

por el Consejo De Salubridad General, del modelo de calidad INTRAGOB, del INNOVA con las 6 estrategias de la agenda presidencial de Buen Gobierno, etc.

Aprendimos la administración por procesos y sus diferencias con la administración por objetivos, pero sobre todo comprendimos los conceptos de enfoque sistémico y de modelos mentales.

Diseñamos nuestro propio sistema de gestión de calidad para dar respuesta a los diferentes procesos de evaluación y certificación.

Durante el camino aprendimos a ver los procesos y no solamente a trabajar en ellos. Supimos entonces que la interacción de las partes pesa más que la sumatoria de todas ellas y que es indispensable el trabajo en equipo con conocimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

El ampliar las fronteras de los procesos se convirtió en una necesidad a todos los niveles lo que nos llevó a una mejora en la referencia, la contra-referencia y la eficiencia en la atención médica proporcionada.

Actualmente sabemos que implantar una cultura con conocimientos de calidad es indispensable para la implementación de cualquier sistema de calidad, ya que ello nos conduce a generar actitudes en que permitan crear valor en las pacientes y en sus familias. Uno de los retos más complejos es recuperar el liderazgo del médico en el equipo multidisciplinario de salud mediante el desarrollo de la competencia en la cultura de calidad.

Recuperar ese liderazgo médico en los equipos de trabajo, es nuestra estrategia actualmente. Pensamos que este camino es el que nos va a llevar realmente a la calidad y esto va a evitar el error médico y no solamente los sistemas de control y de registros. De poco servirá la medición si una actitud sistémica en cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud.

La calidad puede evitar el error médico siempre y cuando se oriente a crear un entorno armónico que facilite el trabajo diario, tengamos mecanismos de retroalimentación confiables y expeditos, nos reverenciemos con la mejora práctica conocida, midamos el desempeño de procesos, de personas, de grupos de trabajo y sobre todo, que el médico desarrolle la competencia necesaria en calidad para que se re-posicione de nuevo como líder del equipo multidisciplinario de salud mediante una interacción favorable de la cultura médica, académica y de calidad.

Con este enfoque se comprende que es la implementación de una cultura de calidad en las personas y los grupos de personas la medida de alto impacto que mueva a un sistema de salud hacia la mejora continua.

## El Error Médico: Eventos adversos

Dr. Héctor G. Aguirre Gas

### Introducción

La misión central de la profesión médica es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la recuperación de su salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, de "primero no hacer daño", o la premisa de Avedis Donabedian de buscar el máximo beneficio de los pacientes, con el mínimo riesgo, y actualmente dentro de los principios éticos de la práctica, se señala en primer lugar al principio de beneficencia, que a través de varios preceptos, nos conduce a buscar el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de no maleficencia, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño.

Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del médico de prevenir y evitar cualquier acto médico que pudiera ocasionar daño al paciente.

Aunque cualquier acto médico, potencialmente puede ser causante de daño, la situación más propicia para que un paciente pueda sufrir agregado a la enfermedad con que cursa, es durante su hospitalización, desde la posibilidad de una infección hospitalaria, una complicación o un evento adverso de diferentes tipos.

Es responsabilidad del médico, tanto desde el punto de vista profesional, como ético e inclusive legal, prevenir, evitar, identificar oportunamente y manejar eficientemente cualquier evento adverso que pudiera presentarse, particularmente si este hubiera sido secundario a un error médico.

En trabajos previos hemos propuesto el concepto de "Calidad de la Atención Médica" como: *"Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas"*.

Después de más de dos décadas de vigencia de esta definición, en la actualidad se ha hecho necesaria su actualización, de la siguiente manera: *"Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos vigentes que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y evitar eventos adversos"*.

Teniendo como premisa la definición previa, debe tenerse presente permanentemente que la atención médica debe ser:

- Oportuna.
- Con calidad.
- Centrada en el paciente.
  - Satisfacer sus necesidades de salud.
  - Satisfacer sus expectativas.
- Efectiva.
- Eficiente.
- Equitativa.
- Satisfactoria para el personal.
- Basada en la capacitación y actualización permanente del personal.
- **Segura.**

El error médico, como causa de eventos adversos, ha sido uno de los temas de mayor actualidad en las discusiones sobre la calidad de la atención médica en nuestro país, tanto por las demandas frecuentes ante las autoridades judiciales, por los pacientes en contra de los médicos, como por los reportes ante las Comisiones de Derechos Humanos, Nacional y del Distrito Federal, particularmente desde que aparecieron en las instituciones de salud, los Departamentos de Orientación y Quejas y en años recientes, con la aparición de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que vino a dar un giro importante a este problema.

