

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/330324636>

Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS / History of patient's Safety. F...

Article in *Revista de la Asociación Médica Argentina* · December 2018

CITATIONS

3

READS

747

2 authors:



[Ricardo Losardo](#)

Universidad del Salvador

60 PUBLICATIONS 122 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Robinson Rodríguez Herrera](#)

Latin American University of Science and Technology - Costa Rica

9 PUBLICATIONS 9 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Reconstructive surgery [View project](#)



History of Medicine [View project](#)

Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS

Dres Robinson Rodríguez-Herrera,^{1, 2, 3, 4} Ricardo J Losardo^{5, 6}

¹ Programa Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (PICSP), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Santa Paula.

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT).

⁴ Hospital Nacional de Niños "Carlos Sáenz-Herrera".
San José, Costa Rica.

⁵ Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL).

⁶ Hospital de Oncología "María Curie".
Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se realiza una breve historia de la seguridad del paciente en la atención médica, desde los albores de las civilizaciones hasta los primeros retos Globales de la OMS y el Estudio IBEAS.

Palabras claves. Seguridad del paciente, error médico, salud pública, historia de la medicina.

History of patient's Safety. From the dawn of civilization to the WHO Global Patient Safety Challenges and IBEAS study

Summary

A brief history of patient safety is made in the medical attention, from the dawn of civilizations up to the first Global challenges of the WHO and the IBEAS Study.

Key words. Patient's Safety, Medical Errors, Public Health, history of medicine.

Introducción

La salud y la enfermedad son parte de la biología de los seres vivos. Ya en los albores de las civilizaciones aparece "el sanador y su arte", que evoluciona lentamente hacia la ciencia médica contemporánea.¹ Desde tiempos remotos, siempre

Correspondencia. Dr Robinson Rodriguez-Herrera
Correo electrónico: drrobinsongerenciasalud@gmail.com

se ha esperado que quien atiende al enfermo lo haga por el llamado de una vocación y con el mejor conocimiento existente, procurando el beneficio de aquel que sufre. También se ha entendido como una buena práctica evitar actos lesivos y/o cometer descuidos que agraven la enfermedad y/o que ocasionen daños adicionales.² En este sentido, a lo largo del tiempo, diversas culturas han procurado realizar acciones mediante tradiciones, tabúes, leyes o normas destinadas a lograr la mejor atención de la salud en el contexto de su época.³ De alguna manera, se fueron dando así las bases de lo que hoy se conoce como la seguridad del paciente. En este trabajo señalamos los principales hitos de la historia de la seguridad del paciente desde los albores de la civilización hasta los retos globales de la OMS y el estudio IBEAS.

Marco actual

Recordamos la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La seguridad del paciente es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias”.^{4, 5}

Actualmente la seguridad del paciente se está instalando como un imperativo social, científico, ético y legal en la atención médica de toda persona, que procura la prevención de los riesgos y evitar daños a quien se encuentra enfermo y bajo el cuidado de un profesional, de una institución o de un sistema de salud, ya sea en el momento de su internación o en su atención ambulatoria.^{5, 6}

Historia

Señalamos cinco etapas en la historia de la seguridad del paciente, desde los inicios de la civilización hasta la actualidad:

1. Albores de la civilización (Lejano y Medio Oriente).
2. Períodos helenista y romano (Occidente).
3. Humanismo-Renacimiento hasta la Revolución Industrial.
4. Era del control estadístico de la calidad (siglo XX).
5. Publicación *Errar es humano*, lanzamiento de los primeros retos globales de la OMS, y el Estudio IBEAS (siglo XXI).

1. Seguridad del paciente en los albores de las civilizaciones: Mesopotamia, India y China.

En este período de las antiguas civilizaciones encontramos los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para procurar una atención más segura de los enfermos. Con la invención de la escritura se difundieron los conocimientos y los tratamientos, lo que procuró una mejor calidad de la atención y su mejoramiento continuo.

