

servicio de salud proceso de acreditación

*"Errar es humano. Ocultar los errores o no aprender de ellos es imperdonable...
Debe promoverse una nueva cultura y romper la cultura del silencio..."*

(Sir Liam Donalson, ex Ministro de Salud de Inglaterra y Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente) ⁽¹⁾.

Resumen

Los comienzos de los años 90 se caracterizaron por dos importantes iniciativas para mejorar la atención hospitalaria.

La primera, por iniciativa de la Asociación Paulista de Medicina junto con el Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo, bajo la denominación de "Compromiso con la Calidad Hospitalaria" (CCH), se convirtió en un notable programa para la mejora de los hospitales, teniendo como base indicadores de excelencia preestablecidos, para ser alcanzados por las instituciones voluntariamente comprometidas.

Este programa también sirvió de base para otorgar el Premio Nacional a la Calidad, equivalente brasileño del Premio Baldrige de los EE.UU.

La otra iniciativa de esta misma época,

cuya responsabilidad fue de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para América Latina y el Caribe, con la intención de difundir en todos los países de esta Región los conceptos de Acreditación de Hospitales, denominación todavía poco conocida en este medio.

En este artículo se comentan características de este último programa y sus aspectos evolutivos. Inicialmente, los estándares de referencia para los hospitales, fueron formulados en general en base a la "estructura" de las instituciones; posteriormente, se evaluaron ciertos aspectos de los procedimientos o "procesos" y, finalmente, se abordó la evaluación de los "resultados" institucionales y su impacto en la comunidad.

Actualmente, principalmente en EE.UU., el énfasis de los programas de evaluación de la calidad está en los aspectos de la seguridad del paciente, con el objetivo de evitar impericias médicas o graves errores en la asistencia hospitalaria. De la misma forma que en ese país, solamente reciben recursos del gobierno federal los hospitales que presentan indicadores de buena calidad, esperamos que en un futuro no lejano los recursos de nuestro SUS², sean transferidos solamente a los hospitales certificados.

Palabras clave

1. Asistencia médico-hospitalaria - calidad - acreditación - control de atención médica - error médico
2. Administración Hospitalaria

² SUS = Sistema Único de Salud de Brasil (N. del T.)

Escribe
humberto de Moraes Novaes'

Traducción
guillermina yaury

Revisión
hugo arce

La acreditación de servicios de salud es un proceso dinámico que evoluciona continuamente, como el paso del tiempo. En verdad, no comenzó en 1951, con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de Estados Unidos, cuya sigla actual en inglés es JCHAO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*). Mucho antes, en 1910, el Dr. Ernest Amory Codman (1869-1940), cirujano emérito del Hospital General de Massachusetts, hospital-escuela de la Universidad de Harvard, propuso un sistema para uniformar los resultados finales de las intervenciones médicas, de modo que cuando un tratamiento no fuese efectivo el hospital pudiera buscar la causa y, en consecuencia, modificar el estándar establecido anteriormente, con el fin de que en el futuro, casos similares fueran tratados con mayor éxito. Profundamente comprometido con la calidad asistencial, Codman ayudó a fundar el Colegio Americano de Cirujanos y a implementar, posteriormente, un programa elemental de estandarización en los hospitales.

En base a estas experiencias iniciales, en 1917 este mismo Colegio desarrolló una propuesta de "Estándares Mínimos para Hospitales", ¡cuya extensión era sólo de una página! En 1918, de 692 hospitales visitados, solamente 89 cumplían los requisitos de estos estándares mínimos. Poco a poco, los hospitales fueron sometidos a estas evaluaciones por el Colegio y, en 1950, ya había 3.200 aprobados. En esta ocasión, el Colegio Americano de Clínica Médica, la Asociación Ameri-

cana de Hospitales, la Asociación Médica Americana y la Asociación Médica de Canadá, se asociaron con el Colegio de Cirujanos para fundar la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, organización independiente del Gobierno, sin fines de lucro, cuyo propósito principal era ofrecer una acreditación voluntaria. Con el correr de los años, la característica "voluntaria" adquirió un significado muy relativo ya que, hoy en día, la mayoría de los hospitales de EE.UU., necesitan los reembolsos de los pacientes pertenecientes a la seguridad social, *Medicare* y *Medicaid* respectivamente, relativa a paciente añosos y pobres. Éstos representan una gran parte del presupuesto hospitalario, y sólo se autoriza su atención si el hospital es acreditado por la Comisión Conjunta, de acuerdo a la Ley Federal de 1965. En 1972, el Ministerio de Salud de los EE.UU. confirmó a la *Joint Commission* (JCHAO) como su representante en la certificación de hospitales.

