

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTADO ACTUAL

Buenas intenciones, pobres resultados

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

La Han pasado 22 años desde que investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard publicaran el primer estudio científico acerca de la incidencia de eventos adversos y negligencias en pacientes hospitalizados. El Harvard Medical Practice Study (1) reveló que 4 de cada 100 pacientes internados sufrirían daños a consecuencia del accionar médico (eventos adversos), y que la mitad de los mismos podrían haber sido prevenidos. El trabajo fue la piedra angular sobre la cual se basaron otros estudios realizados en distintos países que confirmaron esta realidad. Entre el 4% y el 13 % de los pacientes internados, según distintas estadísticas, sufrirían eventos adversos vinculados con su internación.(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) Un porcentaje no despreciable de estos daños son graves y pueden evitarse, muchas veces con medidas simples, hasta en el 50% de los casos. Los trabajos en el ámbito ambulatorio son más escasos, pero también muestran márgenes de error importantes.

En otro hito, el Institute of Medicine de los Estados Unidos publicó hace ya 14 años el informe “Errar es Humano”, según el cual morirían a causa de errores médicos evitables entre 44 mil y 98 mil norteamericanos.(10) Estas revelaciones pioneras pusieron en el centro de la escena el problema y gatillaron una multiplicidad de acciones tendientes a revertirlo en todo el mundo. A lo largo de estos 20 años se viene acumulando conocimiento sobre cuáles son las mejores prácticas para aumentar la seguridad de la atención. Sin embargo, después de todo este tiempo y esfuerzo es muy poco lo que hemos mejorado y sólo unos pocos hospitales de avanzada pueden demostrar la adherencia y compromiso con medidas de seguridad básicas. Creemos entonces oportuno, luego de

enumerar todo lo que se ha hecho a lo largo de estos años, reflexionar acerca de su impacto real en la práctica de todos los días y preguntarnos por qué no hemos podido avanzar más rápido. Sólo así se podrán diseñar soluciones efectivas.

¿20 años no es nada?

Repasemos algo de todo lo que se ha hecho hasta hoy desde la publicación de los trabajos mencionados:

- Varios países realizaron estudios nacionales para tratar de determinar la incidencia de eventos adversos en sus hospitales: Australia, 1994 (13%); Reino Unido, 2000 (11%); Nueva Zelanda, 2001 (13%); Dinamarca, 2001 (9%); Canadá, 2004 (7,5%), España, 2006 – Estudio ENEAS- 9,3%; Latinoamérica, Cinco países - incluyendo Argentina- 2010. Estudio IBEAS, (12%) . (Ver Referencias bibliográficas 2 a 9)
- Desde la Universidad de Manchester, James Reason, especialista en psicología cognitiva, nos brindó la base teórica que permitió comprender mejor por qué ocurren los accidentes médicos, inmortalizada en el “Esquema del Queso Suizo”. (11) Los seres humanos somos muy falibles y confiamos en funciones cognitivas débiles, como la atención y la memoria. La mayoría de los errores “activos” resultan de condiciones “latentes” (en el sistema) (diseño de procesos, condiciones de trabajo, etc.). Las barreras defensivas que interponemos entre el peligro y el paciente son muy vulnerables.