Tal vez el texto más conocido es el *Código de Hammurabi*, un tratado escrito - en acadio - en una estela de basalto que hoy se encuentra en el Museo del Louvre, en París. Este código que contiene 282 leyes - es un ejemplo de legislación - es la obra más perdurable del rey babilonio Hammurabi (1810-1750 a. C.). Once de estas leyes se refirieren al acto médico, en particular la que se toma como origen de la “ley del Talión”, la ley 218, que dice: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos”.⁷ La “ley del Talión” constituye un intento de establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo. El término “Talión” significa *idéntico* o *semejante*.⁸

Para comprender mejor su importancia, tenemos que ubicarnos siempre en el contexto de la época, pues en la Antigua Mesopotamia no existían escuelas de medicina, salvo la formación de cierto “experto” en los templos del reino, llamado “Ashipu”, que era a la vez sacerdote, mago y médico. Los demás sanadores eran practicantes francamente empíricos, y al parecer causaron muchos daños al ejercer la cirugía, especialmente la oftalmológica. Esta ley funcionó como un gran disuasivo para los audaces e imprudentes, y de esta forma ayudó a la seguridad del paciente a partir de un estímulo punitivo.

Otra de las civilizaciones antiguas en la cual encontramos escritos médicos que procuran la seguridad del paciente es la hindú, en sus textos védicos, que se remontan a unos 2000 años a. C. De estos, el texto médico más conocido es el “Ayurveda” y constituye el documento más antiguo en este aspecto. En él se establece que el estudiante y practicante del arte de sanar se debe consagrar en “alma y cuerpo” al bien de los enfermos. Prohíbe el uso de venenos que dañen al paciente, en traición de la confianza propia del arte curativo, y, además, se advierte al sanador que debe evitar revelar datos comprometedores del enfermo, o de la familia del enfermo. Así, inicia la seguridad del paciente como imperativo vocacional.

Otra es la civilización China y su medicina tradicional, que tiene compendios curativos que datan de unos 1400 a. C. El *Yi Jing* o *Libro de las Mutaciones* es su texto más antiguo que se conoce en la actualidad. Pero también unos mil años antes están los tratados médicos del emperador amarillo (también conocido como Huangdi), entre ellos el *Su Wen Neijing* (compilado unos dos mil años después, en el 206 d. C.). En ellos hay referencias al deber de buen actuar del sanador, y su compromiso con la recuperación de la salud del enfermo.

La medicina tradicional China también recibe una gran influencia de Confucio (551-479 a. C.), quien en sus seis libros clásicos destaca cinco virtudes: la humanidad o benevolencia, *Ren*; la justicia o rectitud, *Yi*; la conducta correcta y protocolaria, *Li*; la sabiduría, *Zhi*; y la confiabilidad, *Xin*, cuyos conceptos se trasladaron a la atención del enfermo.

2. Seguridad del paciente en los períodos helénista y romano.

Los primeros indicios de la civilización helénica datan de unos 1200 a. C. Uno de sus mayores aportes a la humanidad es haber logrado que la medicina dejara de lado la magia, la religión y el misticismo para buscar en la razón las causas de la enfermedad y su mejor tratamiento, a partir del examen físico del enfermo y el estudio racional de sus síntomas y signos, lo que contribuyó a la seguridad del paciente. El desarrollo de los principios higiénicos en la atención del enfermo también contribuyó a lograr una atención más segura.

De este período destacamos la sabiduría de Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.) y su escuela, contenida en el *Corpus Hippocraticum* con su máxima *Primum Non Nocere*, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente (Epidemias, libro I, sección II, número V). Este principio de velar por el correcto acto médico se plasmó por primera vez en el juramento hipocrático, a partir del cual el ejercicio de la medicina tiene una orientación normativa y ética muy clara hacia la seguridad de los pacientes. Este lineamiento se extendió ampliamente hacia otras tierras, primero, durante el Imperio Helenístico de Alejandro Magno (356-323 a. C.); y luego, bajo el Imperio Romano a partir del siglo I d. C. Destacamos del juramento hipocrático lo siguiente: “Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad y daño”. Se establece allí el imperativo ético de la seguridad del paciente.