Durante sus más de 50 años, la Comisión Conjunta (JCHAO) fue evolucionando, incorporando al proceso de acreditación a otros servicios de salud, además de los hospitales, como acreditación de instituciones para pacientes crónicos, establecimientos para enfermos mentales, atención domiciliaria, laboratorios, redes de servicios, cirugía ambulatoria, farmacias, entre otros establecimientos acreditados. Esta expansión de responsabilidades llevó en 1987, a cambiar el nombre de Comisión Conjunta para Acreditación de Hospitales por el de Establecimientos

¹ Humberto M. Novaes fue consultor permanente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y coordinador para América Latina y el Caribe de la implementación de programas de acreditación de hospitales en países de esta Región. De 1996 a 1998 asesoró al Ministerio de Salud para la implementación del programa de acreditación de hospitales en Brasil. Actualmente es presidente del Instituto para la Cooperación Técnica en Salud (INTECH), con sede en el área metropolitana de Washington D.C., EE.UU.



de Salud, cuya sigla en inglés es JCHAO, o *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. Los estándares iniciales pasaron de "mínimos" a "máximos" a medida que los hospitales de EE.UU. fueron cumpliendo los primeros. Esta observación es muy importante pues, en algunos países -inclusivo Brasil-, se busca implementar estándares muy avanzados para la realidad local, similares a los estándares actualmente aplicados en EE.UU., cuando la gran mayoría de los hospitales nacionales no alcanzó los niveles mínimos de cumplimiento.

La acreditación es un método que desarrolla instrumentos de evaluación para la mejora continua de la calidad de atención de los pacientes y el desempeño organizacional, ofreciendo confianza a la comunidad sobre su hospital. Calidad es el ejercicio de juzgar una realidad contra una norma de referencia o estándar, seguida de evaluaciones sistemáticas. La acreditación se caracteriza siempre por 3 componentes: a) la presencia de estándares de referencia, establecidos por peritos o especialistas en cada área; b) visita de evaluadores, en general un médico, un administrador hospitalario y una enfermera, en el caso de los hospitales; estas visitas son periódicas, con intervalos de 2 o 3 años, y c) la evaluación es realizada en la totalidad de la institución. El funcionamiento de los servicios de salud se caracteriza por ser un sistema complejo, en que diferentes elementos, personas o materiales, se interconectan de manera que hay una gran dependencia entre las unidades. Así, para ser "acreditados" todos los servicios o sub-servicios deben presen-

tar conformidad con los estándares establecidos⁽²⁾.

El proceso de acreditación de servicios de salud está directamente relacionado con el desarrollo de los países, su cultura, la educación de los profesionales y, principalmente, con el reconocimiento de la población de sus derechos a recibir una atención médica de gran valor. *Valor* en atención médica es una combinación de *calidad, costo y resultados*, sin embargo tampoco siempre es fácil para los pacientes saber si están recibiendo el *valor* que están pagando, sea a través de impuestos, como en el caso de los hospitales públicos del SUS, sea por los aranceles de pago en las organizaciones privadas. Calidad en salud es un sistema de partes y elementos interdependientes, ninguno de los cuales es más importante que otro, a fin de alcanzar mejores resultados para los pacientes. Las preguntas que los pacientes deben hacer, para saber si están satisfechos con los servicios recibidos, no deberían ser diferentes de las que harían para comprar un pasaje aéreo. Las personas, en este último caso, saben a dónde quieren ir y cómo desean llegar sin sufrir riesgos, y gozar de confort, seguridad y rapidez. Quien quieren sentirse seguros con el piloto del avión y su tripulación. Es decir, las personas desean un servicio de calidad, por un precio que puedan pagar, y que el resultado o efecto se corresponda con las expectativas iniciales. Valor, así, es un juicio de la calidad, en el que se da una mezcla entre la objetividad y la subjetividad individual.