- Se desarrollaron, inspirándose en otras disciplinas como la aeronáutica y la ingeniería nuclear, sistemas de reporte de incidentes y herramientas analíticas que permitieran una mejor comprensión de los errores médicos (análisis de causa raíz, análisis de modos de falla y efectos, matrices de riesgo, etc.). (12)(13)(14)(15)
- Se crearon asociaciones nacionales específicamente dedicadas a la seguridad del paciente (EE.UU, Reino Unido, Canadá, Australia) (16)
- Aparecieron importantes ONG' s abocadas a la investigación en calidad y seguridad del paciente, entre otras el Institute for Healthcare Improvement (IHI), National Quality Forum (NQF). Las que ya se dedicaban a Calidad, incorporan el tema de seguridad como una de sus prioridades. (17)
- Comenzó la publicación de revistas científicas especialmente dedicadas a este tema. Como ejemplos vale citar: BMJ on Quality and Safety, Journal of Patient Safety, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, etc.
- Se creó la figura del Comité de Seguridad de los Pacientes en varios hospitales. Los planes de seguridad comenzaron a ser un requisito para acreditar instituciones.
- Se definieron las mejores prácticas de seguridad (ej: National Quality Forum, en el año 2003, con actualizaciones periódicas) (18) y la Joint Commission estableció en 2002 objetivos de seguridad concretos para los distintos ámbitos de atención que se actualizan anualmente.(JCAHO National Safety Goals).(19)
- Desde la OMS (2007), se aportaron algunas posibles soluciones para la seguridad de los pacientes y se definieron prioridades: medicamentos de aspecto o nombres parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante los trasposos, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de soluciones concentradas de electrolitos, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, evitar errores de medicación, higiene de manos para prevenir infecciones, etc.(20)
- Se desarrollaron con fines de benchmarking indicadores específicos de seguridad del paciente (AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality 2011) (21) y se refinaron algunas herramientas para identificar errores a partir de las historias clínicas (“Trigger Tools”, IHI 2003) (22)
- Se creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (2004) y desde allí se lanzaron importantes campañas de seguridad como “Manos limpias Salvan Vidas” y “Cirugía Segura Salva Vidas”. A partir de esta última iniciativa se desarrolló el listado de verificación de seguridad en la cirugía, que demostró reducir un tercio la morbilidad del paciente quirúrgico. (23)

Efectos concretos

Pese a todos estos esfuerzos, no parece haber grandes progresos. En el año 2010, investigadores de Harvard publicaron un estudio retrospectivo sobre la tasa de eventos adversos en 10 hospitales de Carolina del Norte a lo largo de cinco años, entre 2002 y 2007.(24) La elección de dicho estado no fue casual: los hospitales de Carolina del Norte habían demostrado un compromiso mayor que otros estados en los esfuerzos para mejorar la seguridad de los pacientes. El 96% de las instituciones de Carolina del Norte se encontraban enroladas en campañas nacionales de seguridad, en comparación con un promedio de 78% de otros estados. A priori, se esperaba una tasa menor de daños que la media nacional. Revisores entrenados en la utilización de “Trigger Tools” analizaron 2341 historias de internación. El Global Trigger Tool (GTT) es una herramienta que permite identificar errores a partir de indicios que aparecen en las historias clínicas (ej: naloxona, para revertir una depresión respiratoria, pedidos de radiografías que no se condicen con el diagnóstico -para identificar caídas- etc.). Tiene la ventaja de no depender del reporte individual. Los resultados del “mejor alumno” fueron pobres: el 18% de los pacientes fue

dañado y el 2,4% falleció a consecuencia de eventos adversos. El 63% de los daños fue considerado por los expertos prevenible. Los autores concluyen que el daño evitable sigue siendo común y que hay pocas evidencias de mejoras significativas, necesiéndose redoblar los esfuerzos para incorporar intervenciones de seguridad efectivas en la rutina de todos los días.

En septiembre de este año 2013, John James publica una nueva estimación basada en la evidencia del daño asociado a la atención hospitalaria.(25) El objetivo era saber si la clásica cifra publicada en el informe “Errar es Humano” de 44 mil a 98 mil muertes anuales en los EE.UU por eventos adversos se había modificado a lo largo de estas últimas décadas (aquel informe se hizo con datos de la década del ’80). Para ello revisó los principales estudios publicados entre los años 2008 y 2011. Todos estos utilizaron el Global Trigger Tool (GTT) como herramienta de identificación. Probablemente por este mayor refinamiento en el instrumento de identificación, los resultados fueron aún más alarmantes que los de aquel primer informe. El autor calcula en su país un mínimo de 210.000 muertes por año asociadas a daños prevenibles en hospitales. Dadas las limitaciones en la capacidad de búsqueda del GTT y las deficiencias de la documentación, de la cual el GTT depende, el autor estimó el número real de muertes prematuras asociadas a daños prevenibles en más de 400.000 por año. Los daños serios serían entre 10 y 20 veces más comunes que el daño letal.

