverso, consiste en lo que hacemos en nuestras distinciones y no en captar una realidad independiente, entonces lo que cada uno sabe o distingue es igualmente legítimo, aunque tal vez no igualmente deseable, de acuerdo a si se le ha otorgado o no poder y autoridad para ello, porque es la única distinción que la persona puede hacer en el momento en que la realiza.

Cuando aceptamos poner la objetividad entre paréntesis, tomamos conciencia de que la mismidad es especificada por la operación de distinción que trae a la mano aquello que es distinguido, o sea, que nos damos cuenta de que operacionalmente dos entidades son la misma solo en la medida en que son traídas a la mano por la repetición de una operación de distinción. Sin embargo, la repetición de una operación de distinción no valida nada más que esto, y en particular no valida la existencia independiente de la entidad traída a la mano por ella. En efecto, al poner la objetividad entre paréntesis nos damos cuenta de que lo real está especificado por una operación de distinción y que existen tantos dominios de realidad como tipos de operaciones de distinción. Como resultado, los hechos objetivos desaparecen y nos encontramos liberados de la necesidad de pretender que tenemos un acceso privilegiado a una realidad objetiva que podemos usar para validar nuestras afirmaciones.

La pregunta crítica no es dónde trazar la línea, sino acaso existe alguien que la puede trazar⁽¹⁰⁾, aduciendo que posee la razón. Al revés, dado que diferentes interpretaciones del mismo evento adverso son siempre posibles, su incorporación en medidas de prevención puede ser más constructivo para crear una cultura de seguridad. El tema no es liberar de toda responsabilidad a los profesionales, si no definir qué tipo de responsabilidad equilibra y promueve tanto la justicia como la seguridad, de tal forma de poder construir una cultura que no mire hacia atrás buscando encontrar quién tiene la razón o quién es el culpable, sino que busque en una mirada hacia delante cómo producir un cambio hacia un actuar basado en una ética de la responsabilidad.

Referencias

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New Engl J Med* 1991; 324: 370-376.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. The nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-384.
3. Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anaesthesia mishaps: a study of human factors. *Anaesthesiology* 1978; 49: 399-406.
4. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, et al. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981; 304: 368-642.
5. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: Drug misadventures as an issue of public policy, part 1. *Am J Hosp Pharm* 1989; 46: 929-944.
6. Aranaz JM, Aibar C, Casal J, y grupo de trabajo ENEAS. Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del estudio ENEAS. *Medicina Preventiva* 2007; XIII: 64-70.
7. Maturana H. *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2006.
8. Maturana H. *La realidad: ¿Objetiva o construida?* I. Fundamentos biológicos de la realidad. 1ª ed. Barcelona: Anthropos; 1995.
9. Maturana H. *La realidad: ¿Objetiva o construida?* II. Fundamentos biológicos del conocimiento. 1ª ed. Barcelona: Anthropos; 1995.
10. Dekker S. *Just Culture: balancing safety and accountability*. England: Ashgate Publishing Limited, 2007.

Recibido: 8 de diciembre de 2009

Aceptado: 15 de marzo de 2010