Una contribución notable de los romanos a la seguridad del paciente fue la oficialización del ejercicio de la medicina, especialmente de los médicos militares que trabajaban en las “valetudinaria”,

que eran los hospitales de campaña que siempre acompañaban a cada legión del imperio. El emperador Alejandro Severo, que gobernó entre 225-235 d. C., fue quien decretó la normalización de la enseñanza de la medicina para garantizar la calidad, y por tanto la seguridad de la práctica profesional en el Imperio Romano.

3. Seguridad del paciente desde el Humanismo y el Renacimiento hasta la Revolución Industrial.

Entre la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d. C.) y los siglos del fundamentalismo religioso propio del Medioevo o Edad Media (476-1453), los avances de la medicina mermaron. Sin embargo, fueron los árabes los que contribuyeron con su mayor progreso. Cabe destacar a Avicena (c. 980-1037) con su *Canon o Principios de la medicina*.

Luego, en el Humanismo y Renacimiento, la medicina retoma su norte respecto de la ciencia y la seguridad del acto médico, con el retorno al estudio práctico de la anatomía humana, que marca la obra y legado de Andreas Vesalio (1514-1564). Se retoma el rumbo de la medicina hacia la ciencia, y se abren los caminos hacia la fisiología, la histología, la patología y otras disciplinas médicas.

Los médicos, cada vez con mejor formación, toman nota y corrigen los errores que pueden documentar en su práctica. Tal es el caso de Ambroise Paré (1509-1590), considerado el padre de la cirugía, que después de verificar los resultados nocivos de las cauterizaciones en la batalla de Vilaine, las desaconseja a sus discípulos.

Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) luego de estudiar la mortalidad por fiebre puerperal en las salas de obstetricia del Hospital General de Viena, propuso en 1847 que los médicos realizaran un lavado de sus manos con una solución antiséptica, y documentó que la mortalidad que presentaban las pacientes atendidas por estos era más del triple que la que ocurría si eran atendidas por parteras. En 1861, publicó un libro titulado *De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal* que resumió sus investigaciones y teorías, las cuales, si hubiesen sido aceptadas, hubieran otorgado un gran beneficio a la seguridad de los pacientes. Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó notablemente a la seguridad de los pacientes al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856) en el este de Europa. Joseph Lister (1827-1912), en 1867, instauró el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente. (Figura 1).

Figura 1. Pioneros de la seguridad del paciente: Ignaz Philipp Semmelweis, Florence Nightingale y Joseph Lister (foto tomada de Wikipedia).



4. Seguridad del paciente en la era del control estadístico de la calidad (siglo XX).

Ernest Codman (1869-1940), cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos. Y, además, que era importante comparar los resultados con los de otros nosocomios (Figura 2).

Tiempo después el American College of Surgeons, ante el aumento de quejas y demandas por los malos resultados de la atención de la salud en



Figura 2. Ernest Codman: padre de la calidad asistencial (foto tomada de Wikipedia).

hospitales de los Estados Unidos de América, aceptó retomar las propuestas de Codman para exigir el cumplimiento de estándares de calidad en los centros de salud.

En 1924, el matemático Walter Shewhart (1891-1967) estableció el “control estadístico de la calidad”, como un método científico para controlar la calidad de los productos o resultados industriales. Luego, William Edwards Deming (1900-1993) aplicó estas metodologías a la industria bélica de EE.UU. durante la Segunda Guerra Mundial, y a partir de ese momento, otros sectores, como el sec-

tor salud, aprendieron y aplicaron estas metodologías en sus campos particulares.

Uno de los episodios dignos de mencionar ocurrió en 1964, cuando Elihu M. Schimmel, gastroenterólogo y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó un artículo titulado “Los peligros de la hospitalización”,⁹ donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó. Concluyó que el 20% de los pacientes admitidos presentaban lesiones de esta naturaleza, y que los daños graves correspondían a una quinta parte del total.