En la atención médica esta evaluación es más difícil. Veamos el caso de una

paciente "A" que busca un hospital para una internación. Ella recibe una atención especial de los médicos, enfermeras y del personal de apoyo. El cuarto es amigable, la comida buena y caliente, y recibe el alta sin ningún reclamo por la atención intra-hospitalaria. En otro caso, la paciente "B" va a otro hospital y encuentra un médico un poco displicente, las enfermeras no responden rápidamente las llamadas, la comida a veces llega fría y, al darle el alta, considera que la asistencia hospitalaria fue pobre, y la atención recibida dejó mucho que desear. Para algunos evaluadores no expertos en calidad, la paciente "A" recibió una atención de calidad y la paciente "B", no. La paciente "A", entretanto, no percibió que detrás de la escena, este hospital no tenía prevención ni control de las infecciones hospitalarias, ocurrieron pequeños errores en su medicación, la seguridad general y la salud ocupacional estaban descuidadas, y el servicio de Obstetricia presentaba fallas graves. Por otro lado, en el hospital de la paciente "B", nada de eso sucedía detrás de la escena y, de hecho, la atención médica y de enfermería era técnicamente excelente. Este es el dilema de la medición de la calidad en los sistemas hospitalarios. Del mismo modo, considerando este caso ficticio, el proceso de implementación de programas de acreditación es un instrumento básico para garantizar una calidad mínima de la atención médica ⁽³⁾.

En el caso brasileño, este proceso de implementación evolucionó durante ca-

si 10 años. En 1989, la Dirección de Servicios de Salud de la OPS decidió la implementación de un programa latinoamericano de acreditación de hospitales. Con la colaboración del ITAES³, de Argentina, fue elaborado un modelo de manual de estándares para la acreditación de hospitales, que reflejaba las características de los establecimientos de esta región. En esa misma ocasión se hizo un relevamiento de 15.000 hospitales de América Latina y se identificó que el 70% tenían menos de 70 camas de internación; que era crítica la situación de los recursos humanos; baja capacidad de resolución clínica; falta de mecanismos de control; mínima prevención de infecciones hospitalarias; ausencia de comités de calidad; insuficiente capacitación, e inconsistente evaluación de sus costos. La introducción progresiva de estándares de calidad institucional a través de la acreditación, debería revertir esta situación. Este manual fue presentado en la Conferencia Latinoamericana y del Caribe sobre Acreditación de Hospitales, en La Habana (Cuba) en 1991, para líderes del Sector Salud de casi todos los países de la región. Posteriormente, la metodología de acreditación fue discutida en numerosos seminarios nacionales y eventos internacionales, patrocinados por la OPS.

Este Manual producido por la OPS, fue presentado en 1992 en la sede de la Organización, en Brasilia, para representantes de las principales entidades de salud del Brasil. Enseguida, la Federación Brasileña de Hospitales fue contratada, para publicar en portugués y distribuir gratuitamente, copias del Manual para todos los hospi-

tales brasileños. Con la asunción del Ministro Carlos Albuquerque al Ministerio (1996-1998), el autor fue nombrado para asesorar a un equipo, de diferentes orígenes y especialidades, a efectos de revisar el Manual y adaptarlo a la realidad nacional. La primera versión fue aplicada en hospitales de diferentes categorías, en distintos Estados del país. Finalmente en 1999, fue creada la Organización Nacional de Acreditación (ONA) y presentado el Manual de Acreditación de Hospitales del Brasil. El primero de carácter nacional en América Latina, con aval de un Ministerio de Salud.

La acreditación de hospitales no es la meta. La meta es mejorar la calidad de cada servicio de un hospital, ya que el énfasis está en el sistema hospitalario y en sus procesos. Los programas educativos para el personal son fundamentales para la comprensión de los estándares de acreditación, los cuales evolucionan en la medida que se desarrolla el hospital.