La posibilidad de que una queja fuera analizada por expertos, con un procedimiento perfectamente establecido, con una metodología científica depurada y por médicos expertos en cada tema y la posibilidad de buscar una conciliación entre las partes en conflicto, dieron lugar a la solución de la mayor parte del problema.

La promoción de las quejas por abogados sin escrúpulos a las salidas de los hospitales o de los servicios de urgencias, para obtener dinero de los médicos, estimulando a los pacientes o a sus familiares para presentar demandas y obtener porcentajes muy importantes de lo conseguido, ha venido a menos significativamente.

La opción que ahora se tiene de poner en contacto al médico con las personas que están presentando la queja, ha permitido que en un gran número de casos, las explicaciones dadas por el primero y el entendimiento del problema por los segundos, den lugar a un desistimiento de la queja.

Adicionalmente ahora se cuenta con la Carta de los Derechos de los Pacientes, que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos ante ellos y la Carta de los Derechos de los Médicos, que permite conocer a los pacientes y a sus familiares, hasta donde está obligado un médico a prestar servicios, ha disminuido el número de quejas, porque los médicos se preocupan por no dar lugar a ellas y los pacientes tienen conciencia de no presentar quejas inútiles.

Cabe considerar el hecho de ninguna de las profesiones, ni ninguna de las ciencias están exentas del error. Son conocidos los errores cometidos en los cálculos de construcciones por los ingenieros que conducen a su derrumbe con sismos de magnitud variable, errores económicos que

han dado lugar a crisis que han afectado de manera muy importante a la mayor parte de la población, errores políticos y entre ellos el error médico.

En las matemáticas, en la física, en la química, consideradas como ciencias exactas, en que se tiene control de todas o cuando menos de la mayoría de las variables, llegan a presentarse errores, justificables o justificados o no.

Hay quienes discuten si la medicina es una ciencia o no lo es, en función de muchos factores, entre ellos el desconocimiento y control de todas las variables y la falta de reproducibilidad de la mayoría de los fenómenos. Se discute si es ciencia, arte, fe o magia, o tal vez una combinación de todas ellas. Esta falta de control de las premisas que pueden llevarnos a un diagnóstico equivocado, a un tratamiento inefectivo o a un evento adverso, hacen muy vulnerable el acto médico.

No obstante, el médico tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad, por lo cual debe estar bien preparado para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente; siendo requisitos "sine qua non": una preparación adecuada, un acto médico realizado conforme a los cánones más depurados, decisiones basadas en evidencias y dentro de lo factible una amplia experiencia.

La National Academy Press en Estados Unidos (EEUU), en el año 2000 informó que los eventos adversos ocurren en el 10% de los ingresos hospitalarios, señaló que por cada dólar gastado en medicamentos, se requiere otro dólar para tratar los problemas de salud generados por ellos, así como que en Inglaterra (UK), las infecciones nosocomiales costaron un billón de libras esterlinas.

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization considera que los eventos adversos representan la tercer causa de muerte en EEUU, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

### Conceptos.

Con el propósito de definir el ámbito dentro del cual se desarrollará este trabajo, se tratará de establecer los conceptos principales del tema:

### Errar:

- Acto humano relativo a no acertar o cometer un error.

En este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión o al aplicar un criterio médico. Sin embargo es conveniente hacer mención de la frase "errar" es humano, que hace referencia a la imposibilidad de ser infalible, dentro de nuestra condición de pertenencia a la especie humana. Dentro de los Derechos de los Médicos, propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se considera el correspondiente a ser falible: "Que se

reconozca su falibilidad como humano que es, en los aspectos inherentes a su profesión”.

En atención al postulado anterior, ¿Qué es un error?:

**Error:**

- Concepto equivocado.
- Juicio falso.
- Acción desacertada.
- Diferencia entre un valor médico o calculado y el valor real.
- Equivocación de buena fe.