Estos estudios fundadores motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, y desde entonces la identificación de resultados no deseados en los servicios de salud fue ganando importancia en el mundo. La seguridad de los pacientes entra de lleno en el ámbito del control estadístico de la calidad, forzando a los líderes a tomar medidas, tanto a nivel de los trabajadores de la salud como de las organizaciones.

5. Seguridad del paciente a partir de la publicación del informe “Error es humano” y el establecimiento de los “Retos Globales” de la OMS y el estudio IBEAS (siglo XX).

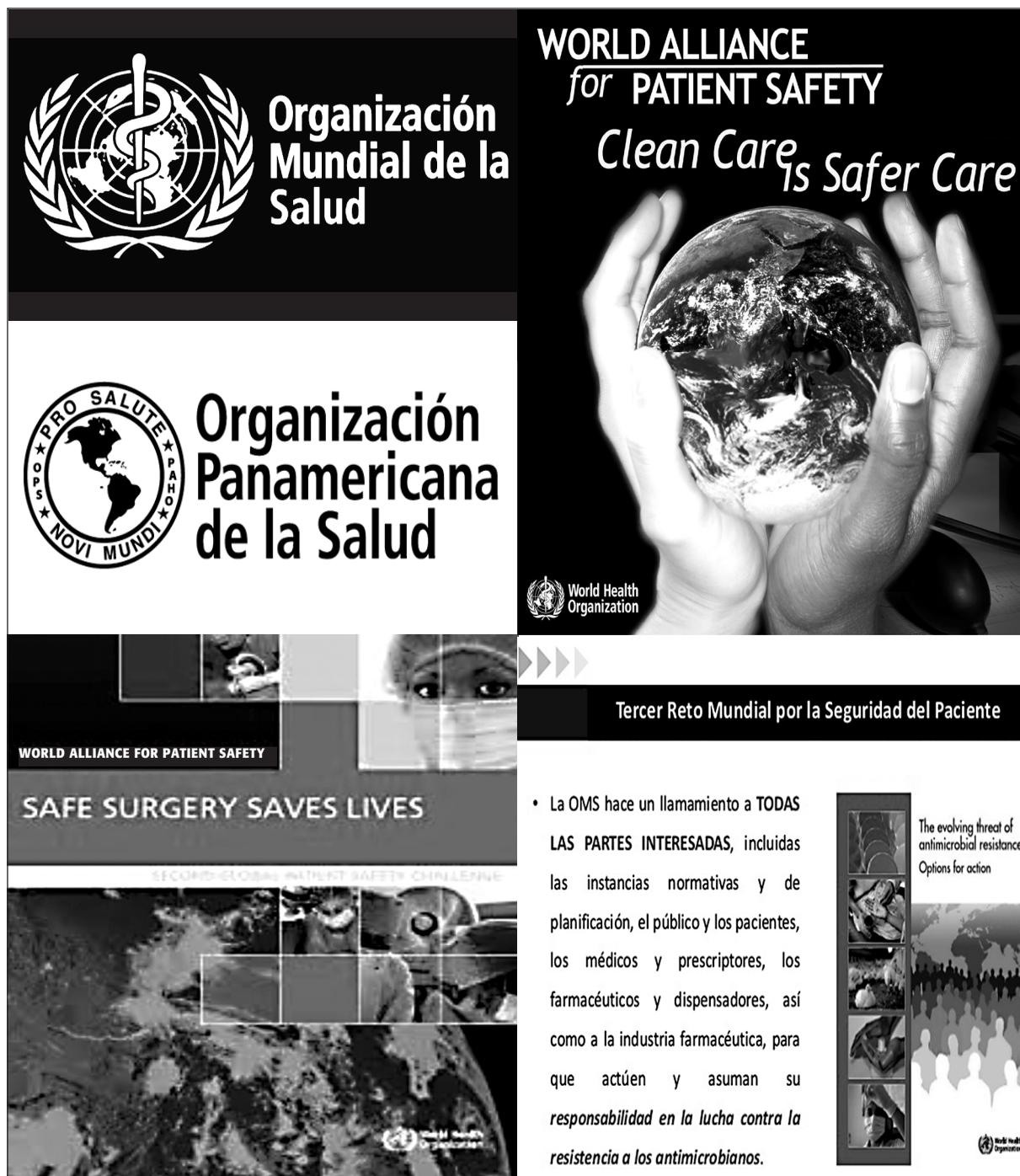
Como consecuencia del auge de estudios significativos y bien diseñados sobre los eventos adversos y su impacto en muchos hospitales, en 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” (To err is human: building a safer health system);¹⁰ cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país a considerar “la seguridad de los pacientes”