En el período de 1950 a 1980, la acreditación de hospitales era prácticamente el principal instrumento para garantizar la calidad en los EE.UU. A partir de los años 80, varios hospitales ya acreditados pasaron también a implementar nuevas iniciativas de calidad, importadas de la industria, para complementar las actividades de acreditación. Es improductivo usar estas técnicas sobre calidad sin que el hospital esté acreditado, pues casi todas son aplicadas en la totalidad de los servicios de la institución, de modo que estas unidades deben estar homogéneamente estructuradas para recibir nuevos

³ Se refiere a los profesionales que a partir de 1994 trabajaron en ITAES (N. del T.)

programas. Como demostración del proceso evolutivo de la acreditación, se mencionan a continuación algunos ejemplos de esas modalidades para mejorar, aún más, la calidad de los hospitales ya acreditados:

- **Gestión de la Calidad Total** (*Total Quality Management* o TQM) o **Mejoramiento Continuo de la Calidad** (*Continuous Quality Improvement* o CQI). Estas dos iniciativas se confunden y se caracterizan por las 3 C's, Clientes-Continuas-Completas, es decir, están orientadas a los "clientes"; son "continuas", lo que significa que no tienen un límite de tiempo, ya que los ciclos de mejora son permanentes; y son "completas", o sea, son aplicadas en toda la institución. TQM es un enfoque centrado en la calidad, con amplia participación, orientado a metas de largo plazo para la satisfacción de los clientes. Los principales mentores de estas iniciativas fueron Joseph M. Juran y W. Edwards Deming, dos ingenieros y estadísticos, que fueron invitados por Japón después de la 2ª Guerra Mundial, para ofrecer nuevos caminos para la industria japonesa. Posteriormente, retornaron a EE.UU. para encarar la misma tarea con la industria norteamericana, notoriamente atrasada en cuanto a calidad, en los años 70. En los 80, estas iniciativas fueron paulatinamente aplicadas en los servicios de salud ⁽⁴⁾.

- **Premios Nacionales a la Calidad:** Premio Nacional de Gestión en Salud (PNGS), creado en el Brasil en 2001, por la CQH (<http://www.cqh.org.br>), adaptando para salud la metodología del Premio Nacional a la Calidad

(<http://www.fnq.org.br>); Premio Malcolm Baldrige, en EE.UU.: Premio Dr. Ernest Codman, otorgado por la *Joint Commission*. Estos premios ofrecen oportunidades a los hospitales para revisar todos sus procesos y el ganador logra un gran prestigio en sus respectivas comunidades.

- **"Just in Time"**. Desarrollado por la Toyota, es también utilizado por otras empresas como Wall-Mart. Una de las principales características de esta metodología está en el control de stocks. Se establece una formidable relación de confianza recíproca entre el vendedor de productos, que mantiene siempre los mejores precios y calidad, y el comprador, de manera que es el primero quien controla los stocks. Este acuerdo trae enormes ventajas para el comprador, ya que economiza espacio, tiempo y personal.

- **"Benchmarking"**: es un proceso sistemático y continuo de evaluación de productos, servicios y procedimientos de trabajo, en las empresas que son reconocidas como representativas de las mejores prácticas, con el propósito del perfeccionamiento organizacional. Podemos traducir esta metodología como alguien que "aprende con el éxito de quien gana y la experiencia de quien pierde".

- **Sellos de calidad o de conformidad**, como el CDH, implementado en el Brasil desde 1991 y hoy funcionando también en Angola. Se trata de un programa sostenido por la Asociación Paulista de Medicina y por el Consejo Regional de Medicina de San Pablo para contribuir a la mejora continua

de los hospitales, por la adopción de un modelo de gestión definido.

- La serie ISO-9000, desarrollada por la Organización Internacional de Estandarización en 1987, que tiene por objetivo uniformar los productos para exportación entre los países de la Comunidad Europea; posteriormente hubo una gran aceptación mundial para los productos y servicios certificados por ISO.

- **SIGMA SIX** fue desarrollado por la Motorola y consiste en tener un máximo de 3,4 errores / 1 millón de eventos. La metodología procura evitar la variabilidad de los productos y servicios. Entre 2003 y 2004 en EE.UU., fueron publicados 100 libros sobre Sigma Six. En el área hospitalaria algunos servicios de anestesia han adoptado esta metodología.

- Organización "magra", del inglés *lean organization*, fue desarrollada por Toyota, y consiste en evitar cualquier desperdicio, haciendo que todos los pasos de un proceso agreguen valor. Este sistema "magro" fue usado por Computadores Dell, General Motors y también en hospitales.

