



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

cirugiacirujanos@prodigy.net.mx

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Dávila Torres, Javier

To err is human, but to not put processes in place to avoid errors from becoming fatal is inhumane . 5. o Congreso Internacional del Movimiento por la Seguridad del paciente (PSM), California, EE. UU., 2017

Cirugía y Cirujanos, vol. 85, núm. 2, marzo-abril, 2017, pp. 101-103

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66250058001>

- ▶ 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



# CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía

Fundada en 1933

[www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx) [www.elsevier.es/circir](http://www.elsevier.es/circir)



## EDITORIAL

***To err is human, but to not put processes in place to avoid errors from becoming fatal is inhumane. 5.º***



CrossMark

**Congreso Internacional del Movimiento por la Seguridad del paciente (PSM), California, EE. UU., 2017**

**To err is human, but to not put processes in place to avoid errors from becoming fatal is inhumane. 5th International Summit of the Patient Safety Movement (PSM), California, USA, 2017**

**Javier Dávila Torres**

*Vocal del Comité Directivo de la Academia Mexicana de Cirugía 2017-2018 y representante en México del Movimiento Internacional por la Seguridad del Paciente, Ciudad de México, México*

Desde hace décadas se ha estudiado el tema de calidad y seguridad del paciente, derivando con ello en la implementación de diversos programas en el ámbito internacional con aplicación operativa en las unidades médicas tanto privadas como del sector público.

En EE. UU. se reportan como tercera causa de muerte (aproximadamente 220,000/año), lo que ellos denominan como *medical errors*, que, vale la pena precisar, incorporan distintos elementos del sistema sanitario, es decir, desde el equipo multidisciplinario que interviene en la atención del paciente, hasta los recursos materiales e insumos que se utilizan.

Las repercusiones que tienen en los pacientes desde el punto de vista de la atención a la salud tanto física como emocional, e inclusive económica son un asunto más que relevante.

Correo electrónico: [jav.Davilat@yahoo.com.mx](mailto:jav.Davilat@yahoo.com.mx)

En México se ha trabajado arduamente a través de las instituciones regulatorias y académicas, que también han estado vinculadas a organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Panamericana, la *Joint Commission*, etc., y en ese contexto tanto la Secretaría de Salud Federal a través de la Subsecretaría de Integración y, por supuesto, el Consejo de Salubridad general han detonado acciones que las demás instituciones públicas y privadas han puesto en marcha, sin dejar de lado que a su vez en dichos establecimientos de atención a la salud con gran interés y creatividad por sí mismos –inclusive en ocasiones con limitación de recursos– se han dado a la tarea de prevenir riesgos, reportar cuando identifican inconsistencias en la atención y corregirlas; sin embargo, cuando se pregunta en lo particular por datos exactos en diversos rubros, la información es heterogénea o no se tiene.

Si los números que se muestran en EE. UU. son 220,000, ¿cuáles son los nuestros, en México y Latinoamérica? Repito, la información es heterogénea y no se tienen precisiones

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2017.03.001>

0009-7411/© 2017 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

aún, entre otras cosas se asume que en ocasiones hay subregistro. Esto no significa que no se esté trabajando al respecto, o bien que no se haya avanzado; todo lo contrario, desde el *err is human* de 1999 a la fecha se ha transitado en una mayor conciencia sobre estos temas y la mejora continua en la calidad de los servicios que se otorgan, pero repetidamente en las conversaciones persona a persona entre colegas, que va más allá de la conferencia magistral en un evento académico de alto nivel, algunos enfatizan y de forma sincera exponen las dificultades a las que se enfrentan como directivos cuando en ocasiones alguien de su personal no asume, por ejemplo, la relevancia de algo tan simple y ampliamente conocido como el lavado de manos, o utilizar su gafete de identificación para ponerlo; desde lo más sencillo hasta situaciones mucho más complejas que todos conocemos como el tener las garantías y precisiones en el diagnóstico, o en la prescripción y administración de medicamentos en pacientes pediátricos, o el cuidar los detalles en diversos procesos de la vida hospitalaria del paciente.

En estos claroscuros, otra situación recurrente ha sido el delegar solo en los responsables del departamento de calidad o epidemiólogos, entre otros, la responsabilidad absoluta de lo que pasa en la unidad médica en materia del estudio del reporte, cuasifallas o eventos adversos; y dicho sea de paso, entre lo abrumador del día con día en los hospitales y la vorágine de trabajo con la que se vive, en ocasiones pierde peso específico el análisis de información, medidas preventivas y correctivas en las que todo el personal involucrado participe, y por supuesto en ello se debe incluir a los directivos del más alto nivel tanto de la unidad médica como en la línea de mando ascendente.