En el ámbito quirúrgico, el panorama tampoco es alentador. Pese a que se conocen desde hace muchos años las mejores prácticas para evitar eventos adversos tales como errores de lado, de paciente u oblitos (protocolo universal, listado de verificación de seguridad de la cirugía, etc.), los “accidentes” de este tipo continúan apareciendo con una frecuencia elevada. W. Mehtsun, del Departamento de Cirugía del Hospital John Hopkins estima, a partir de la revisión de juicios por mala praxis a cirujanos, que se producirían más de 4.000 eventos de este tipo por año en los Estados Unidos... (26)

En el estudio más reciente sobre el peso global de la atención médica insegura, Ashish H Jha, de la Escuela de Salud Pública de Harvard e Itziar Larizgoitia, de la Organización Mundial de la Salud, utilizando un abordaje conservador, llegan a la estimación de que la atención médica insegura produce a nivel global 43

millones de injurias por año y cerca de 23 millones de DALYs perdidos a consecuencia de estos daños.(27) Los DALYs (disability-adjusted life years) son indicadores que se utilizan para medir la carga de una enfermedad. Combinan los años potenciales de vida perdidos más los años vividos con discapacidad. Dos tercios de estos eventos adversos se producen en países de bajos y medianos recursos. Cuando comparan la carga de los eventos adversos estudiados (limitados sólo a 7 categorías) con otras condiciones tales como la enfermedad cardiovascular, llegan a la conclusión de que el daño médico se ubica en el puesto nº 20 dentro de las principales causas de morbimortalidad de la población mundial. Concluyen que si bien el sufrimiento relacionado con la falta de acceso a la atención continúa siendo un problema en muchos países, resulta también crítico evaluar la calidad y seguridad de la atención brindada una vez que la persona accede al sistema. Si bien se deben refinar estos datos, los hallazgos deberían ser un llamado a la acción para quienes definen las políticas de salud, haciendo de la seguridad de los pacientes una prioridad internacional.

Del conocimiento a la acción. ¿Por qué cuesta avanzar?

Falta de reconocimiento de la inseguridad como un problema de salud pública

A pesar de la publicación de varios trabajos sobre el peso humano y económico de los eventos adversos, la seguridad de los pacientes no termina de ser reconocida como un problema de salud pública, sobre todo en países en desarrollo que afirman tener otras prioridades en la agenda. La mayoría de los esfuerzos para mejorar la salud de la población global se han focalizado en mejorar la prevención y tratamiento de enfermedades con significativa morbimortalidad, buscando mejorar el acceso a terapias que permiten salvar vidas en todo el mundo. Estos esfuerzos han comenzado a dar frutos, con mayor acceso a drogas antimalaria y antirretrovirales (para pacientes HIV), por ejemplo. Sin embargo, los eventos adversos evitables no terminan de ser reconocidos como una verdadera “pandemia”. Muchos sanitaristas consideran a la seguridad de los pacientes como un tema de países de altos ingresos y con recursos, en donde la mayoría de la población tiene acceso básico a la salud. Sin embargo, sería en los países

pobres donde más gente muere o es dañada por errores una vez que accede al sistema. A su vez, estos errores en la atención generan en países de bajos recursos desconfianza en el sistema, alejando a las personas y transformándose en una barrera más para el acceso. Un verdadero círculo vicioso.

Carencia de datos y de vigilancia epidemiológica

Otro factor que dificulta el progreso es la carencia de datos y de vigilancia epidemiológica. Las evidencias son todavía muy recientes y en su mayoría se encuentran limitadas a ciertas condiciones en pacientes internados, sin mayores datos en el ámbito ambulatorio. Las mejoras de las últimas décadas en la morbilidad materno-infantil se debieron en gran parte a que la mayoría de las naciones deben reportar sus indicadores y resultados. Tal vigilancia hace falta también en otros ámbitos de atención (cirugía, anestesia, emergencias, etc.).