Más recientemente, la Seguridad del Paciente se transformó en una importante preocupación en la Comisión Conjunta de Acreditación (JCAHO) de EE.UU. (<http://www.jcaho.org/>), que viene concentrando esfuerzos a partir de 2003 para implementar, en los hospitales de ese país, programas para evitar errores o daños en la atención de los pacientes, ampliando el espectro de la acreditación. Esta ini-

ciativa se originó en una publicación del prestigioso "Instituto de Medicina" de EE.UU., denominada "Errar es Humano: Construyendo un Sistema de Salud más Seguro". Este documento relata que "...cada año, los errores médicos ocasionan la muerte de entre 44.000 y 98.000 pacientes, según dos estudios realizados en los Estados de Colorado / Utah y Nueva York, respectivamente, cifra superior a la mortalidad por accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA..."⁽⁵⁾.

El costo total de eventos médicos adversos está entre US\$ 17 y 29 millones por año. Preocupada por esta revelación sobre los errores médicos, la OMS lanzó en 2002, el "Programa Mundial para la Seguridad y Monitoreo de Pacientes", que fue seguido por la OPS en 2004, al proponer la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente", de la que Brasil también es firmante. A JCAHO se unió a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, promovida por la OMS/OPS para implementar 4 tareas en el período 2005-2008:

1. Aumentar la destreza para aprender de los errores, a través de un mejor sistema de información, investigación de los incidentes y responsabilidad para compartir los resultados.
2. Mejorar la capacidad para anticipar fallas y debilidades sistémicas, que podrían producir eventos adversos.
3. Mejorar la prestación de servicios de salud de manera que su estructura pueda ser reconfigurada, los incentivos establecidos y la calidad colocada como punto central del sistema.
4. Identificar acontecimientos existentes dentro y fuera del sector salud.

La JCAHO también viene exigiendo la identificación y evaluación de "Eventos Centinela" en los hospitales de EE.UU. La ANVISA, Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del Brasil, tiene un programa similar. Evento Centinela es un hecho grave que involucra muerte o daño, físico o psicológico, cuya repetición tiene grandes chances de causar un serio resultado adverso. El Instituto de Medicina (IOM - *Institute of Medicine*) de EE.UU., continúa afirmando que la "...asistencia médica tiene problemas de seguridad para el paciente y de calidad, porque está basada en un sistema de trabajo obsoleto. Si quisiéramos alta calidad asistencial precisaríamos rediseñar el sistema y los procesos de atención". El IOM recomienda 6 metas que un sistema de salud debe tener:

- *seguridad* - evitando daños/perjuicios;
- *efectividad* - con bases científicas;
- *centrado en el paciente*;
- *oportuno* - reduciendo esperas;
- *eficiente* - evitando gastos innecesarios;
- *equidad* - sin variabilidad.

Estudios del IOM vienen demostrando que la atención médica es riesgosa, que las medidas de seguridad institucional están declinando (en los EE.UU.) y que la mayoría de los errores médicos son previsibles y atribuibles a problemas del sistema, a procesos utilizados y a la cultura institucional. Un modelo para los servicios de salud podría ser el aeronáutico. Este modelo de referencia para hospitales supone que los errores y las fallas son inevitables y, por lo tanto, se diseñan sistemas para absorberlos y corregirlos, mediante múltiples detectores, automatización y re-

dundancia (repetir órdenes verbales). Tiene uniformidad máxima y múltiples protocolos. Los procesos de entrenamiento, exámenes, certificación y recertificación están altamente desarrollados para evitar errores. La seguridad está institucionalizada y existen organizaciones internacionales y nacionales que regulan esta actividad. Con 10 millones de despegues y aterrizajes por año, hay una media anual de 4 accidentes⁽⁵⁻⁶⁾. Otros incidentes identificados en EE.UU., fueron sobre el uso de drogas tóxicas (KCI); historias clínicas ilegibles que llevan a errores; antecedentes alérgicos graves no anotados; error o confusión en el uso de soluciones electrolíticas concentradas; error en el uso de anticoagulantes; falta de coordinación de la atención, como cuando varios profesionales tratan a un mismo paciente; falta de protocolos o de "Medicina Basada en Evidencias".

A partir de 1990, comenzaron los estudios sobre Medicina Basada en Evidencias o Guías de Práctica Clínica. La "Colaboración Cochrane" mantiene un grupo de revisores de literatura médica en 13 países (inclusive el Brasil), observando la validez, calidad, amplitud de los estudios, consistencia, coherencia de la evidencia del artículo, entre 25.000 revistas biomédicas. La Medicina Basada en Evidencias es el uso explícito de la mejor evidencia, para fundamentar una decisión sobre el cuidado individual de un paciente. Tiene como objetivo evitar que ocurran diferentes conductas para un mismo tipo de paciente; es decir, que se tome el "arte de la medicina" o del criterio clínico basado en la exclusiva experiencia personal del médico, como

"ciencia" basada en rigurosos estudios clínicos comparativos. Según la Oficina de Evaluación Tecnológica de EE.UU. en 1999, sólo el 30% de las prácticas o procedimientos de la medicina convencional, estaban basados en sólidos experimentos clínicos. Existe una demora en promedio de 17 años, entre la finalización de un estudio clínico comparativo y su aplicación en la práctica; unas ¾ partes de los protocolos ya existentes son re-evaluados o actualizados cada 6-8 años (ver apéndice al final de este artículo con direcciones de portales de Internet sobre medidas de calidad asistencial).

En 2005 el Ministerio de Salud de EE.UU. estableció 11 "Metas Nacionales para la Seguridad de Pacientes Hospitalizados", también suscripta por la JCAHO (*Nacional Patient Safety Goals - Metas para la Seguridad de los Pacientes*). Son ellas:

- **Meta 1:** mejorar la precisión en la identificación de los pacientes. Por lo menos 2 identificaciones (nombre y fecha de nacimiento o nombre más foto, p.ej.) para pacientes y muestras.
- **Meta 2:** mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal asistencial. Una orden verbal necesita ser repetida (mantener la redundancia) por quien la recibe, que debe preguntar el propósito y, a continuación, repetir la orden verbal. Evitar o abolir el uso de abreviaturas, siglas. Pej. SC - SL (subcutáneo - sublingual).
- **Meta 3:** mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. CIK, CINa > 0.9%, limitar las drogas concentradas disponibles, heparina, insulina.
- **Meta 4:** eliminar el lado erróneo, el

paciente erróneo, procedimiento quirúrgico erróneo. Marcar el lugar. Algunos hospitales estimulan al propio paciente para hacerlo. Uso de lista de verificación como historia clínica, rayos X u otros documentos o exámenes. La Asociación Americana de Ortopedia tiene una página en Internet sobre la seguridad de los pacientes, "Sign your Site" (firme el sitio): www.aaos.org.

- **Meta 5:** mejorar la seguridad de las bombas de infusión analgésica controlada por el paciente, para prevenir sobredosis o embolia.
- **Meta 6:** mejorar la efectividad del sistema de alarmas clínicas. Con el mantenimiento preventivo continuo de monitores cardíacos, control de apnea, respiradores mecánicos, además de sistemas de control de secues-

tros o fugas, mediante dispositivos de alerta audible.

- **Meta 7:** mejorar el control de infecciones hospitalarias.
- **Meta 8:** ajustar la medicación con precisión a lo largo de la atención, entre la internación, la ambulatoria y la domiciliaria.
- **Meta 9:** reducir el riesgo de lesiones por caídas accidentales.
- **Meta 10:** reducir el riesgo de influenza o neumonía en pacientes añosos. Aplicación de vacunas.
- **Meta 11:** reducir el riesgo de incendios en las salas de operaciones.