como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria. Las asociaciones de pacientes también reaccionaron exigiendo mejores controles tanto en EE.UU. como en otras naciones del primer mundo.

En 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, contempló el

tema en sus deliberaciones y propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud. Como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Un año después, en 2005, la OMS creó esa Alianza y lanzó el Pri-

Figura 3. Primero, segundo y tercer Retos Globales de la OMS-OPS.



mer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado “Atención Limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la “seguridad del paciente” en todo el planeta.^{4, 5} Luego, vino el Segundo Reto Global: “Cirugía segura”; y actualmente se ha lanzado el Tercer Reto Global: “Medicación sin daños”.¹¹ (Figura 3).

En 2007, en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), que incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables así como un 6% de las muertes. La publicación de los resultados y metodología de este estudio se realizaron algunos años después, en el 2011.¹² Por su magnitud y calidad de diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos.¹³

Respecto del primer reto global, es notable que la humanidad se demorara casi dos siglos desde que Semmelweis, Lister y Nightingale (Figura 1) propusieran el lavado de manos en el ámbito de la atención del paciente para que sea nuevamente promovido de manera global con el propósito de reducir los eventos adversos.

Conclusión

En este trabajo pretendemos destacar los principales hitos que marcan la historia de la seguridad del paciente. Si bien esta última se ha desarrollado en el siglo XXI, tiene sus raíces en los inicios de las civilizaciones, lo que demuestra el interés y la preocupación que este tema siempre despertó en el ser humano. La hemos dividido en cinco períodos, cuya duración es cada vez menor debido a que los avances médicos son cada vez más rápidos.

Bibliografía

1. Losardo R.J, Binviñat-Gutiérrez O, Cruz-Gutiérrez R, Aja-Guardiola S. La anatomía y las prácticas adivinatorias en las antiguas civilizaciones. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2016; 129 (2): 13-22.
2. Rodríguez-Herrera R. Humanismo y Medicina. *Boletín CONAMED-OPS* 2017; 2 (11): 28-30.
3. Rodríguez-Herrera R. Documento orientador de la gestión institucional de eventos adversos, PICSP-CCSS. 2016.
4. Organización Mundial de la Salud: Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Edición Multiprofesional. Ediciones Universidad del Salvador (USAL). Buenos Aires, Argentina. 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Seguridad del paciente. Disponible en: www.who.int/topics/patient_safety/es/.
6. Vítolo F. Seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio. La nueva frontera. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2017; 130 (4): 25-32.
7. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Med. Clin. Barc.* 2010; 135 (supl.1): 1-2.
8. Moncho R. Los ojos, príncipes del sentido de la vista. Una mirada artística y cultural. Editorial Universitat. Córdoba, Argentina. 2016.
9. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann. Intern. Med.* 1964; 60: 100-110.
10. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. To err is human: building a safer health system. National Academies Press 2000; vol. 6.
11. Organización Mundial de la Salud. Patient safety. WHO global patient safety challenges: medication without harm. Ginebra, 2017. Disponible en: www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/
12. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the ‘Iberoamerican study of adverse events’ (IBEAS). *BMJ Quality and Safety* 2011; 20 (12): 1043-1051.
13. Rodríguez-Herrera R, Mora EV, Yamaguchi-Díaz LP. Nuestra experiencia respecto al estudio IBEAS, retos y perspectivas. *Boletín CONAMED-OPS* 2018; 4 (20): 36-37.