Fracaso en la aplicación de los conocimientos técnicos existentes

Por otra parte, la mayoría del personal sanitario considera que hace las cosas bien pero no las hace. Se fracasa sistemáticamente en la aplicación de los conocimientos técnicos existentes. Pese a que se sabe desde hace años que el antibiótico profiláctico administrado dentro de la hora de la incisión de piel disminuye a la mitad la infección del sitio quirúrgico,(28)(29) continúa observándose una coordinación inconsistente de esta profilaxis.(30) Las operaciones del paciente incorrecto en el sitio incorrecto persisten a pesar de la alta publicidad de tales acontecimientos (26) (31) y las complicaciones anestésicas son 100- 1000 veces más altas en los países que no adhieren a los estándares de supervisión.(32) La lista de medidas simples y efectivas para prevenir daños que no se cumplen podría ocupar varios tomos: lavado de manos, identificación de pacientes, manejo de medicación de alto riesgo, medidas para prevenir caídas, paquetes de medidas para prevenir infecciones de catéter y neumonías en UTI, etc... Evidentemente se está fallando no sólo en la transmisión del conocimiento dentro de las organizaciones, sino también en la transformación de dicha información en acciones efectivas.

Barreras culturales

Persisten todavía numerosas barreras culturales que no terminan de derribarse. Una de las principales es la *falta de liderazgo y compromiso* con este problema de quienes tienen la responsabilidad de llevar adelante las organizaciones de salud. Todavía se privilegia en muchos lados la productividad por sobre la seguridad y hay resistencia para invertir en los recursos humanos y económicos que se necesitan para avanzar en la seguridad de los pacientes. Por otra parte, los problemas de fondo continúan sin resolverse. Mientras no se aborden seriamente las condiciones de trabajo, la capacitación, los procesos y el diseño y mantenimiento de equipos es poco lo que se podrá avanzar.

Otra gran barrera cultural es el *escepticismo* de quienes deben implementar las medidas de seguridad. La mayoría de los médicos no creen en la magnitud del problema. Al manejarse con pequeños números, los resultados de las investigaciones realizadas a gran escala no se conciben con su experiencia personal. A esto se suma que por defecto de formación la mayoría de los médicos son *individualistas*, con poco entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo. Para muchos profesionales, la seguridad de los pacientes depende más de la excelencia individual que de la armonía dinámica de los distintos actores que participan de una atención cada vez más fragmentada. El concepto de fallas de sistemas aparece frente a los médicos como algo vago y complicado, que va en contra de todo lo que les enseñaron. Hay una tendencia a pensar que culpar al sistema significa evadirse de la responsabilidad individual que tienen como médicos de hacer lo mejor para sus pacientes con el menor margen de error posible. Ambas cosas son necesarias: la búsqueda de la excelencia a nivel individual y los cambios en el sistema para poder aprender de los errores y minimizar el daño.

Es precisamente este individualismo el que determina una gran *discrecionalidad* en la atención de los pacientes. Hoy con el título de especialista el límite lo determina el propio médico sin mayor control. Un cirujano puede estar operando todo el tiempo que él considere necesario, un hemodinamista puede realizar una cantidad impresionante de procedimientos por día, un médico puede salir de una guardia de 24 hs e ir a operar a su hospital, etc. Y nadie los frena. Se depende del criterio individual...Cualquier sistema que permite que sus integrantes trabajen en forma ilimitada

tomando decisiones autónomas sin mayor regulación ni imposición de límites es altamente inseguro. Está absolutamente comprobado que los mayores niveles de inseguridad no se deben a incompetencia. En ámbitos complejos los mayores riesgos suelen correrlos quienes desafían los límites de su propio desempeño. Los sistemas de seguridad desarrollados en otras industrias de riesgo niegan aún a los más experimentados la absoluta discrecionalidad. En nuestra visión individualista nos molesta que nos pongan límites, regulaciones o evaluaciones de desempeño. Si se quiere avanzar, los profesionales deberán ceder algo de autonomía en pos de la seguridad del sistema.