Algo que ha representado una conveniente palanca para la estandarización de procedimientos apegados a la normatividad con sustento académico ha sido la certificación de establecimientos de atención médica que en México el Consejo de Salubridad General ha coordinado desde 1999, pasando por diversas etapas de mayor exigencia con capacitación de auditores enviados por todas las instituciones inherentes al tema, públicas y privadas, y que a la postre sin la menor duda contribuyen a dar una mejor atención; sin embargo, existe un importante número de unidades médicas que deben recertificarse o certificarse por primera ocasión (y en ello los hospitales privados debieran acercarse sin demora), pues es altamente deseable que estén certificados y asimismo considerar las normas de acreditación que también en su momento la Comisión de Protección en Salud diseñó y que ahora ha modernizado.

En México los estudiosos del tema desde hace varios años han ido consolidando planteamientos en reuniones académicas, como procurar la incorporación de estos conceptos para que se conviertan en política pública, y se debe reconocer que hay un antes y un después desde 1999; muchos han contribuido, tanto en lo normativo como en lo asistencial, situación nada fácil para los prestadores de servicio por muchos motivos, que por el momento no se tratarán.

Pasado el tiempo se crearon diversas organizaciones interesadas en el tema, desde lo oficial con estructura como es la Organización Mundial de la Salud, hasta organizaciones no gubernamentales, fundaciones entre otras que han tocado particularmente el tema de seguridad del paciente. Es amplísimo, complejo, multidisciplinario, infinito y universal,

y en ese contexto no hay una sola organización que pueda englobar todo; por ello, sin que por supuesto se considere que el tema es nuevo, o que un congreso o una junta resuelve todos los problemas, es pertinente identificar aquello que contribuya a beneficiar a los pacientes en la atención médica que reciben. En este contexto nada sobra, y todo puede llegar a ser útil.

En la Academia Mexicana de Cirugía, en septiembre del año pasado durante la semana quirúrgica anual, entre otras actividades se desarrolló una mesa redonda tratando el tema de seguridad del paciente, con la valiosa participación del Consejo de Salubridad General, un experto académico exfuncionario federal, el director general de un importante hospital público, el director médico de un reconocido hospital privado, y el presidente fundador del Movimiento Internacional por la Seguridad del Paciente. Este último, quien escuchó el diagnóstico y opinión vertidos por los anteriores ponentes, daba a conocer lo que la organización que él preside ha afiliado en hospitales, empresas, academias y federaciones académicas, entre otros.

Los hospitales han sido afiliados a través de la voluntaria elección de diferentes estrategias en las cuales ellos determinan su propio alcance, pero comprometiéndose con el desarrollo de acciones y poniendo metas cuantificables, medibles, que representen un impacto de mejora; en muchas de ellas mediante una hipótesis se arroja una cifra de vidas salvadas: por ejemplo, si durante el año anterior un hospital reporta una cifra en infecciones nosocomiales en terapia intensiva neonatal, y disminuye un 20% como compromiso para este año, se cuantifican las vidas que habrán de salvar. Esto tiene un impacto relevante en el personal médico y equipo multidisciplinario, quienes se suman a establecer las acciones pertinentes para lograr una meta que inobjetablemente tendrá mejores resultados para el paciente.

En seguimiento de aquella sesión académica referida, hace algunas semanas en California EE. UU., con el mismo movimiento internacional, México asistió representado por directivos de institutos nacionales de salud del más alto nivel y un exsecretario de salud federal, dándose a conocer de manera entusiasta y honrosa la afiliación de hospitales públicos y privados, una federación académica y la Academia Mexicana de Cirugía, a través de su presidente el Dr. Jesús Tapia Jurado.

Todos ellos han hecho diversos compromisos para aplicar de inmediato acciones relacionadas con acercar y consolidar que su personal transite hacia una cultura de la seguridad del paciente, atención a la salud asociada a infecciones, salud mental, anemia y transfusiones, errores de medición, detección temprana de sepsis, oxigenación neonatal subóptima, tromboembolismos venosos, optimizar la atención obstétrica segura, etc.

Las actividades mediante conferencias magistrales fueron dictadas entre otros por el expresidente de EE. UU. William Clinton, el exvicepresidente Joe Biden (sorprendente escucharle hablar durante una hora sobre el tema de cáncer) y Richard Carmona (ex *surgeon general* 2002/2006, quien moderó la ponencia del ministro de salud del Reino Unido), entre otros; integró ponencias de médicos y enfermeras clínicos, académicos, medios de comunicación de prestigio, empresas de tecnología relacionadas con el tema

de salud, y muy importante, testimonios de pacientes o familiares de pacientes, con historias algunas de ellas sumamente impactantes y emotivas (en ocasiones inclusive nos parecen historias conocidas...).

Se han sumado ponencias de integrantes del senado estadounidense involucrados en el tema, la Organización Mundial de la Salud, la *Joint Commission*, los CDC de Atlanta y la *Federal Drug Administration*. La organización tiene afiliados más de 3,500 hospitales.

¿Qué seguirá?, que cada compromiso realizado tenga resultados y cumplimientos, que se promueva el tema de forma permanente apegado a las normas y a conceptos académicos, compartir experiencias cuya lección favorezca a mejorar la seguridad de los pacientes, y enfáticamente lograr el enunciado que pondrá este movimiento, que es:

«Cero muertes prevenibles en el año 2020».