Si nos ubicamos en la práctica médica, la acepción más claramente aplicable es la de: *“equivocación de buena fe”*, teniendo en cuenta que un acto de mala fe, implica dolo y por lo tanto implica daño intencional y puede ser sujeto a una sanción o al ejercicio de una acción penal.

Tomando como base los conceptos presentados se propone el siguiente concepto:

**Error médico:**

- *“Conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto”.*

¿Cuál es entonces el reto al que nos enfrentamos los médicos?

- Toma de decisiones con base en criterios.

¿Cuál es entonces en concepto de criterio?

**Criterio:**

- Norma para conocer la verdad.
- Juicio o discernimiento.

En los casos en que se tiene una norma que define los criterios correctos y los incorrectos la decisión podría ser sencilla. En su defecto el médico tendría que aplicar su juicio clínico o llevar a cabo un discernimiento con base en sus conocimientos, las evidencias disponibles, las normas vigentes o su experiencia. Conforme a lo anterior se propone el siguiente concepto:

**Criterio médico:**

“Juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentado en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia”.

Como consecuencia de lo anterior:

- Si tenemos una opción clínica, claramente correcta y una opción claramente incorrecta, conforme a los conocimientos médicos vigentes y las evidencias disponibles, no es necesario aplicar ningún criterio, la decisión es sin duda, tomar la opción correcta y desechar la incorrecta. Tomar la decisión incorrecta implicaría automáticamente un error médico.
- Cuando no existe una opción evidentemente correcta o una evidentemente incorrecta, es necesario aplicar el criterio médico para tomar la decisión mejor o tomar la decisión menos mala. Tomar la decisión menos buena o la más mala, equivaldría a un error médico. Debemos tener en cuenta que cuando no hay una opción clara, correcta o incorrecta, estamos en riesgo de cometer un error.

Aún cuando un evento adverso puede tener su origen en problemas estructurales, nos referiremos fundamentalmente a los errores en el proceso.

Los errores en el proceso pueden dar lugar a dos situaciones diferentes. Por una parte, que el error haya afectado el resultado de la atención, haya alterado en forma negativa la historia natural de la enfermedad y por lo tanto haya dado lugar a un evento adverso. Sin embargo la mayoría de las veces los errores en el proceso pasan inadvertidos o no se identifican como consecuencia de no haber dado lugar a un evento adverso; en tal caso no queda constancia del error y “oficialmente no existió el error”. Esta circunstancia ha sido denominada como “cuasi falla” y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso.

Pero el problema no termina ahí. Vamos a suponer que no existió error en el proceso; en primera instancia se obtendría el resultado esperado y por lo tanto, no sería de esperarse que se presentara un evento adverso, situación que ocurre la mayoría de las veces.

No es raro que se presenten eventos adversos, que no hubieran sido precedidos por un error en el proceso, en cuyo caso la primera opción es preguntarse si no se trató de un error que no hubiera sido identificado y la segunda opción, preguntarse si fue un evento adverso que no hubiera sido precedido por un error. En esta segunda opción podrían haberse dado dos circunstancias: la primera que el evento adverso hubiera sido previsible o prevenible o bien que hubiera sido un evento adverso no previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable.

La Joint Commission on Accreditation of Health Organization, propone la siguiente definición de evento adverso: *“Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente o produce una lesión física o psicológica grave, o el riesgo de que ocasione cualquier otra variación que pudiera producir un resultado adverso grave”.*

Con el propósito de adecuar el concepto anterior a nuestro medio y con nuestro lenguaje, proponemos la siguiente definición:

**Evento adverso:**

“Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica, que produce daño físico o psicológico graves, riesgo de muerte o la defunción del paciente”.

**Principales eventos adversos.**

Los principales eventos adversos pueden ser clasificados en dos grandes grupos, según se disponga de sistemas de identificación y registro o no:

- Se cuenta con sistemas de registro para:
  - Muerte materna.
  - Reacciones transfusionales.
  - Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
  - Infecciones intrahospitalarias.
  - Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Se carece de sistemas de registro para:
  - Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
  - Complicaciones quirúrgicas graves.
  - Retención de instrumental postcirugía.
  - Suicidios potencialmente evitables.
  - Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
  - Retraso en el tratamiento.
  - Sujeción o reclusión inadecuadas.
  - Caída de pacientes.
  - Accidentes anestésicos.
  - Egreso de infante con familia equivocada.
  - Robo de infante.
- Es indispensable trabajar para promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.

**Causas de los eventos adversos.**

En atención a sus causas los eventos adversos pueden ser: prevenibles y evitables, o bien inevitables cuando sus causas no se ubican en el proceso de atención médica, no son conocidas y pueden ser consecuencia de un error o en ausencia de él.

Dentro de las fallas en la estructura se encuentran:

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Deficiencias en los sistemas.
- Fallas en el equipo.
- Mala calidad de los medicamentos o material de curación.

- Personal insuficiente.
- Insuficiente capacidad profesional.
- Capacitación deficiente del personal.

Como fallas en el proceso se puede citar:

- Deficiencias en los criterios: error médico.
- Deficiencias en la organización.
- Medidas de seguridad insuficientes.
- Identificación deficiente del paciente.
- Carencia de sistemas de alarma.
- Relación médico paciente deficiente.
- Registros deficientes en el expediente clínico.
- Disponibilidad de información insuficiente.
- Deficiencias en la coordinación y comunicación entre el personal.
- Deficiente comunicación: no escuchar a la familia.
- Deficiente comunicación: no escuchar al paciente.
- Cultura de la organización.
- Seguridad del procedimiento.
- Factores inherentes al paciente:
  - Falta de información.
  - Desconocimiento de sus problemas.
  - Participación insuficiente del paciente y la familia.
  - Intolerancia a medicamentos o material de curación.
  - Alergia no conocida a medicamentos.
  - Idiosincrasia a medicamentos.

**Prevención de los eventos adversos.**

Ahora bien, ¿cómo podemos protegernos de los eventos adversos?

En primera instancia se hace necesario resolver los problemas estructurales y en el proceso antes mencionados, casi todos ellos fáciles de identificar y posiblemente de resolver, sin embargo queda el problema del evento adverso, como consecuencia de un error médico.

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que este ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomienda:

- Basarse en las Guías Clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación, de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito. Las guías van a ser un hilo conductor que nos va a conducir por el camino de las mejores prácticas, determinadas por los expertos en la materia y auxiliarnos en la decisión para elegir el mejor criterio. Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción

o de prescripción. Debe tenerse en cuenta que las Guías Clínicas, son eso, unas guías, no una camisa de fuerza restrictiva.

- Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias.

Si tenemos en cuenta el significado de la palabra "evidencia":

- Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar.
- Prueba de algo.
- Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían progresivamente y la aplicación de un criterio se realizaría con menores riesgos de que desembocara en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- Tomar decisiones sin evidencias.
- Tomar decisiones sin tener en cuenta las evidencias.
- Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- No tomar decisiones hasta no tener evidencias.
- La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar cualquier decisión o la aplicación de cualquier criterio. Ante la evaluación de la calidad de la atención, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas, administrativas o legales, el haber actuado conforme al estado del arte (conforme a los conocimientos médicos vigentes), nos permite contar con un blindaje grueso en contra de quejas y demandas, pero sobre todo en beneficio del enfermo. Es por lo tanto imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general nos mantengamos actualizados, a través de los diferentes medios disponibles.
- Los tres puntos de protección en contra del error médico y del evento adverso, perderían totalmente su importancia si no hubiéramos documentado en el expediente clínico lo ocurrido en apego a las guías clínicas, las evidencias disponibles sobre las cuales sustentamos la aplicación de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes. Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido registradas o docu-

mentadas en el expediente clínico. Los registros en el expediente clínico, son además el mejor medio de comunicación para otorgar una atención coordinada con otros médicos que hubieran intervenido en la atención de un paciente, para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica. El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas.

- La práctica de la clínica ha venido decayendo en el transcurso de los años. Cada vez observamos con más frecuencia interrogatorios superficiales y exploración física incompleta, seguidas de la "vía corta" ("by pass"), hacia el estándar de oro. ¿Para que hacer una exploración completa de los pulmones y del área cardiaca, si contamos con una telerradiografía de tórax?, ¿para que hacer una larga y detallada exploración neurológica, si existe la resonancia magnética nuclear? Esta conducta aún cuando podría abreviar tiempo (que en casos de urgencia podría justificarse), es onerosa para los pacientes y para las instituciones y nos expone al error médico. Una buena práctica clínica es el principal proveedor de evidencias para la toma de decisiones y elegir el criterio adecuado.
- En algunos casos, ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, dirigido por los conocimientos médicos vigentes y registros acuciosos en el expediente clínico, permite llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones. En estos casos, los estudios epidemiológicos locales, orientan hacia la opción más probable.
- La mayor experiencia del médico, derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad, le permite una mayor percepción anticipatoria de los eventos adversos e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta.