Otra barrera cultural es la *tolerancia* frente al error. Los médicos nos hemos acostumbrado a convivir con el error y a ser excesivamente tolerantes con el mismo. Solemos tomar a la mayoría de los errores como fatalidades del destino o hechos fortuitos. ¿Se equivocó de lado?, le puede pasar a cualquiera, ¿Se dejó una gasa?, son cosas que pasan... ¿Se cayó de la cama?, y cada tanto se caen... Hay mucho menos tolerancia con quien cometió el error que con el error en sí mismo. No debieran asumirse como inevitables o inherentes a la práctica habitual cosas que no debemos permitir que pasen. Reconocer que los errores son frecuentes y que van a ocurrir porque somos humanos no debe llevarnos a una insensibilización que nos paralice. Debemos estudiarlos y buscar la forma de minimizarlos.

No debe tampoco minimizarse como un obstáculo la cultura del castigo que impera en muchos establecimientos de salud. Si los errores individuales son considerados como inadmisibles, la consecuencia lógica es que los mismos deben ser castigados. El temor a represalias dificulta notificación voluntaria de errores por parte de médicos y enfermeras y sólo salen a la luz aquellos errores que produjeron daños graves y que son inocultables. Se pierde entonces la oportunidad de aprender. Además, la excesiva verticalidad de nuestro sistema establece barreras jerárquicas que hacen inimaginable a una enfermera notificando un error de un médico o a un residente notificando el error de un jefe. Tampoco es imaginable la discusión abierta de un error en un servicio. En general, cuando esto sucede, como en algunos ateneos, las discusiones tienen carácter netamente incriminatorio y el esfuerzo mayor está puesto en deslindar responsabilidades más que en el estudio de las raíces del problema.

Por otra parte, existe todavía una gran brecha entre la importancia que le asignan los especialistas en seguridad del paciente a algunas medidas y la importancia que le asignan a esas mismas medidas los médicos que deben ejecutarlas. Como muestra vale observar la forma burocrática/administrativa en la cual se instrumentan los consentimientos informados y los listados de verificación de seguridad de la cirugía en la mayoría de las instituciones médicas. Mientras esta brecha no se achique y los médicos asistenciales actúen con el mismo convencimiento que tienen los investigadores en seguridad del paciente, será inútil pretender modificar conductas mediante resoluciones o normativas obligatorias.

La industria del juicio

La facilidad para entablar juicios millonarios en nuestro sistema legal y el lógico temor a ser demandado desalienta cualquier intento de discusión abierta de los errores, condición sine qua non para avanzar en la seguridad de los pacientes. Los médicos son renuentes a reunir información vinculada a accidentes o errores por el temor de que la misma pueda ser utilizada para preparar acciones legales en su contra. Para superar este obstáculo, algunos países como Canadá y Estados Unidos han establecido, bajo ciertas condiciones, mecanismos de protección legal de la información relacionada a la seguridad de los pacientes y calidad de atención. (33)

Por otra parte, el abordaje sistémico de la seguridad del paciente se contrapone con nuestro sistema legal de responsabilidad penal y civil, que tiene como foco el establecimiento de responsabilidades y culpas y no la consideración de mejoras en los sistemas de atención. El sistema legal tiene necesariamente un abordaje individual, punitivo y confrontacional que choca de frente con la visión sistémica y no punitiva de la seguridad, en donde la culpa no es el eje y el foco está puesto sobre los procesos y no sobre los individuos que cometieron el error. Son muy pocos los países que, tratando de armonizar ambos sistemas han establecido sistemas de compensación de víctimas “no fault” (sin culpa), en donde la resolución de casos gira sobre la “evitabilidad” del evento adverso y no sobre quién tiene la culpa. Existen en estos países (Nueva Zelanda, Suecia, Dinamarca) fondos nacionales de compensación de víctimas de “accidentes” (médicos y de otro tipo) solventados por los impuestos de la población.

