

CONCEPTOS TRANSFORMADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: Reporte de progresos y cuentas pendientes *

El pasado mes de julio, un grupo de líderes mundiales en seguridad del paciente, dentro de los cuales se encuentran personas de la talla de Lucian Leape, Donald Berwick, Charles Vincent, Tejal Gandhi y Robert Watcher (por sólo citar aquellos autores que conozco y sigo desde hace años), publicó en el *BMJ Quality and Safety* una revisión narrativa titulada: *"Transforming concepts in patient safety: a progress report"*.

Realizan allí una especie de balance entre los progresos realizados y las cuentas pendientes en cada uno de los cinco conceptos transformadores que el Instituto Lucian Leape describiera en una serie de documentos publicados entre 2009 y 2015. Los mismos abordaron respectivamente la necesidad de una reforma en la educación médica, de una atención más integrada, de una fuerza de trabajo segura que encuentre alegría y significado en su trabajo, de una participación más activa de los pacientes/familias y de una mayor transparencia. El artículo resulta de lectura imprescindible para todos aquellos que deseen avanzar en calidad de atención y seguridad de los pacientes.

A continuación, una traducción/adaptación al español.

INTRODUCCIÓN

La Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSF) creó en 2007 el Instituto Lucian Leape (LLI) con el objetivo de ofrecer un servicio estratégico que permitiera mejorar la seguridad de los pacientes. Compuesto por líderes nacionales con un interés común y experiencia en seguridad, el LLI se abocó a identificar nuevos abordajes para mejorar la seguridad de los pacientes e inspirar la innovación necesaria para agilizar el trabajo. La Fundación buscaba generar un efecto significativo y mejoras sustentables en la cultura, los procesos y los resultados, alentando a las principales partes interesadas a asumir la responsabilidad de liderar los avances en seguridad del paciente.

* Traducción libre/adaptación del documento *"Transforming concepts in patient safety: a progress report"*. Gandhi TK; Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, Michael D, Morathg JM, Vincent CH. *BMJ Quality & Safety* Jul 2018. Traducción y adaptación: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

En ese momento, el principal desafío para mejorar la seguridad de los pacientes no radicaba en cuestiones técnicas, sino en la generación de una cultura en la cual dichos sistemas pudieran echar raíz. Los miembros fundadores adoptaron una visión para la transformación que identificaba cinco conceptos claves para llevar a cabo acciones sistémicas:

1. La educación médica debe ser rediseñada para preparar nuevos médicos y otros profesionales de la salud en condiciones de funcionar en esta nueva cultura.
2. La atención debe ser prestada por equipos multidisciplinarios que trabajen en plataformas de atención integrada.
3. Los trabajadores de la salud necesitan trabajar en entornos seguros y encontrar alegría y significado en su trabajo.
4. Los pacientes deben convertirse en socios de pleno derecho en todos los aspectos del diseño y la prestación de servicios de salud.
5. La transparencia debe ser un valor practicado en todo lo que hacemos.(1)

El Instituto Lucian Leape (LLI) reconoció que articular estos conceptos transformadores no era suficiente. Los líderes del sector salud necesitaban ser persuadidos para ponerlas en práctica. En 2009, el Instituto comenzó a convocar mesas redondas de expertos para abordar cada concepto y comprometer a las partes interesadas. Se difundieron los resultados en diversos informes publicados entre 2010 y 2015. Las principales recomendaciones se resumen en el presente documento. Mientras persisten múltiples desafíos, lo que resulta alentador son los progresos realizados en cada una de estas cinco áreas.

1. REFORMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Equipar a los médicos para mejorar la seguridad de los sistemas de salud es una tarea que corresponde a los responsables de la formación de los médicos, no sólo de la educación de grado (facultades de medicina), sino a través del continuo de su entrenamiento y práctica.

El documento del LLI "*Unmet needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care* (2) examina la necesidad de una reforma educativa, describe los cambios necesarios y hace recomendaciones específicas a las facultades de medicina, hospitales escuela y cuerpos de acreditación (Ver Tabla 1). Si bien resulta esencial que todos los miembros del equipo de salud desarrollen estas habilidades, este informe se centró exclusivamente en los médicos como punto de partida.

Progresos

En los últimos años, los planes de estudios de las facultades de medicina de los Estados Unidos y otros países del mundo han incluido cada vez más en sus currículas la seguridad del paciente y la ciencia de la seguridad. Estos conceptos también se han vuelto más comunes en la educación de otros profesionales de la salud. La American Medical Association, por ejemplo, creó un consorcio especial para acelerar cambios en la educación médica de ese país. Este consorcio reunió a las facultades de medicina con el objetivo de innovar, desarrollar planes de estudio y compartir las mejores prácticas, incluidas las relativas a la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

Por otra parte, el consejo que acredita las residencias médicas (ACGME), requiere que los médicos residentes participen de actividades de aprendizaje de calidad y seguridad. Recientemente, la Asociación de Colegios Médicos de los EE.UU ha

iniciado un programa que busca crear una comprensión compartida de las competencias que los profesionales necesitan desarrollar para mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes a lo largo de su formación de grado y postgrado.

Otras disciplinas clínicas, en particular la enfermería, han sido pioneras en la creación de currículas educativas en estos temas, y se están realizando actualmente esfuerzos para destacar la importancia de los equipos interdisciplinarios. Los programas de formación de las escuelas de enfermería se han focalizado en mejorar la educación en torno a la ciencia de la seguridad durante más de una década. Contrastando con esto, una colaborativa nacional para mejorar el ambiente del aprendizaje clínico destacó “la brecha” que existía en la formación en seguridad de los médicos y brindó recomendaciones muy claras para mejorar (3)

Para ayudar a los estudiantes y profesionales a desarrollar competencias básicas en seguridad, mejora continua y liderazgo, el Instituto para la Mejora en Salud (IHI) ha desarrollado un sistema educativo interactivo en base web llamado “Open School” (“Escuela Abierta”). Más de 650.000 alumnos se han suscripto desde que el Open School abriera sus puertas virtuales en 2008. Para abordar la necesidad de formación de los graduados, la Fundación Nacional por la Seguridad de los Pacientes (NPSF), creó a su vez un curso sobre esta ciencia, del que participaron más de 7000 estudiantes de distintas disciplinas de la salud.

**Tabla 1. Principales recomendaciones del documento
“ Ummet needs: Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care ”.**

Destinatarios	Recomendaciones
Facultades de medicina y Líderes hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> - Dar la máxima prioridad a la creación de una cultura de aprendizaje que enfatice la seguridad del paciente, la profesionalidad, la transparencia y que valore su aprendizaje individual. - Eliminar gradientes jerárquicos y de autoridad. - Enfatizar que el profesionalismo incluye demostrar respeto mutuo y no tolerar conductas abusivas o humillantes. - Declarar y hacer cumplir una política de tolerancia cero para comportamientos irrespetuosos indignantes, confirmados por parte del profesorado, el personal o los residentes. - Promover el desarrollo de habilidades interpersonales, el liderazgo, el trabajo en equipo y la colaboración entre el profesorado y el personal. - Proporcionar incentivos y recursos para mejorar las capacidades del profesorado para enseñar y practicar la seguridad del paciente y para ser eficaces modelos a seguir. - El proceso de selección para la admisión a las facultades de medicina debe enfatizar atributos que reflejen profesionalismo y orientación hacia la seguridad del paciente, tales como la compasión, la empatía y la colaboración.
Facultades de medicina	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar la seguridad del paciente como una ciencia que abarca los factores humanos, la teoría de sistemas y la comunicación abierta. - Enfatizar la formación de las habilidades, actitudes y comportamientos deseados, tal y como se establecen en las competencias básicas definidas por el IOM, la Junta Americana de Especialidades Médicas y el Consejo de

Acreditación para Graduados en Educación Médica.

- La experiencia educativa en seguridad debe ser coherente, continua y flexible a lo largo de toda la educación médica de grado, la formación de residentes/ becarios y durante la formación continua

Cuerpos de acreditación

- Modificar los requisitos de acreditación de las facultades de medicina y los de los programas de residencia, incluyendo las expectativas para la creación de culturas de aprendizaje, junto con el desarrollo de rasgos conductuales relacionados con la seguridad del paciente.
- Encuestar a las facultades de medicina para evaluar las prioridades educativas en seguridad del paciente y para la creación de culturas universitarias y hospitalarias que apoyen la seguridad del paciente.

Varias universidades han desarrollado programas de posgrado y becas de investigación en calidad y seguridad, del cual han participado no sólo médicos, sino también, gerentes de riesgo, farmacéuticos y ejecutivos del sector salud. También se han creado programas avalados de certificación profesional en seguridad del paciente. (4)

Cuentas pendientes

Pese a los progresos mencionados, aún quedan oportunidades por delante para que la formación en seguridad de los pacientes de los profesionales de la salud sea más consistente. Un informe de 2016 del ACGME (órgano que acredita las residencias) revela brechas en áreas tales como la retroalimentación a partir de incidentes y eventos adversos, la falta de conciencia acerca del rango de temas vinculados a la seguridad de los pacientes y la escasez de oportunidades para intervenir en proyectos de mejora sistémica interdisciplinarios. A esta brecha de aprendizaje contribuye la escasez de profesores con experiencia en seguridad y mejora de la calidad

Los requisitos de educación continua para los médicos asistenciales son muy variables. Mientras que algunas especialidades médicas continúan requiriendo una capacitación continua en seguridad del paciente para recertificar, la Junta Americana de Medicina Interna removió recientemente este requisito para mantener la certificación. (7). Las organizaciones de salud podrían beneficiarse si se fomentara el estudio de la ciencia de la seguridad en todos los miembros del equipo, incluidos los miembros de la junta directiva; también si desarrollaran mecanismos de aprendizaje continuo mientras la ciencia de la seguridad se expande.

A medida que estas y otras actividades cobran impulso, la agenda central sigue siendo coherente, clara y urgente: se debe integrar en la formación de los profesionales de la salud la sensibilidad y el desarrollo de competencias, compromiso y formación práctica que lleven hacia una atención más segura. La adopción de la ciencia de la seguridad en la educación médica resulta crucial para la salud y el bienestar futuro de los pacientes, sus familias y comunidades.

2. INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN

El documento del Instituto Lucian Leape (LLI) *“Order from Chaos: Accelerating Care Integration”*, concluye que la pobre integración de la atención está íntimamente relacionada con los eventos adversos, y que las mejoras en esta área deben estar entre las principales prioridades de los sistemas de salud. Sólo así se podrá lograr de manera consistente una atención médica más segura, eficaz y eficiente.

En el informe se señalaba la necesidad de establecer un entendimiento compartido entre los actores públicos y privados (incluyendo los medios de comunicación y los grupos de defensa del consumidor), en relación al vínculo que existe entre la integración de los cuidados y la seguridad del paciente. Resulta entonces necesario desarrollar y difundir ampliamente las mejores prácticas para mejorar la integración de los cuidados (ver Tabla 2)

Progresos

Debido a la presión creciente para mejorar la coordinación de la atención en sus distintos ámbitos, y dada la importancia que ha adquirido el garantizar la seguridad de los pacientes en la continuidad de cuidados, están ganando terreno nuevos métodos para mejorar las transiciones y asegurar una comunicación efectiva entre los equipos, prestadores y pacientes.(9) Hoy, el mayor foco en la salud de la población, y algunos cambios específicos en los modelos de pago del mercado, sirven como incentivos para una mayor integración y coordinación de los cuidados.