Por otra parte debe considerarse también cuales son los principales factores condicionantes del riesgo de presentación de un error médico que de lugar a un evento adverso:

- Actuar sin saber: carecer del Diploma de Especialista.
- Actuar sin estar autorizado: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- No hacer lo que se sabe que se debe hacer: negligencia.
- Hacer lo que se sabe que no se debe hacer: dolo.
- Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer: ignorancia.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo, de que aún con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena medicina, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible

o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.

La presentación de un evento adverso por cualquiera de las circunstancias antes mencionadas, puede ser tributario de sanciones administrativas o penales de diferente magnitud.

### **Mejora continua de la calidad de la atención médica.**

En la medida que se cuente con programas dirigidos a la mejora continua de la calidad de la atención médica es indispensable que se preste atención a los eventos adversos, se prevenga su presentación, se identifique y se reporte aquellos que hubieran ocurrido y se lleven a cabo las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita de acuerdo con las siguientes estrategias:

- Identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.
- Respuesta organizada y sistemática:
  - Investigar las causas.
  - Análisis de las causas de los eventos adversos (48 horas).
  - Implantar el proceso de solución (15 días).
- Planeación y monitoría permanente para evitar las recurrencias.
- Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención.
- Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos.
- Implantación de estrategias de mejora continua.
- Monitoría y seguimiento del proceso de mejora.
- Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos.
- Promover a través del programa un incremento en la confianza de los usuarios y de la opinión pública en la Institución.

### **Identificación y análisis de las causas de los eventos adversos**

Una de las etapas principales en el proceso de identificación, prevención y atención de los eventos adversos es la identificación de las causas que les dieron origen. Este análisis debe reunir algunos requisitos indispensables:

- Ser oportuno, sistemático, exhaustivo y creíble.
  - Sistematizar el manejo de casos.
  - Bosquejar la secuencia de eventos.
  - Definir claramente el problema.
  - Identificar personas (roles), que hubieran estado involucrados en el proceso.
  - Aclarar los puntos pertinentes.
  - Comparar la secuencia de eventos, con lo que debió ocurrir.

- Explorar sistemas y procesos que contribuyeron con el evento adverso.

- Identificar factores condicionantes.
  - ¿Qué ocurrió?, ¿Porqué?, ¿Cuáles son los factores inmediatos?, ¿Quién participó?
  - Precisar los pasos del proceso.
  - Factores humanos relevantes en el evento.
  - Desempeño del equipo.
  - Factores controlables que afectaron el resultado.
  - Factores externos controlables.
  - Áreas o servicios en riesgo.
- Respuesta del hospital en forma organizada:
  - Capacitación y calificación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.
  - Cobertura del personal.
  - Disponibilidad de información.
  - Promover una comunicación adecuada entre los participantes.
  - Promover un ambiente físico adecuado.
  - Evitar las barreras en la comunicación de los factores de riesgo.
  - Buscar la forma de prevenir los factores incontrolables.
  - Si hubo muerte, responder de inmediato.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.

### **Las cuasi fallas.**

Las cuasi fallas son eventos adversos que estuvieron a punto de ocurrir y que no llegaron a consumarse. Se considera que son siete a diez veces más frecuentes que los eventos adversos, por lo tanto su estudio puede conducirnos a conocer donde se encuentran los mayores riesgos de eventos adversos.

### **Respuesta de las instituciones de salud ante el error médico**

Dr. Gabriel Manuell Lee

Tengo la oportunidad de presentar una visión institucional respecto a un tema que ha sido abordado ampliamente, *la respuesta de las instituciones de salud ante el error médico*, sobre el que quisiera hacer algunas precisiones que permitan contextualizarlo de una mejor manera. Es decir, voy a tratar aspectos de gran relevancia como la investigación operativa en los servicios de salud, las tendencias mundiales, la investigación del error médico, los fenómenos que a raíz de la publicación de los resultados se han observado y, finalmente lo que está haciendo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico al respecto.