Falta de alineación de intereses económicos

La calidad de atención y la seguridad de los pacientes requieren de cierta inversión. Lamentablemente, no siempre los esfuerzos de las instituciones que la realizan son recompensados por los financiadores a través de un mejor retorno económico... Gran parte de esta dificultad tiene que ver con la forma en que se financia la atención en muchos sectores. Al pagar por prestaciones y no por resultados, muchas obras sociales y prepagas no sólo no pagan más por una mejor calidad, sino que terminan “premiando” a las clínicas y sanatorios por las complicaciones, reconociendo más días de internación y mayor intensidad de cuidados, independientemente de que la complicación hubiese podido ser prevenida o no. A consecuencia de esta forma de pago, la mayoría de los ahorros que se realizan a través de las iniciativas de seguridad terminan beneficiando a los pagadores, en términos de menores estadías y gastos, en vez de favorecer a la organización que realizó la inversión. Los hallazgos publicados en abril de este año por Eappen y otros investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard son perturbadores: ¡algunos hospitales norteamericanos ganarían más por las cirugías que se complican que por las que evolucionan sin problemas! (34)

Desde octubre de 2008. Medicare/Medicaid no paga más por el tratamiento de complicaciones que: a) son de alto costo, alta frecuencia o ambos; b) derivan en pagos secundarios cuando el diagnóstico se presenta como secundario al diagnóstico de ingreso y c) Podrían haber sido razonablemente prevenidas a través de la aplicación de guías basadas en la evidencia.(35) Figuran en el listado, entre otras complicaciones, las caídas, las embolias aéreas, las úlceras por decúbito grado III y IV, los oclitos, las infecciones asociadas a catéteres y los TEP luego de reemplazos de cadera y rodilla. Sin embargo, el abordaje mediante el castigo financiero tampoco parece solucionar el problema.

Es evidente que no alcanza con exhortar a los prestadores a que trabajen mejor apelando exclusivamente a “la satisfacción del deber cumplido”. Las regulaciones, las normas, el rediseño de los procesos y la tecnología informática son elementos necesarios pero no suficientes. Sin incentivos financieros con significativas recompensas, los esfuerzos de las instituciones para mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones nadarán a contracorriente.

En una búsqueda por alinear intereses, hoy aproximadamente el 39% de todos los planes de salud norteamericanos han iniciado alguna forma de incentivos financieros para la calidad (36) y se comienza a avanzar en el “pago por desempeño” con premios basados en la implementación de procesos basados en la evidencia, en la medición de resultados objetivos y en la experiencia de los pacientes (encuestas de satisfacción). (37)(38)(39)

Falta de mayor evidencia económica para apoyar la inversión en seguridad

Otra barrera histórica para avanzar ha sido la dificultad para presentar “el caso económico” que justifique las inversiones necesarias para aumentar la seguridad de las prácticas médicas. Quienes deben tomar decisiones financieras en salud se enfrentan con numerosos requerimientos que suelen competir entre sí, más allá de que el primer imperativo sea “no dañar”. Las consideraciones económicas no deberían ser el único factor a considerar en el diseño de políticas que mejoren la seguridad de los pacientes, pero cuando los presupuestos son acotados, se necesita aportar la evidencia económica que demuestre que las nuevas intervenciones que se proponen son tan buenas o mejores que otras inversiones que se realizan para mejorar la atención.

Se han realizado en los últimos años bastantes estudios sobre la carga económica de los eventos adversos en distintos ámbitos.(40)(41)(42) Estos trabajos se focalizan en los costos hospitalarios directos atribuidos a tratar estas complicaciones en internación que aparecen como diagnósticos secundarios al diagnóstico de ingreso y que podrían haber sido evitadas utilizando las guías y recomendaciones basadas en la evidencia. Lamentablemente, la mayoría de los estudios publicados sobre la carga económica de los eventos adversos en la internación de pacientes agudos no describen una metodología de costeo y los pocos estudios que sí reportan su metodología de costeo difieren en los métodos de cálculo y asignación. Por lo tanto, se ha publicado un amplio rango de costos diferentes para un mismo evento adverso. Si bien el valor de establecer una forma de medición única es reconocido en la literatura, esto no se ve reflejado en los estudios empíricos.

Esta estimación de los costos de los eventos adversos son útiles para motivar cambios, pero no son muy claros acerca de dónde se deben realizar inversiones.