El mismo Ministerio lanzó también un amplio estudio en 4.200 hospitales con el objetivo de evaluar la *performance* de estos establecimientos a tra-

Medidas para Evaluar el Desempeño (JCAHO)

■ Infarto agudo, porcentaje (%) de pacientes que reciben:
- % aspirina en la admisión y alta
- % inhibidores de angiotensina
- % beta-bloqueantes en admisión y alta
- % consejos sobre tabaquismo
- % angioplastia percutánea
- % agentes trombolíticos
- % intervención coronaria percutánea
- % mortalidad
■ Insuficiencia Cardíaca Congestiva:
- % evaluación de función ventricular
- % uso de inhibidor de angiotensina
- % consejos sobre tabaquismo
- % recomendaciones al alta
■ Neumonía:
- % oxigenación
- % vacunación para neumococo
- % cultivo de sangre
- % inicio de antibióticoterapia
- % consejos sobre tabaquismo

vés de parámetros clínicos, cuyos resultados están disponibles en Internet. Estos indicadores están relacionados: 8 con infarto agudo de miocardio; 4 con insuficiencia cardiaca y 5 con neumonía (ver cuadro) ⁽⁷⁾.

El Ministerio de Salud de EE.UU., así como la JCAHO, vienen recomendando dos metodologías para ser implementadas cuando se presenta un evento de mala calidad o un evento *centinela*:
a) análisis de la causa original, con énfasis en un abordaje retrospectivo, y
b) análisis de causa y efecto (FMEA - *Failure Mode and Effect Analysis*), con énfasis en un abordaje prospectivo.

a) El análisis de la causa original es un proceso para identificar los factores básicos o causas responsables de la variación en el desempeño, incluyendo la ocurrencia o casi ocurrencia de un evento *centinela*, lesiones permanentes o muerte, o condiciones adversas o casi-adversas. El análisis de la causa original es interdisciplinario, involucrando a peritos de varios servicios según el problema, con la participación de los más familiarizados con la situación. Continuamente profundizar los 5 "por qué" (¿por qué? ¿por qué? ¿por qué? ¿por qué? ¿por qué?) en cada nivel de causa. Es un método que identifica qué cambios deben ser realizados en el sistema o los procesos, a efectos de evitar variaciones. Es una herramienta para identificar estrategias de prevención, constituyendo parte del esfuerzo para construir una cultura de la seguridad, por la revisión de sistemas y procesos, en vez de la cultura tradicional de "búsqueda de culpables". La meta del análisis de la

causa original es descubrir: ¿qué pasó?, ¿por qué pasó?, ¿qué hacer para prevenir? Para ser metodoso el Análisis de la Causa Original debe incluir el análisis de factores humanos, sistemas y procesos correlativos, sistemas subordinados (a través de los "por qué"), riesgos y sus potenciales daños, revisión de literatura relevante, incluir a los directores de la organización y otros íntimamente ligados a los sistemas y procesos institucionales.

b) El análisis de causa y efecto del error es una herramienta para identificar y prevenir problemas en los productos y procesos, antes que ocurran. Fue desarrollado por la NASA en 1960 y también aplicado por Mercedes Benz, Ford y GM. Es de naturaleza prospectiva.

- Análisis = examen detallado de los elementos de un proceso, sustancia o situación.

- Causa = manera de uso u operación de un sistema o proceso que puede llevar a un error. ¿Qué puede provocar el error?

- Efecto = ¿por qué ocurre el error? Y no: ¿quién cometió el error?

El riesgo de un error está determinado por 3 factores que reciben un valor de 1 a 10:

1. Severidad - gravedad del efecto.

a. Catastrófico = muerte;

b. Mayor = daño, con pérdida permanente de funciones;

c. Moderado = daño, sin pérdida de funciones;

d. Menor = sin daño, pero con aumento de días de internación.

2. Ocurrencia - probabilidad, frecuencia.

a. Frecuente = varias veces por año;

b. Ocasional = cada 1-2 años;

c. No común = cada 2-5 años;

d. Remoto = entre 5-30 años.

3. Detección - antes de que la falla ocurra.

a. Muy grande = ciertamente será detectada;

b. Grande = grandes probabilidades de ser detectada;

c. Moderada = probablemente será detectada;

d. Pequeña = probablemente no será detectada;

e. Muy pequeña = seguramente no será detectada.

Puede aplicarse el análisis FMEA en las siguientes situaciones: para disminuir la probabilidad de la ocurrencia de errores, reales o potenciales, en procesos; para aumentar la confiabilidad de los procesos que ya funcionan, por medio del análisis de las fallas que ya ocurrieron; para disminuir los riesgos de errores y aumentar la calidad en procedimientos clínicos y administrativos. El análisis consiste básicamente en la formación de un grupo de personas que identifican el producto o proceso en cuestión, sus funciones, los tipos de fallas que pueden ocurrir, los efectos y las posibles causas de esta falla. En seguida son evaluados los riesgos de cada causa de error, procurando identificar la más prioritaria, por medio del Coeficiente de Prioridad de Riesgo, encontrado por la multiplicación de los valores elegidos, entre 1 a 10, para las variables "severidad", "ocurrencia" y "detección". En base a esta evaluación, se toman las acciones necesarias para disminuir los riesgos, aumentando la confiabilidad en el producto o proceso. La metodología FMEA es importante porque puede proporcionar al hospital una forma



sistemática de catalogar informes sobre fallas en los procesos, ofrecer un mejor conocimiento de los problemas en los procesos, basado en datos debidamente monitoreados. Este método contribuye a la reducción de costos, mediante la prevención de ocurrencia de errores y el beneficio de incorporar dentro de la organización una actitud de prevención de fallas, cooperación y trabajo en equipo, así como la preocupación por la satisfacción de los clientes.

En conclusión, se puede decir que la acreditación evoluciona continuamente y agrega nuevas iniciativas para aumentar progresivamente la calidad de la atención. Debemos aceptar que por sí sola, no evita la ocurrencia de errores profesionales y que la probabilidad de equívocos es alta. Es preciso reconocer los errores y detectar sus orígenes. Para disminuir estos eventos es necesario, muchas veces, cambiar la cultura institucional, rediseñar los sistemas, re-evaluar los procesos directamente involucrados en las fallas y evitar la fatiga de los profesionales. Finalmente, no se podrá jamás implantar cualquier programa de acreditación, si el cuerpo médico no está calificado. Probablemente, los aspectos de formación, certificación y re-certificación de la profesión médica en América Latina serán, tal vez, el mayor desafío del sector salud en este nuevo siglo. El reclutamiento, desarrollo, evaluación y retención del personal hospitalario, especialmente con los conocimientos y destrezas del cuerpo médico, son inherentes a los programas de calidad. Es intolerable continuar aceptando, pasivamente, las condiciones de enseñanza médica, con Facultades de Medicina

sin adecuados servicios para la práctica, "residencias médicas" sin orientación y tutoría, o falta de aplicación de las legislaciones nacionales pertinentes para evaluaciones periódicas de la práctica médica. Repitiendo lo que Sir Liam Donaldson, ministro inglés, afirmó: "Error es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón" ⁽⁷⁾. ¿Será que nuestros servicios de salud están preparados para promover una nueva cultura y romper con la cultura del silencio?

Bibliografía citada

1. Donaldson L.: *World Alliance for Patient Safety* (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente). Organización Mundial de la Salud, Dublín, 2004.
2. Novaes H., Neuhauser D.: Hospital Accreditation in Latin America (Acreditación de Hospitales en América Latina). *Pan American Journal of Public Health*, 2000; 7 (6): 425-430.
3. Kazandjian V.A., Sternberg E.L.: *Quality: the questions we must ask* (Calidad: preguntas que precisamos hacer), in: *The epidemiology of quality*, Aspen, 1995.
4. Kazandjian V.A.: The effectiveness of CQI in health care (Efectividad del CQI en atención de la salud). Wisconsin, *ASQC Quality Press*, 1997.
5. Institute of Medicine: *Crossing the quality chasm a new health system for the 21st century* (Cruzando el vacío de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI). National Academy of Science, EE.UU., 2001.
6. Romano O.S.: Improving the quality of care in America (Mejorando la calidad de la atención hospitalaria en América). *New England Journal of Medicine*, 2005; 353(3): 302-304.
7. Jha A.K., Li S., Orav E.J., Epstein A.M.: Care in U.S. hospitals - The hospital quality alliance program (Atención en hospitales de EE.UU. - Programa de la alianza para la calidad hospitalaria). *New England Journal of Medicine*, 2005; 353 (3):265-274.

Portales de interés

Calidad en salud en Internet

www.qualitytools.ahrq.gov
www.guideline.gov/summary
www.cqh.or.br

www.jcaho.org
www.fpnq.org.br
www.clinicaltrials.gov

www.qualitymeasures.ahrq.gov
www.hospitalcompare.hhs.gov
www.qualitycheck.org