Se ha progresado en el desarrollo de sistemas y estructuras que fomentan e incentivan la integración de los cuidados. Las Accountable Care Organizations (ACO's – Organizaciones de Atención Responsables-"), incluidas en la Ley Federal de Protección al Paciente y de Cuidados de Salud Asequibles, han reunido a grupos de prestadores de servicios de salud con el objetivo de incentivar una mejor calidad de atención a un menor costo.

Del mismo modo, el desarrollo de cuidados domiciliarios centrados en el paciente ha permitido reorganizar y revitalizar la atención primaria; la evidencia preliminar demuestra que este abordaje es muy prometedor para lograr costos más bajos, una mejor experiencia del paciente y una mayor calidad de la atención. (10)

Tabla 2. Principales recomendaciones del documento "Order from Chaos: "Accelerating Care Integration"

Destinatarios	Recomendaciones
Todos los actores: Agencias gubernamentales, grupos de consumidores	<ul style="list-style-type: none"> – Crear mecanismos entre los actores públicos y privados para desarrollar un entendimiento compartido en relación al vínculo existente entre la integración de la atención y la seguridad del paciente. – Utilizar grupos de trabajo y foros públicos, para difundir y catalogar las historias de pacientes y las mejores prácticas.
Líderes y profesionales de la salud, la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> – Los pacientes y sus familias deben participar activamente en la mejora de los procesos y en los esfuerzos por diseñar, rediseñar y revisar el desempeño de las organizaciones de salud.
Reguladores y cuerpos de acreditación	<ul style="list-style-type: none"> – Crear métodos que permitan medir la integración de la atención, junto con métricas sólidas de evaluación, incorporando estos indicadores en los sistemas de información pública
Facultades de Medicina, Sociedades Profesionales,	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar capacitación y entrenamiento para ejecutivos, juntas directivas, médicos y estudiantes de medicina que estén centrados en la seguridad del paciente y la integración de los cuidados

ONG's

Investigadores, Industria

- Desarrollar la tecnología y la infraestructura que permita la difusión nacional de las mejores experiencias organizativas y operativas en apoyo a una mayor integración de la atención

Otros ejemplos alentadores de mejora en la integración de la atención médica incluyen el Proyecto de Reingeniería de Altas (Proyecto **RED** -Project Re-Engineered Discharge-), el Proyecto **ACHIEVE** (Achieving Patient- Centered Care and Optimized Health In Care Transitions by Evaluating the Value of **E**), financiado por el Instituto de investigación PCORI, especializado en atención centrada en la persona (Patient-Centered Outcomes Research Institute), y el proyecto **CAPABLE**, de la Escuela de Enfermería del Johns Hopkins, focalizado en una atención domiciliaria que mejore la calidad de vida de los adultos mayores (**Community Aging in Place: Advancing Better Living for Elders**). Por ejemplo, El Proyecto RED, por ejemplo, desarrolló estrategias que mejoran el proceso de altas hospitalarias, promueven la seguridad, disminuyen las re hospitalizaciones y mejoran la satisfacción de los pacientes.

Por último, el aumento del número de médicos empleados con alta carga horaria y el perfeccionamiento continuo de la historia clínica electrónica han acelerado la integración de la atención. La mejora de la interoperabilidad de los sistemas informáticos del sector salud ha sido a su vez una iniciativa importante del Gobierno Federal para mejorar la información a lo largo de todo el proceso de atención. (12)

Cuentas pendientes

A pesar de los progresos descritos, la coordinación e integración de la atención continúa siendo difícil, en particular para pacientes con múltiples condiciones crónicas.(13) Aún con un impulso nacional hacia modelos de atención más integrados (focalizados mayormente en el desarrollo de ACOs), los resultados hasta la fecha son dispares. Los problemas de integración de los cuidados se agravan en el caso de adultos mayores. Un estudio encontró que el beneficiario medio de Medicare tarda alrededor de 17 días en contactar con el sistema sanitario a través de un promedio de 3 o 4 médicos diferentes. Sólo el 55% de ellos coordinan su cuidado con un solo médico de atención primaria.(14)

Los cambios estructurales no garantizan por sí solos una integración óptima de la atención. Se requiere de un fuerte liderazgo clínico y una mayor participación de los pacientes para lograrlo.. El involucramiento de los pacientes y sus familias en el co-diseño de la atención, sobre todo de la que se presta en el hogar ayudará a identificar las necesidades y los déficits educativos.

De todos los conceptos transformadores desarrollados por el Instituto Lucian Leape, la integración de la atención tal vez sea el mayor desafío, dada la fragmentación del sistema de salud de los Estados Unidos (N: y la de muchos otros países). Cuando se pide a los estadounidenses que reflexionen sobre la coordinación de la atención a partir de sus propias experiencias, algunos se refieren al "sistema de salud" como un oxímoron. (15) Dentro de los Individuos responsables de coordinar los cuidados y ayudar a los pacientes a navegar por el sistema de atención médica, se incluyen a médicos de atención primaria, especialistas, enfermeros, farmacéuticos, trabajadores sociales, personal y gerentes de los sistemas de salud. A medida que la atención se vuelve más compleja y repartida entre más prestadores, es esencial para mejorar tanto los procesos (p. ej., trabajo en equipo, comunicación, participación de los pacientes) como las tecnologías (p. ej., historias electrónicas).

3. ALEGRÍA Y SIGNIFICADO EN EL TRABAJO. SEGURIDAD DE LA FUERZA LABORAL

La misma naturaleza y misión del trabajo de los profesionales de la salud, quienes sirven a los demás en sus momentos más vulnerables, debería ser suficiente para brindar alegría y dar sentido a la vida de quienes trabajan en hospitales y centros de salud. El documento del Instituto Lucian Leape “*Through the Eyes of the Workforce: Creating Joy, Meaning and Safer Healthcare*” (16) examina cómo mejorar la seguridad y la alegría de la fuerza laboral en salud.

El riesgo de daños físicos para los trabajadores de este sector es mucho mayor que para los de otras industrias e incluye lesiones causadas por riesgos ambientales evitables, tales como caídas, lesiones musculo esqueléticas, accidentes punzocortantes y violencia en el trabajo, entre otros daños físicos.(17)

El daño emocional también está bastante generalizado, con reportes crecientes de falta de respeto, pases de factura y ambientes punitivos. Las presiones de producción causan fatiga a los cuidadores, y muchos de ellos son continuamente expuestos a conductas que socavan el trabajo en equipo, tales como críticas destructivas, burlas, bullying e incluso agresiones físicas.

Los efectos deletéreos de la cultura del irrespeto que impregna el sector salud, (18) junto con la extensión y efectos del problema del burnout de los profesionales son cada vez más reconocidos. (19) Sin embargo, las medidas para prevenir y mitigar estos efectos se demoran. Algunas de las recomendaciones establecidas en el informe mencionado se destacan en la Tabla 3.

Progresos

Se están llevando a cabo distintas iniciativas para mejorar la toma de conciencia acerca de la importancia que tiene la alegría y el sentido del trabajo, junto la seguridad física y psicológica de los trabajadores. La Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos y varios grupos de profesionales de la salud y aseguradoras, como la American Association of Critical –Care Nurses, la American Nurses Association (ANA Enterprise), la American Medical Association y The Harvard Risk Management Foundation están actualmente abordando temas tales como el burn out y la resiliencia.(20). El Instituto para la Mejora en Salud de los Estados Unidos (IHI) ha desarrollado a su vez un marco para aumentar la alegría.

Tabla 3. Principales recomendaciones del documento “Through the eyes of the workforce. Creating Joy, Meaning and Safer Health Care”

Destinatarios	Recomendaciones
Líderes hospitalarios y sanitarios, profesionales, miembros de juntas directivas	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar y encarnar valores centrales compartidos de respeto mutuo y civismo - Transparencia y el compromiso de decir la verdad - Seguridad de todos los trabajadores y pacientes - Alineación y la rendición de cuentas de estos principios para todos, desde el Directorio hasta los trabajadores de la primera líneas
Líderes hospitalarios y	<ul style="list-style-type: none"> - Adoptar el objetivo explícito de eliminar los daños a los trabajadores y a los

sanitarios, profesionales, miembros de juntas directivas	<p>pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y celebrar el trabajo y los logros de la fuerza de trabajo, de manera regular y con gran visibilidad.
Líderes hospitalarios y sanitarios, miembros de juntas directivas, gerentes	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometerse a crear una HRO (Organización Altamente Confiable) y demostrar la disciplina necesaria para lograrlo. Esto requerirá la creación de un sistema de aprendizaje y mejora, además de la adopción de habilidades de gestión de la fiabilidad basadas en la evidencia. -
Líderes hospitalarios y sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer la captura de datos, generar bases y métricas de rendimiento con el objetivo de mejorar y poder rendir cuentas.
Gobiernos y ONG´s	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar la investigación en toda la industria para explorar los problemas y condiciones en la atención médica que están perjudicando a nuestra fuerza laboral y a los pacientes.

En el trabajo en el que recomienda, dar mayor preponderancia a temas tales como el reconocimiento, la autonomía, el compañerismo, la gestión participativa, el trabajo en equipo y la seguridad física/ psicológica de los trabajadores, entre otras cosas (21).

Algunos han observado que los objetivos ampliamente aceptados de la Triple Meta (Mejorar la salud de la población; mejorar las experiencias de los individuos y reducir el costo per cápita) (22) deberían ampliarse para incluir una cuarta meta: mejorar la seguridad y alegría de la fuerza laboral significando su trabajo. (23) (24)

En cuanto a la seguridad física de los trabajadores sanitarios, se están llevando a cabo esfuerzos notables. Con el apoyo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos ha lanzado recientemente una iniciativa para animar a los hospitales y centros de salud para que implementen medidas de seguridad y sistemas de gestión que ayuden a prevenir lesiones entre sus empleados y pacientes.(17) De manera similar, la Joint Commission ha proporcionado informes e instrumentos detallados para mejorar la seguridad de los trabajadores y reducir la violencia en el lugar trabajo. (25)

Cuentas pendientes

A pesar de estos esfuerzos, un estudio reciente mostró que más de la mitad de los médicos norteamericanos sufren burn out (26) . Entre el 25% y el 33% de los enfermeros de UTI tendrían a su vez síntomas de burn out severo.(27) Los médicos tienen tasas de agotamiento más altas, mayores índices de depresión y suicidios que la población general.. (28) El daño físico, psicológico y emocional de los trabajadores suele traducirse en litigios laborales, pérdida de horas de trabajo, rotación de personal y la falta de vocaciones. Por otra parte, a partir de la reforma el sistema de salud, del pago por rendimiento, de la introducción de historias electrónicas y de otras innovaciones, los médicos y enfermeros tienen cada vez menos tiempo para estar en contacto directo con los pacientes, lo que le quita energía, sentido y alegría a sus tareas.

Para agravar el problema, una encuesta reciente descubrió que sólo el 23% de las juntas directivas de los hospitales tienen incorporados en sus tableros de comando indicadores de seguridad en el lugar de trabajo. (29) La fuerza laboral del sector salud está en peligro y, sin trabajadores sanos, comprometidos y apoyados, seguirá siendo difícil mejorar la seguridad de los pacientes.

4. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

A pesar de evidencias que sugieren que la asociación con los pacientes y sus familias produce mejores resultados, mejora sus experiencias y ayuda a generar un entorno más seguro y productivo para los profesionales de la salud, las organizaciones todavía deben realizar enormes esfuerzos para lograr cambios significativos y duraderos en términos de participación. El documento del Instituto Lucian Leape *“Safety is personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care”* (30), echa una mirada a obstáculos tales como la actual fragmentación de los sistemas de salud, la persistencia de una cultura profesional paternalista, los procesos deficientes y la infrecuente participación de los pacientes y sus familias en el co-diseño de la atención. Observa a su vez la falta de formación del personal en estrategias de comunicación claves tales como la de averiguar qué es lo que más importa a los pacientes para la toma de decisiones compartida, la utilización de un lenguaje sencillo y la adecuada revelación, junto con el pedido de disculpa correspondiente, cuando las cosas salen mal. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Principales recomendaciones del document “Safety is Personal: Partnering with Patients and Families for the Safest Care”

Destinatarios	Recomendaciones
Líderes de sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer de la participación del paciente y de su familia un valor central de la organización, involucrándolos como socios equivalentes en todas las actividades. - Capacitar y entrenar a los médicos y al personal clínico para que sean socios eficaces y para que trabajen con grupos de defensa de los pacientes y organizaciones de la comunidad, con el fin de aumentar la conciencia y el compromiso del público.
Médicos y resto del personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a los pacientes y sus familias para que se involucren de manera más efectiva en su propia atención, proporcionándoles la información, la capacitación y las herramientas que necesitan para manejar sus condiciones de salud de acuerdo a sus deseos expresados. - Involucrar a los pacientes como socios equivalentes en la mejora de la seguridad y el diseño de la atención. - Apoyar a los pacientes y a sus familias cuando las cosas salen mal.
Responsables de las políticas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Involucrar a los pacientes en todos los comités y programas de formulación de políticas. - Desarrollar, implementar y reportar métricas de seguridad que fomenten la rendición de cuentas y la transparencia. - Involucrar a los pacientes en el establecimiento e implementación de la agenda de investigación.
Pacientes, familias y	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer preguntas sobre su atención y entender sus medicamentos y planes de cuidado. - También deben ser instruidos en aspectos básicos de su seguridad: repetir las

público en general

instrucciones y la información recibida a los médicos con sus propias palabras; llevar a un amigo o familiar a todas las consultas y saber quién está a cargo de su cuidado.

Progresos

Con el creciente uso de ayudas informáticas para la toma de decisiones, los portales de pacientes, el movimiento Open Notes, los planes de participación y los Consejos Asesores de Pacientes y Familias (PFACs, por sus siglas en inglés), los líderes sanitarios y médicos están comenzando a entender el enorme potencial del involucramiento de los pacientes y sus familias en su atención, transformándose en socios integrales.

El programa Open Notes, que aboga por un acceso rápido y abierto de los pacientes a sus registros médicos, ha demostrado que su participación ayuda a prevenir y mitigar errores. (31)(32). A su vez, los datos que recogen la experiencia de los pacientes se están obteniendo de una manera más generalizada y eficaz.

Tanto Medicare/Medicaid, como el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad y otros pagadores han establecido como requisito que las organizaciones de salud utilicen y mejoren la encuesta de satisfacción CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Los datos de estas encuestas suelen correlacionarse con el desempeño y los resultados.

Los sistemas de salud, los hospitales y centros ambulatorios también están comenzando a incorporar las preferencias de los pacientes en el diseño de la atención, incluyéndolos activamente en estudios de investigación financiados por PCORI (Patient-Centered Outcomes Research Institute). La campaña del Servicio de Salud Británico “What Matters to you?” (¿Qué es lo que te importa?) busca fomentar conversaciones significativas entre familias, pacientes y prestadores.

Las perspectivas de los pacientes y de sus familias son cada vez más valoradas en aspectos tales el diseño del entorno físico y de los planes para coordinar su atención, el reporte de eventos de seguridad y el análisis de causa raíz.

La participación de los pacientes debe ser auténtica, y llevarse a cabo en la continuidad de atención. Debe darse en todos los ámbitos, desde la cabecera de la cama hasta los comités de políticas públicas. El recientemente formado “Patient Experience Policy Forum”, del Instituto Beryl está abogando por la creación de sociedades con los pacientes y sus familias en el co-diseño de las políticas nacionales de atención de la salud.

Cuentas Pendientes

Si bien algunas organizaciones ejemplares están involucrando plenamente a los pacientes en el proceso de atención, todavía existen amplias oportunidades para mejorar. Muchas instituciones carecen de consejos asesores de pacientes y familias (PFACs) y no dedican recursos a la formación de su personal en prácticas de toma de decisiones compartidas. No es común que se ofrezcan ayudas para la toma de decisiones basadas en la evidencia. Por otra parte, los sistemas de pago por prestaciones tampoco incentivan a los médicos a pasar el tiempo necesario para escuchar a sus pacientes y conocer sus preferencias.

Muchas organizaciones aún carecen de habilidades de mejora de procesos que faciliten la comunicación de los flujos de trabajo clínicos A medida que la atención se desplaza desde el hospital hacia el ámbito ambulatorio y domiciliario, de ser

hospitalaria a ser ambulatoria y domiciliaria, los pacientes y sus familias se van volviendo cada vez más responsables de su propia atención. Sin embargo, pueden no estar bien preparados para manejar regímenes de medicación complicados, nuevas actividades en su vida diaria, dispositivos médicos y procedimientos para prevenir infecciones.(33)

Una evidencia abrumadora indica que las opiniones de los pacientes y su inclusión como socios en pie de igualdad en apoyo de mejoras en su propia atención mejora no solo mejora sus experiencias sino también los resultados clínicos.(34) Quedan todavía muchas oportunidades para lograr una asociación más efectiva con los pacientes, sus familias y la comunidad en pos de una mejor educación en salud, una mayor satisfacción y una mejor calidad de la atención.

5. TRANSPARENCIA

El documento del Instituto Lucian Leape “*Shining a Light: Safer Healthcare Through Transparency*”(35) , define cuatro ámbitos de transparencia: transparencia entre médicos y pacientes, transparencia entre los colegas , transparencia entre organizaciones de salud (benchmarking), y transparencia con el público en general. El informe sostiene que la transparencia no sólo es éticamente correcta, sino que también conduce a mejores resultados, menos errores, mayor satisfacción de los pacientes y menores costos. En el informe se establecieron recomendaciones para mejorar la transparencia en los cuatro dominios. (Ver Tabla 5).

Progresos

Hoy en día, cada vez son más las voces que llaman a una mayor transparencia en la atención de la salud. Los consumidores han comenzado a publicar en plataformas online comentarios acerca de sus médicos, equipos de atención y organizaciones de salud.

Por otra parte, algunos sistemas han comenzado a difundir también vía web la información que surge de las encuestas de satisfacción. Recientemente, varias organizaciones de salud han generado foros de internet para que los pacientes comenten sus experiencias, a menudo con resultados positivos (36).

Tabla 5. Principales recomendaciones del documento “Shining a Light: Safer Health Care Through Transparency”

Destinatarios	Recomendaciones
Todos los actores	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la revelación de los conflictos de intereses y proporcionar a los pacientes información fiable en un formato que les sea útil. - Crear culturas organizacionales que apoyen la transparencia, el aprendizaje compartido y las competencias básicas respecto a la comunicación con los pacientes y sus familias, con otros médicos y con el público.
Líderes y Juntas Directivas	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar la transparencia y la seguridad; revisar con frecuencia los datos completos sobre el desempeño en seguridad. - Vincular la contratación, el despido, la promoción y la compensación del personal con los resultados en cuanto a transformación cultural y transparencia.

Organismos gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar bases de datos de indicadores de seguridad, mejorar las normas y el material de capacitación de competencias básicas - Desarrollar una base de datos de todos los pagadores y registros robustos de la seguridad de dispositivos médicos.
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a los pacientes sobre su propia experiencia, revelar conflictos de intereses y describir el papel que desempeñan en su atención médica. - Proporcionar una descripción completa de todas las alternativas de diagnósticos y tratamientos, con los pros y contras de cada uno. - Proporcionar a los pacientes información completa sobre todas las pruebas y tratamientos planificados.
Hospitales y Sistemas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir a los pacientes acceso completo a sus registros médicos e incluirlos, junto a sus familiares, en las recorridas interdisciplinarias de sala.
Hospitales, Sistemas de Salud y profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar a los pacientes y a sus familias información completa sobre cualquier daño que resulte del tratamiento, seguido de una disculpa, una explicación y una resolución justa. - Brindar apoyo a los pacientes y a los médicos cuando están involucrados en un incidente. Incluir a los pacientes/miembros de la familia en el evento y en el análisis de la causa raíz (si lo desean).
Líderes de hospitales y sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una cultura segura y de apoyo para que los cuidadores sean transparentes y responsables entre sí. - Crear procesos multidisciplinarios y formularios para informar, analizar y compartir datos. - Crear procesos para responsabilizar a las personas por conductas de riesgo o disruptivas.
Organizaciones de salud, asociaciones de hospitales, PSOs	<ul style="list-style-type: none"> - Contar con mecanismos claros para compartir y adoptar las mejores prácticas, participando, por ejemplo de colaborativas estatales o regionales
Hospitales. Organizaciones de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Informar públicamente las medidas utilizadas para controlar la calidad y la seguridad y comunicar el rendimiento al público

En los Estados Unidos, la Ley de Seguridad del Paciente y Mejora de Calidad del año 2005 (Patient Safety and Quality Improvement Act), junto con el surgimiento de organizaciones no gubernamentales de seguridad del paciente (PSOs), han facilitado una mayor transparencia entre los médicos y las organizaciones de salud. Además, algunos proyectos colaborativos como “*Solutions for Patient Safety*”, una red de más de 130 hospitales de niños que trabajan juntos para eliminar daños graves, han demostrado de manera convincente que el intercambio de datos e información sobre éxitos y fracasos acelera notablemente el aprendizaje y la mejora.(37)

El sector salud también está experimentando una mayor transparencia entre los médicos y sus pacientes a la hora de comunicar eventos adversos graves. Cada vez son más los países que han elaborado guías de buena práctica para

comunicar y resolver estos casos. Las mismas surgen de pruebas cada vez más evidentes de que la revelación rápida del error, la honestidad y la disculpa luego de lesionar a un paciente puede disminuir la responsabilidad por mala praxis médica y mejorar la satisfacción de todas las partes,(38). Ya se encuentran disponibles kits de herramientas para promover estos programas. (39)

Cuentas pendientes

Pese a los progresos descritos, siguen existiendo muchos problemas para llegar a una total transparencia.(40) Una encuesta reciente encontró que menos del 40% de los responsables de calidad y seguridad de distintas organizaciones de salud calificaron como “alta” la comprensión y el apoyo de sus juntas directivas a la revelación de eventos adversos y su correspondiente pedido de disculpas. Menos aún reportaron que las autoridades de sus instituciones comprendieran por completo conceptos de seguridad vinculados a la transparencia sobre errores y daños (29).

La transparencia dentro de las organizaciones y entre prestadores requiere la creación de un ambiente de confianza, como así también de procesos y soluciones tecnológicas que garanticen la posibilidad de compartir datos de manera eficiente, promoviendo una comunicación abierta honesta y regular

La transparencia con el público es igualmente difícil. A la preocupación de las autoridades sobre el potencial impacto mediático y legal, se suman las dudas sobre la precisión, la interpretabilidad y la exhaustividad de las métricas que se utilizan.

Además, algunos sistemas nacionales de calificación y rankings de hospitales, incluyendo la iniciativa Leapfrog y el ranking de *US News & World Report*, comparten muy pocos scores, generando más confusión que claridad. Por ejemplo, desde el año 2015, ningún hospital ha sido calificado como de alto rendimiento por alguno de los cuatro principales sistemas nacionales de clasificación de los Estados Unidos (41). En el futuro, los datos de calidad y seguridad deberán ser más comprensibles y procesables, tanto para pacientes como para organizaciones de prestadores.

A medida que más organizaciones compartan públicamente sus indicadores de calidad, de seguridad y de experiencia de los pacientes, la transparencia será cada vez más demandada por todos los interesados. Para beneficiar tanto a los pacientes como a los prestadores, las organizaciones deben preparar a sus juntas directivas, a sus médicos y resto del personal para que el sistema de salud sea más transparente. La transparencia en todos estos niveles facilitará eventualmente la toma de decisiones acerca de dónde es mejor recibir atención y trabajar. Pero todavía queda un largo camino por recorrer para que la información de las organizaciones de salud sea comparable y uniforme.

PRÓXIMOS PASOS

Los cinco documentos del Instituto Lucian Leape abordan conceptos transformadores y brindan el marco que las organizaciones de salud necesitan para lograr una atención segura. Si bien cada concepto es tratado por separado en los informes, los cinco conceptos se encuentran interrelacionados. Los médicos agotados y con burn out, por ejemplo, son más propensos a cometer errores y están menos inclinados a involucrar a los pacientes y a sus colegas. (42)(44)

La reforma de la educación médica, la alegría y significado en el trabajo, la integración de los cuidados y la participación de los pacientes y sus familias también están íntimamente conectados. Para pacientes con enfermedades crónicas, por ejemplo, la intervención más eficaz a menudo se basa en la integración de atención que reciben en la continuidad del cuidado, y allí el compromiso y la participación del paciente es clave. Los médicos y profesionales de la salud con capacitación y experiencia en estrategias de comunicación que apoyan el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartidas están mejor preparados para brindar servicios coordinados y continuos en pacientes complejos

Para lograr mejoras de manera consistente y duradera, cada informe hace un llamado a las autoridades a comprometerse y reconocer la seguridad como un componente integral de la cultura organizacional.

El Instituto Lucian Leape ya ha comenzado a asociarse con organizaciones profesionales para expandir y facilitar sus programas de seguridad, haciendo foco en la importancia del liderazgo, de contar con juntas directivas comprometidas y ejecutivas y de una sólida cultura de seguridad. (45) Además, se están elaborando planes para mejorar la forma en que las organizaciones miden la seguridad de sus pacientes/personal y la fiabilidad de sus sistemas. La atención de la salud necesita más y mejores formas de identificar y medir los riesgos y peligros en tiempo real, o proactiva, para intervenir eventualmente antes de que se produzca un evento adverso.

Cada uno de los cinco conceptos transformadores amerita mayor investigación. En el caso de la reforma de la educación médica, por ejemplo, el ACGME (consejo acreditador de formación médica de posgrado) está intentando monitorear y medir la efectividad de los programas de residencia. En el caso de la integración de la atención, todavía se requiere mayor investigación sobre la efectividad de los nuevos modelos de cuidado.

Por otra parte, todo abordaje hacia una mayor transparencia, ya sea compartiendo datos confidenciales entre instituciones o permitiendo la participación de los pacientes en el análisis de causa raíz, debe ser cuidadosamente estudiado para comprender mejor sus beneficios y potenciales daños.

Si bien cada vez son más los líderes, reguladores y hacedores de políticas sanitarias que abrazan estos conceptos, todavía queda mucho por aprender acerca de cuál es la mejor forma de comprometer a las autoridades, qué prácticas son más eficaces y cuál es la mejor manera de ponerlas en práctica.

Por último, aunque esta evaluación se ha centrado principalmente en el sistema sanitario de los EE.UU., el Instituto Lucian Leape espera con interés la oportunidad de reflexionar sobre las cinco transformaciones en sistemas de salud de todo el mundo, compartiendo perspectivas, mejores prácticas y oportunidades de aprendizaje y mejora.

CONCLUSIÓN

Los cinco conceptos transformadores desarrollados en estos documentos buscaron poner de relieve importantes lagunas en materia de seguridad y marcar nuevos rumbos que permitan para acelerar el progreso en esta área de la medicina.

Estos conceptos se superponen y son sinérgicos, con temas comunes, incluyendo la necesidad de líderes que puedan generar una cultura de seguridad que permita avanzar en estos conceptos, de una métrica clara y de mayor investigación acerca de la posibilidad de progresar en cada una de estas cinco áreas.

Resulta esencial que las organizaciones profesionales, las fundaciones y los gobiernos apoyen estos esfuerzos por cambiar la forma en la que se educa a los médicos, por crear entornos de aprendizaje seguros, por integrar mejor los cuidados entre los distintos ámbitos, por promover la alegría, el significado y la seguridad del personal sanitario, por involucrar a los pacientes y sus familias en todos los niveles de atención y por fomentar la transparencia. Estas estrategias son tan críticas ahora como lo fueron cuando fueron descritas por primera vez; son la clave para que el Instituto Lucian Leape avance en su misión: tener un mundo en donde los pacientes y aquellos que los cuidan estén libres de todo daño.

Referencias:

1. Leape L, Berwick D, Clancy C, *et al.* Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care* 2009;18:424–8.
2. Lucian Leape Institute. *Unmet needs: teaching physicians to provide safe patient care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2010.
3. Disch J, Kilo CM, Passiment M, *et al.* *The role of clinical learning environments in preparing new clinicians to engage in patient safety*: National Collaborative for Improving the Clinical Learning Environment, 2017.
4. Karasick AS, Nash DB. Training in quality and safety: the current landscape. *Am J Med Qual* 2015;30:526–38.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *CLER national report of findings 2016: executive summary*. Chicago, IL: Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2016.
6. Baron RB, Davis NL, Davis DA, *et al.* Teaching for quality: where do we go from here? *Am J Med Qual* 2014;29:256–8.
7. American Board of Internal Medicine. MOC requirements. <http://www.abim.org/maintenance-of-certification/mocrequirements/general.aspx>
8. Lucian Leape Institute. *Order from chaos: accelerating care integration*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2012.
9. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, *et al.* I-PASS Study Group. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 2014;371:1803–12.
10. Zutshi A, Peikes D, Smith K, *et al.* *The medical home: what do we know, what do we need to know?* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.
11. Agency for Healthcare Research and Quality. *Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit: Tool 1 Overview*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.
12. Office of the National Coordinator for Health Information Technology. *2016 report to congress on health IT progress: examining the hitech era and the future of health IT*. Washington, DC: Office of the National Coordinator for Health Information Technology, 2016.

13. Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SM, *et al.* Minding the Gap: Factors Associated With Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries. *Ann Fam Med* 2017;15:113–9.
14. Bynum JP, Meara E, Chiang-Hua C, *et al.* *Our parents, ourselves: health care for an aging population*. Lebanon, NH: Dartmouth Institute of Health Policy and Clinical Practice, 2016.
15. American Hospital Association and the Picker Institute. *Eye on Patients: a report from the American Hospital Association and the Picker Institute*: American Hospital Association, 1997.
16. Lucian Leape Institute. *Through the eyes of the workforce: creating joy, meaning, and safer health care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2013.
17. United States Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Worker safety in hospitals. <https://www.osha.gov/dsg/hospitals/>
18. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, *et al.* Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Acad Med* 2012;87:853–8.
19. Shin A, Gandhi T, Herzig S. *Make the clinician burnout epidemic a national priority*: Health Affairs Blog, 2016.
20. National Academy of Medicine. Action collaborative on clinician well-being and resilience. <https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/>.
21. Perlo J, Balik B, Swensen S, *et al.* *IHI framework for improving joy in work*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2017.
22. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff* 2008;27:759–69.
23. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573–6.
24. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf* 2015;24:608–10.
25. The Joint Commission. *Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 2012.
26. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, *et al.* Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general us working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015;90:1600–13.
27. Moss M, Good VS, Gozal D, *et al.* An official critical care societies collaborative statement—burnout syndrome in critical care health-care professionals. *Chest* 2016;150:17–26.
28. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (metaanalysis). *Am J Psychiatry* 2004;161:2295–302.
29. McGaffigan PA, Ullem BD, Gandhi TK. Closing the Gap and Raising the Bar: Assessing Board Competency in Quality and Safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2017;43:267–74.
30. National Patient Safety Foundation’s Lucian Leape Institute. *Safety is personal: partnering with patients and families for the safest care*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2014.
31. Bell SK, Gerard M, Fossa A, *et al.* A patient feedback reporting tool for OpenNotes: implications for patient-clinician safety and quality partnerships. *BMJ Qual Saf* 2017;26:312–22.
32. Bell SK, Mejilla R, Anselmo M, *et al.* When doctors share visit notes with patients: a study of patient and doctor perceptions of documentation errors, safety opportunities and the patient-doctor relationship. *BMJ Qual Saf* 2017;26:262–70.

33. Carpenter D, Famolaro T, Hassell S, *et al.* *Patient safety in the home: assessment of issues, challenges, and opportunities*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2017.
34. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, *et al.* Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev* 2014;71:522–54.
35. National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. *Shining a light: safer health care through transparency*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015.
36. Lee V. Transparency and Trust - Online Patient Reviews of Physicians. *N Engl J Med* 2017;376:197–9.
37. Children's Hospitals Solutions for Patient Safety. Our Results. <http://www.solutionsforpatientsafety.org/our-results/>
38. Boothman RC, Blackwell AC, Campbell DA, *et al.* A better approach to medical malpractice claims? The University of Michigan experience. *J Health Life Sci Law* 2009;2:125–59.
39. Lambert BL, Centomani NM, Smith KM, *et al.* The "Seven Pillars" Response to Patient Safety Incidents: Effects on Medical Liability Processes and Outcomes. *Health Serv Res* 2016;51(Suppl 3):2491–515.
40. Wu AW, McCay L, Levinson W, *et al.* Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. *J Patient Saf* 2017;13:43–9.
41. Austin JM, Jha AK, Romano PS, *et al.* National hospital ratings systems share few common scores and may generate confusion instead of clarity. *Health Aff* 2015;34:423–30.
42. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714–21.
43. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, *et al.* Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995–1000.
44. Salyers MP, Flanagan ME, Firmin R, *et al.* Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatr Serv* 2015;66:204–7.
45. American College of Healthcare Executives and NPSF Lucian Leape Institute. *Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success*. Chicago, IL: American College of Healthcare Executives, 2017.