Todavía son muy pocos los análisis económicos comparativos, también llamados análisis de costoefectividad. Estos estudios comparan los costos y resultados de una o más estrategias de seguridad destinadas a evitar un determinado evento adverso. Buscan identificar intervenciones que brinden el mejor resultado con la menor inversión posible. Se necesita mayor cantidad y calidad de este tipo de estudios, que deberían privilegiarse sobre los que solo informan acerca de la carga económica del problema.

Cultura de Seguridad

Una vez identificados los obstáculos, se deben desarrollar a todo nivel estrategias para removerlos.

La dificultad para avanzar en calidad y seguridad de los pacientes desde un punto de partida inicial hacia uno con mayor nivel de compromiso de los médicos depende de un complejo conjunto de factores. Algunos de ellos son estructurales, como la forma de relacionarse de los médicos con la institución (abierta o cerrada) y otros son históricos, como la memoria y los efectos residuales de relaciones conflictivas en el pasado. Pero el factor más importante es la cultura, entendida como el conjunto de creencias, normas y valores –explícitos o implícitos- que forman la base de los patrones de conducta del staff médico, de enfermería y auxiliar. Es bien sabido que los principales obstáculos para avanzar se encuentran enraizados en creencias, conductas y elecciones y no en la falta de recursos o tecnología.

La comprensión de la cultura existente es crítica para poder imponer una nueva. Sin embargo, es preciso destacar que no todo el personal del hospital, sanatorio o clínica tiene una cultura única. Más bien, se presentan en los mismos múltiples “microculturas”. Si los líderes de la institución no tienen una cabal comprensión de los valores y creencias que subyacen detrás de los comportamientos, es poco probable que logren aumentar la participación de los médicos en los programas de calidad. Cualquier nueva iniciativa fracasará si no se logra desarrollar una cultura de seguridad y un adecuado clima de trabajo.

A lo largo de todo este tiempo, el sector salud ha tomado prestado de otras industrias altamente

confiables, como la aeronáutica o la ingeniería nuclear, el concepto de “cultura de seguridad”. Estas organizaciones se desempeñan extremadamente bien y con pocos eventos adversos de manera sostenida a lo largo del tiempo gracias a la implementación efectiva de modelos de comunicación y trabajo en equipo y a la creación de ambientes de trabajo que consideran que la seguridad es la prioridad número uno, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Algunos sostienen que el sector salud todavía transita por la infancia en su camino a ser una actividad altamente confiable. Otros afirman que una cultura de seguridad plena jamás será alcanzada por las organizaciones de salud porque se enfrentan a distintas prioridades que compiten entre sí, haciendo más difícil que la seguridad sea en todos los casos la prioridad Nº1. Justo es decir también que la caída de aviones o la explosión de una central nuclear posiblemente signifiquen el fin de las operaciones de las empresas que se dedican a ello, algo que no ocurre con una clínica o sanatorio cuando fallece un paciente a consecuencia de un error. A diferencia de los pilotos y de los operarios de las centrales atómicas, los médicos y administradores de servicios de salud no mueren en los accidentes que provocan...

Pese a todo, son varias las organizaciones de salud con un pensamiento de avanzada que están realizando progresos y logran poco a poco modificar conductas, conceptos y procesos mediante la creación de una verdadera cultura de seguridad. Debemos inspirarnos en ellas si queremos cumplir con el primer mandato hipocrático: “Primum non nocere”.

Bibliografía

1. Brennan TA, Leape LL. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New Engand. Journal of Medicine*. Feb 7, 1991
2. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-271
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-471
4. Vincent C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001;322:517
5. Baker GR, Norton PG et al.. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal* 2004 May 25;170(11):1678-86
6. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. *NZ Med J* 2002;115:U271
7. [Schjøler T, Lipczak](#). Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. [Ugeskr Laeger](#). 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
8. Aranaz Andrés JM y col. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados ala Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
9. Aranaz Andrés JM y col. Estudio IBEAS. Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. 2010. BEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine, 2000.
11. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000: 320-768
12. Wald H, Shojania KG. Root cause analysis. In: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, eds. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058; July 2001. Available at <http://www.ahrq.gov>
13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Framework for Conducting a Root Cause Analysis In Response to a Sentinel Event. American Society for Healthcare Risk Management. 1997 Annual Conference and Exhibition. October, 1997. Atlanta GA .USA.
14. Institute for Healthcare Improvement (IHI) Failure Modes and Effects Analysis Tool. 2004. <http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>
15. New South Wales Health Incident Management Policy Directive (Australia). Severity Assessment Code (SAC), November 2005.
16. National Patient Safety Foundation (USA, 1997); National Patient Safety Agency UK); Canadian Patient Safety Institute; Australian Patient Safety Foundation (1998)
17. Institute for Healthcare Improvement, fundado en los EE.UU en 1991; National Quality Forum, fundado en los EE.UU en 1999.
18. National Quality Forum Safe Practices for Better Healthcare – 2010 Update. Disponible en Internet: http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx
19. JCAHO. National Patient Safety Goals 2002 a 2014. Disponibles en Internet: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

20. Organización Mundial de la Salud/Joint Commission/Joint Commission International. "9 soluciones para la seguridad de los pacientes". Mayo 2007. Disponible en Internet: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>
21. Fabian, L.A. & Geppert, J. Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement Summary (Prepared by Battelle, under Contract No. 290-04-0020). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2011.
22. Institute for Healthcare Improvement. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. 2003, con actualizaciones periódicas. Última en agosto 2013- Disponible en Internet: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx>
23. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Información de las campañas en <http://www.who.int/patientsafety/es/>
24. Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N. Eng.J. Med* 2010;363:2124-2134
25. James JT. A New Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* Volume 9, N°3, September 2013. P 122-128.
26. [Mehtsun WT](#), [Ibrahim AM](#), [Diener-West M](#), [Pronovost PJ](#), [Makary MA](#). Surgical never events in the United States. *Surgery.* 2013 Apr;153(4):465-72
27. Jha AK, Larizgoitia I et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-815
28. [Bratzler DW](#), [Houck PM](#); [Surgical Infection Prevention Guideline Writers Workgroup](#). Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Am J Surg.* 2005 Apr;189(4):395-404
29. Classen DC; Evans S. et al. The Timing of Prophylactic Administration of Antibiotics and the Risk of Surgical-Wound Infection. *N Engl J Med* 1992; 326:281-286
30. Haynes Ab; Weiser TG. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360;5 January 29, 2009. En los ocho sitios de la evaluación, la falta de suministro de antibióticos a tiempo ocurrió en casi la mitad de los pacientes quirúrgicos que se beneficiarían de otra manera de la administración oportuna
31. [Seiden SC](#), [Barach P](#). Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg.* 2006 Sep;141(9):931-9. El trabajo estima anualmente entre 1300 y 2700 incidentes de este tipo en los EE.UU
32. Webb RK, van der Walt JH, Runciman WB, et al.. The Australian Incident Monitoring Study. Which monitor? An analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care.* 1993 Oct;21(5):529-542
33. Quality of Care Information Protection Act, 2004 (QCIPA). Canada, 2004. Patient Safety and Quality Improvement Act (USA, 2005)
34. Eappen S; Bennett H; Rosemberg B. et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *JAMA*, April 17, 2013. Vol 309 N°15
35. CMS Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Acquired Conditions. www.cms.gov
36. Miller J, Models for measuring: performance reward programs move forward, but few take off running. *Managed Care Executive*, (2004). 14 (2), 24-26
37. CMS/Premier. Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID). White paper Accesible en internet. www.premierinc.com/p4p/hqi
38. CMS Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Value-Based Purchasing. Accesible en Internet. www.cms.gov

39. Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, Mc Donald R, Roland M.
Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *N Engl J Med*. 2012; 367: 1821-1828
40. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”, 2008. Accesible en Internet
<http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/otros-estudios/2007/costes-no-seguridad-paciente.html>
41. Canadian Patient Safety Institute. The economics of patient safety in acute care. Technical Report (2011). Accesible en internet: www.patientsafetyinstitute.ca
42. Gray, A. Adverse events and the National Health Service: an economic perspective- a report to the UK National Patient Safety Agency. Oxford: Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford.