

Seguridad del Paciente: 8 requisitos para avanzar

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros

A más de 20 años de iniciado el movimiento mundial por la seguridad del paciente, la evidencia demuestra que estamos muy lejos de los objetivos planteados. Más allá de algunos modestos avances en áreas específicas, no hemos podido producir la revolución que necesitamos para mejorar de manera significativa y sustentable la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

En 2018 se publicaron tres informes sobre el estado de la seguridad del paciente y la calidad de la atención en todo el mundo, con un foco especial en los países de ingresos bajos y medios. Según estos trabajos, se estima que 8 millones de personas mueren en este grupo de países a causa de una atención deficiente. Si se extrapola esta cifra a todo el mundo, la misma supera con creces la tasa de mortalidad por COVID-19 en todo el mundo, que actualmente asciende a 4,7 millones.

Ambas cifras, que se estiman subestimadas, ilustran la gravedad del problema que enfrentan las personas que buscan atención, quienes tienen - en el mejor de los casos- un 50% de probabilidad de recibir una atención segura, eficaz y centrada en la persona y oportuna. Las principales áreas de preocupación son la seguridad de la medicación, las infecciones asociadas al cuidado, los retrasos diagnósticos, la salud materno-infantil y la cirugía. Si realmente nos abocamos activamente a solucionar estos problemas comunes, podemos marcar una diferencia real.

Las razones de la baja calidad y seguridad de la atención clínica en todo el mundo son múltiples. En parte se debe al complejo sistema adaptativo en el que deben desenvolverse los profesionales de la salud. También podría deberse a que hemos tenido éxito con muchas innovaciones médicas y la gente vive más tiempo, pero con una mayor fragilidad y riesgo de experimentar eventos adversos. Tal vez se deba a que se suele trabajar de manera fragmentada en

compartimentos estancos o a que el diseño de la asistencia sanitaria no ha seguido el ritmo de la creciente complejidad del sistema. A esto se suma que estamos lejos de tener suficiente personal entrenado en los principios de las ciencias de la seguridad, la mejora continua, la ergonomía y la implementación.

El pasado mes de junio, en el marco del V Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, organizado por la Fundación para la Seguridad del Paciente de Chile, tuve la oportunidad de escuchar una conferencia virtual de Peter Lachman sobre estos desafíos titulada *“Seguridad del paciente en 2025: ¿Qué tenemos que hacer para estar seguros?”* Peter, ex CEO de la International Society for Quality in Health Care (ISQUA), es un buen amigo de la Argentina y de la región, la cual ha visitado en varias oportunidades antes de la pandemia para predicar el evangelio de la calidad y la seguridad.

Durante su presentación, Lachman planteó la agenda de los próximos cinco años en esta área. Su conferencia significó una verdadera epifanía para mí, ya que con un don de síntesis admirable, planteó muchos de los temas que me vienen desvelando desde hace tiempo y que han marcado muchas de mis recientes lecturas e investigaciones: cultura, implementación, seguridad 2 y coproducción, entre otras.

Lachman planteó específicamente 8 requisitos para avanzar en calidad y seguridad en los próximos años (Ver Cuadro 1). Su disertación me animó a reunir de manera resumida y en un solo artículo mucho de mis escritos de los últimos años. Allá vamos.

Cuadro 1. Seguridad del Paciente en 2025. 8 requisitos para avanzar (Lachman, 2021)

1. Desarrollar una verdadera cultura de seguridad
2. Cambiar el actual concepto de calidad en salud
3. Un mayor conocimiento de la ciencia de la seguridad y de la implementación
4. Un mayor estudio y comprensión de la ingeniería en factores humanos y la alta confiabilidad.
5. Una gestión más proactiva de los riesgos
6. Coproducir soluciones y salud
7. Aprender de lo que funciona: pensar la seguridad de manera diferente
8. Implementar el Plan de Acción Global de la OMS para la Seguridad del Paciente

Requisito 1:

Desarrollar una verdadera cultura de seguridad

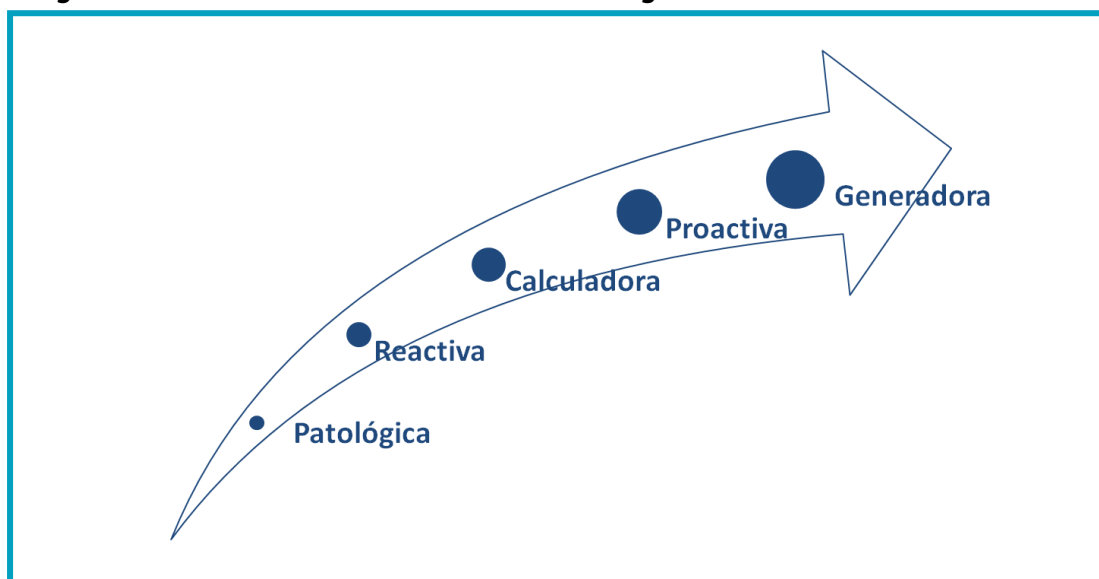
En la actualidad, son numerosas las iniciativas de seguridad del paciente en marcha. Hemos definido metas internacionales, prácticas de seguridad validadas por la evidencia, herramientas de análisis, etc. Sin embargo, existe coincidencia entre los expertos en que las medidas focales, para ser exitosas, deben estar impulsadas por una revolución cultural. Sin una nueva cultura, aquellos que deberán implementar las prácticas de seguridad no sabrán hacerlo, entre otras cosas porque nadie les habrá enseñado primero a trabajar en equipo y a comunicarse efectivamente.

Muchas organizaciones se encuentran empantanadas en una cultura patológica, en la que a nadie le interesa mucho saber (no hay indicadores), se mata al mensajero, los errores son consentidos o bien son castigados severamente, las responsabilidades son difusas y nunca se mejora. Otras se comportan de manera reactiva y burocrática, matando muchas veces al mensajero y compartimentalizando las responsabilidades. En estas culturas las soluciones aparecen como “parches” y no se termina de atacar nunca los problemas de fondo. Algunas organizaciones desarrollan una cultura calculadora, pensando en el costo/beneficio a corto plazo de determinadas intervenciones de seguridad (ej: ¿debo invertir en un programa de prevención de caídas o de UPP cuando no percibo que sea un problema?). Últimamente, algunas pocas organizaciones han desarrollado una pequeña estructura (ej: responsable de seguridad; comités, etc.) para gestionar proactivamente los problemas. Sin embargo, muchas veces estas personas reciben escaso apoyo por parte de las autoridades de sus establecimientos; muchas de estas personas incluso trabajan *ad honorem* sin abandonar otras actividades asistenciales, con poca influencia sobre los jefes de servicio, que son en definitiva quienes deberían impulsar activamente las políticas. Debemos avanzar con mayor sentido de urgencia hacia una cultura generadora, en la cual la seguridad forme parte del ADN de todas las personas que trabajan en la institución (Ver Figura 1.) La seguridad no debería ser un proyecto sino parte de lo que significa ser un profesional o trabajador de salud.

Peter Drucker, uno de los principales teóricos del management del siglo XX, solía decir que *“la cultura se come todos los días en el desayuno a la estrategia”*. Por lo tanto, cuando se desarrolla un programa de seguridad del paciente, hay que dedicar tiempo y esfuerzo para comprender la cultura de la

organización. De allí la importancia de caminar los pasillos y realizar encuestas de clima de seguridad (que pocos hacen).

Figura 1: Grado de maduración de la cultura organizacional



Uno de los grandes problemas para avanzar es que el mismo término "cultura de seguridad" es muy difícil de definir. La definición que se utiliza habitualmente de cultura como *"la forma en la que se hacen aquí las cosas"* aparece como extremadamente simplista. En un hospital se hacen muchas cosas distintas: se lava la ropa, se entrega comida, se administran medicamentos. Por otra parte, cada servicio lleva la impronta cultural impuesta por su jefe, con una enorme variabilidad sobre la manera de percibir la problemática de la seguridad. Entonces, si la cultura engloba todo esto... ¿por dónde empezar?

Si bien no hay un acuerdo absoluto acerca de lo que constituye una cultura de seguridad efectiva, hay ciertos componentes que resultan claves para su desarrollo. Las organizaciones con cultura de seguridad:

- Reconocen que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo y están determinadas a alcanzar altos niveles de seguridad de manera constante.
- Generan una creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible.

- Promueven un ambiente de seguridad psicológica, donde las personas se sienten libres para preguntar sin temor a ser consideradas como tontas, para pedir ayuda sin temor a ser vistas como incompetentes y a discrepar respetuosamente sin temor a ser tachados de "difíciles".
- Estimulan y premian a quienes reportan incidentes de seguridad.
- Estimulan la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente. Generan mecanismos que obligan a trabajar en equipo (ej: pases e interconsultas estructuradas; listados de verificación, etc.)
- Consideran a la seguridad de los pacientes como uno de sus principales valores, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Reconocen al personal que interrumpió un proceso que no le parecía seguro, aún cuando se haya equivocado.
- Demuestran el compromiso de sus autoridades con la seguridad. Asignan recursos, incentivos y premios.
- Disponen de métricas de seguridad y comparten las mismas entre los servicios.
- Valoran el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema de seguridad se focaliza en la mejora del sistema más que en echar culpas individuales.
- Son flexibles. Reconocen que la complejidad del sistema hace que sea imposible "blindarlo" con normativas. Empoderan a los individuos para que tomen decisiones y realicen los ajustes correspondientes para preservar la seguridad.
- Son transparentes. Asumen un compromiso con la verdad y comparten de manera honesta la información con los pacientes (sobre todo cuando las cosas salen mal), colegas, servicios, organizaciones similares (bechmarking) y la comunidad.
- Cuidan a su gente. Se preocupan por el bienestar físico, emocional y laboral de sus empleados como precondition para la seguridad de los

pacientes. Generan un clima de alegría y sentido en el trabajo que realizan.

- Son justas. El concepto de una cultura justa y equitativa requiere de un algoritmo sencillo y preciso que fomente un entorno en el que los miembros del personal acepten la responsabilidad por sus propios actos, pero donde también sientan que la organización los tratará de manera justa y no los culpará de cosas que están fuera de su control. Este modelo distingue claramente entre errores, actos inseguros y violaciones flagrantes de procesos.

Es muy común que se hable de "cambiar la cultura". El problema es que muchas organizaciones tienen una historia muy rica, son exitosas, orgullosas de cómo son y por ende son reacias a cambiar. Después de todo, tan mal no les ha ido... La cultura de las organizaciones tiene que ver con su historia, y es el resultado del aprendizaje a partir de muchos éxitos y fracasos acumulados a lo largo de los años. Todo ese acervo cultural no puede despreciarse. Por eso, no debería apostarse al "cambio cultural". Una alternativa práctica y mucho más comprensible a "cambiar la cultura" sería buscar qué elementos añadir a la misma. O qué elementos modificar porque no nos gustan. O cómo desarrollar la cultura hacia lo que queremos que sea. Si bien es cierto que las palabras "modificar" y "desarrollar" también implican cambios, son términos un poco más sutiles que "cambiar". Los programas de cultura de seguridad no deben buscar cambiar lo que la organización es, sino que deben ayudarlos a determinar qué más quieren ser y cómo alinearse detrás de ese nuevo objetivo. La historia y tradición de la organización debe ser la luz que ilumine el camino del futuro.

Requisito 2:

Cambiar el actual concepto de calidad en salud

En los últimos veinte años, desde que el Instituto de Medicina de los EE.UU (IOM) definiera el concepto de calidad en la atención sanitaria y sus seis dimensiones (seguridad, centro en la persona, eficiencia, efectividad, oportunidad y equidad), se ha desarrollado una incipiente industria en el campo de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Esto ha incluido el estudio académico de la teoría, el desarrollo de metodologías y la aplicación real de la teoría estudiada. El resultado de todo esto ha sido relativamente modesto, con alguna mejora pero lejos de lo que podría considerarse un éxito. Cabe

preguntarse ante este panorama, como afirman Lachman y Batalden en un reciente trabajo, si no debemos redefinir lo que se entiende por calidad en la atención sanitaria. En una reciente revisión del National Quality Task Force de los Estados Unidos se afirma que *“a pesar de los impresionantes avances, persisten notables deficiencias en la normalización de una atención consistente, de alto valor y centrada en la persona. Lo que falta principalmente no es progresar en la medición, sino progresar en los resultados. Los cambios en la cultura, la inversión, el liderazgo e incluso la distribución del poder son aún más importantes que la mera medición”*. Los miembros de esta Task Force identificaron cuatro pasos para mejorar la calidad: definir el problema, medir para mejorar, transparentar los datos y pagar por valor. Ninguna de estas medidas ha producido una atención realmente centrada en la persona.

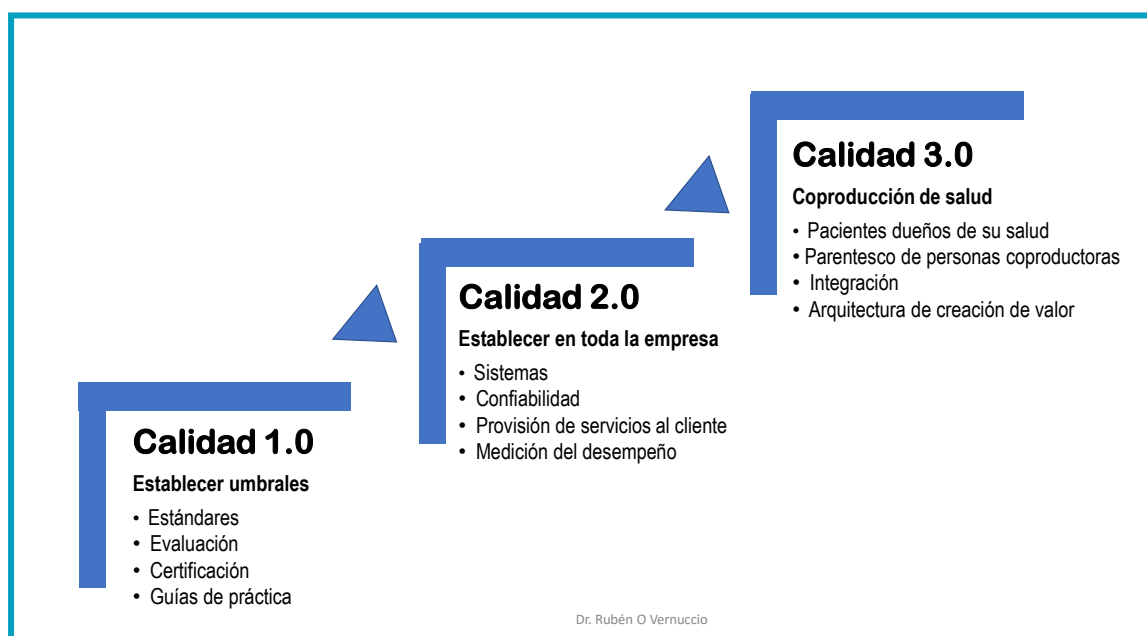
Los sistemas de salud de todo el mundo se están esforzando para satisfacer las necesidades de las personas y mejorar su salud. Sin embargo, la mayor parte del trabajo parece estar diseñada para abordar las fallas en la gestión de la enfermedad y no para trabajar con las personas y sus familias para mantener o mejorar la salud. Parece mucho más fácil concentrarse en el “trabajo estándar” y en las acciones para manejar enfermedades que en trabajar con una visión más integradora en las relaciones y alianzas que se requieren para mantener la salud. Esto no deja de llamar la atención, ya que los mayores avances en materia de salud han provenido de medidas preventivas desarrolladas en el ámbito de la salud pública, como la inmunización, el agua potable, el saneamiento y la vivienda.

La mejora actual de los servicios de salud ha adoptado muchas teorías, metodologías e intervenciones de otros sectores, que han llevado a importantes progresos en términos de calidad, costo y seguridad. Durante el último siglo, se pueden distinguir dos enfoques sobre la creación, la evaluación y la mejora de la calidad asistencial (ver figura 2.). Cada uno de estos enfoques ha contribuido sustancialmente a nuestra capacidad para mejorar los servicios de salud. Con fines didácticos, Lachman y Batalden han denominado al primer enfoque “Calidad 1.0”. Este abordaje a la calidad comenzó en la segunda década del siglo XX en los EE.UU, cuando el American College of Surgeons inició su programa de estándares hospitalarios. Tres décadas después, otras organizaciones nacionales de hospitales y profesionales se unieron para formar la “Joint Commission” con el objetivo de acreditar hospitales. La aprobación del sistema de pago por valor del Medicare catalizó fuertemente estos esfuerzos por acreditar calidad, al vincular la calificación con los pagos por pacientes

hospitalizados. Hoy, más del 90% de los hospitales de los EE.UU se encuentran acreditados.

Luego de la segunda guerra mundial, con el desarrollo del pensamiento sistémico y de los métodos de mejora continua, surgieron en muchos sectores económicos iniciativas de mejora de calidad a nivel organizacional. En un principio, estas iniciativas de mejora se produjeron en otras industrias, pero a partir de la década del '80, las intervenciones de mejora a nivel de empresa se extendieron a los servicios sanitarios. Este nuevo enfoque ha sido denominado "Calidad 2.0". En este proceso, Donabedian orientó las ideas de la calidad al estudio de las estructuras y procesos que produjeran los resultados deseados. Las primeras intervenciones para hacer de la calidad un sistema o un esfuerzo colectivo de toda la empresa se promovieron en nuestro sector con la introducción de las teorías y métodos de W.Edwards Deming, Joseph M. Juran y otros.

Figura 2 Etapas de la mejora de calidad en la atención de la salud



Hemos aprendido mucho en estos últimos 20 años, ya que a partir del informe "Error es Humano" del IOM se ha añadido un nuevo lenguaje de sistemas, procesos y resultados al estudio y la práctica de la excelencia clínica, que antes se consideraba "calidad en la asistencia sanitaria". La atención se ha desplazado de un "umbral" mínimo de calidad al concepto de un "techo" de calidad: no se trata de "ser lo suficientemente bueno para calificar", sino de

"cuán alta puede llegar a ser la calidad". Algunos ejemplos de éxito han sido la disminución de algunas tasas de infección, la percepción de un mayor acceso a la atención sanitaria, los cambios en la atención centrada en la persona y las mejoras en ciertos aspectos específicos de seguridad. En algunas instituciones se ha demostrado una mejora en todo el sistema.

Sin embargo, a pesar de todos estos logros, la persistencia y el carácter universal del problema se pusieron de manifiesto en tres trabajos científicos claves publicados en 2018, que revelaron que más de ocho millones de personas mueren en los países de ingresos bajos y medios a causa de una atención de mala calidad. En los países de ingresos altos, al menos 1 de cada 10 pacientes se ve afectado negativamente durante el tratamiento, a menudo como resultado de la persistencia de variaciones injustificadas en su atención; una proporción considerable de pacientes no recibe una atención adecuada y basada en la evidencia.

El desarrollo de soluciones técnicas durante las últimas décadas ayudó a alinear los esfuerzos de mejora organizacional con el enfoque anterior de la mejora del trabajo individual. Estos esfuerzos permitieron obtener muchos beneficios. Algunas iniciativas puntuales de seguridad han ayudado, por ejemplo, a disminuir las úlceras por presión, las caídas y las infecciones hospitalarias. Sin embargo, también debemos reconocer que hemos retrocedido en algunas cuestiones muy básicas. Por ejemplo, ¿qué significa realmente "calidad" para la persona que recibe la atención? En nuestros esfuerzos por clarificar las funciones profesionales deseadas, puede que hayamos creado inadvertidamente una "lógica dominante de producto": los profesionales fabrican un producto sanitario de calidad y luego tratan de "venderlo" a los pacientes. Lachman y Batalden creen que es hora de dar un paso atrás y reconsiderar qué debe entenderse por "servicio de salud".

La lógica de la revolución industrial separaba al productor y al consumidor con la progresiva especialización del productor que generaba bienes homogéneos con métodos de producción progresivamente más eficientes. Esta lógica se convirtió en un modelo omnipresente para las operaciones del trabajo organizado y se trasladó al diseño de la asistencia sanitaria, donde el clínico poseía todos los conocimientos y habilidades y proporcionaba atención a la persona como paciente.

Hoy en día, Internet conecta las funciones antiguamente "separadas" y fomenta la creación de redes que borran la anterior separación entre productor y

consumidor. La lógica dominante de los servicios fomenta los recursos integrados, la interactividad y el trabajo en colaboración de productores y consumidores para la creación de valor mutuo. En el caso de la asistencia sanitaria, esto implica que la distinción entre el clínico como el único poseedor del conocimiento ya no es válida y el paciente es ahora una persona que puede compartir la búsqueda de la solución.

La lógica que subyace a la fabricación de un "servicio", en cambio, suele implicar pasos interactivos de profesionales y usuarios beneficiarios que trabajan en diádas o redes necesarias para resolver un problema, de forma individual o grupal. Por lo tanto, el servicio requerirá la interacción entre todas las partes implicadas.

Lachman y Batalden nos invitan a prestar atención acerca de quién es realmente el dueño de la salud de una persona: ¿es el proveedor de asistencia sanitaria o el individuo que la recibe? Además, postulan que el concepto de "parentesco" que se extiende para incluir tanto al cuidador como al proveedor de asistencia, ya que regularmente trabajan juntos para hacer y mejorar los servicios en apoyo de la salud de un individuo o de una comunidad. El trabajo de diseño, ejecución, evaluación y mejora implica la integración de múltiples sistemas de conocimientos y habilidades.

Los primeros observadores del trabajo de "servicios" señalaron que, al participar más de una persona, podía denominarse "trabajo coproductivo". Este nuevo modelo también invita y permite nuevas formas de creación de valor con atención a la arquitectura básica de esos sistemas. Dado que este enfoque coproductivo es diferente al enfoque de la Calidad 2.0", los autores de este nuevo modelo han llamado a este abordaje Calidad 3.0. Cada uno de estos tres enfoques de la calidad ofrece una visión importante del complejo trabajo que supone el servicio sanitario. Lachman y Batalden consideran que cada uno de estos enfoques aumenta nuestra capacidad de mejorar la salud, en lugar de "sustituir" o "reemplazar" los enfoques anteriores.

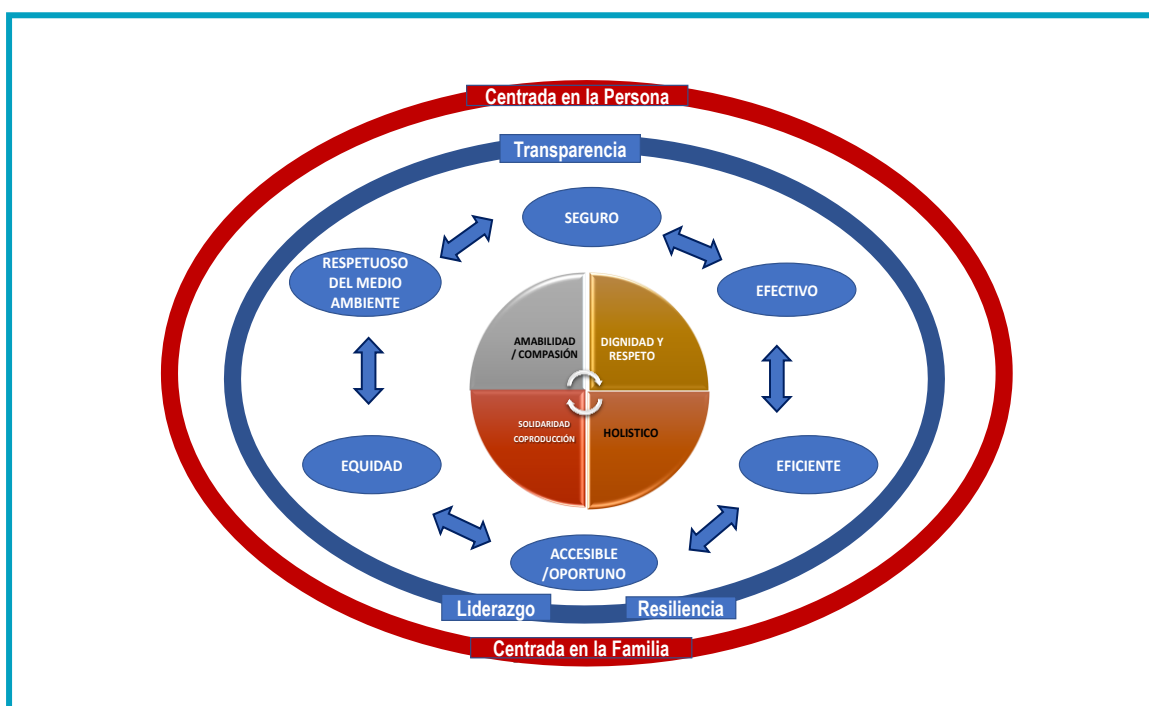
Hacia un nuevo modelo multi-modal de la calidad (Lachman, Batalden, 2020)

Para los autores de este nuevo modelo, las seis dimensiones de la de calidad del modelo del IOM ya no se ajustan a lo que requiere un enfoque centrado en la persona que facilite la salud y la prestación de una asistencia sanitaria universal. Proponen centrarse en la co-creación de una mejor salud: un sistema

de calidad para personas que colaboran en la coproducción de los servicios que contribuyen a mejorar la salud. (Ver Figura 3.)

El modelo original del IOM tenía como una de sus seis dimensiones a la atención centrada en la persona. El nuevo modelo busca desarrollar más esta dimensión reconociendo la humanidad compartida de las personas implicadas en la atención de la salud. La palabra "parentescos" se introduce para encarnar las relaciones sociales y las realidades que rodean la vida de los individuos implicados, tanto los que prestan como los que reciben la atención. El servicio sanitario no se refiere únicamente a la persona como paciente o profesional, sino también a su familia y a sus relaciones sociales más amplias. La dimensión centrada en la persona/en la familia rodea todos los ámbitos y forma parte de todo lo que hacemos. Se ha demostrado que la necesidad de este enfoque es un componente esencial de la respuesta a la pandemia. La amabilidad no es una cuestión secundaria o 'agradable'; es el pegamento de la cooperación necesaria para que el progreso sea lo más beneficioso para el mayor número de personas.

Figura 3: Dimensiones de la calidad para una nueva era en salud



En este nuevo modelo la persona se encuentra situada en el centro de la calidad, en lugar de ser considerada un ámbito separado. En este núcleo están los valores y principios básicos de la atención sanitaria: dignidad y respeto por las personas y por los demás; asociación y coproducción; amabilidad con compasión y una visión holística por la cual las personas son vistas en su totalidad y no como meros portadores de enfermedades o de órganos que reparar. El principio central es la amabilidad, no sólo con la persona que recibe la atención sino también con todos los que se están relacionados con ella y con quienes se preocupan por su salud, incluyendo no solo a su familia y allegados sino también a otros profesionales. Este enfoque debería facilitar la coproducción de calidad/seguridad y la consecución de las otras dimensiones de la calidad. Este énfasis nos invita a que todas las posibles soluciones técnicas incorporen la perspectiva de las personas. Los esfuerzos en materia de telesalud parecen dejar claro que un mayor uso de la conectividad digital puede funcionar y, posiblemente, formar parte de estos nuevos "parentescos". Las demás dimensiones de la calidad siguen vigentes y son subsumidos en la atención centrada en la persona. Esta nueva forma de pensar también se aplica a todas las personas que trabajan en el sistema de salud. Esto significa que debe existir entre los colegas, y desde luego en las relaciones con superiores jerárquicos un entendimiento basado en la amabilidad, la dignidad, el respeto y la colaboración que incluya la totalidad de la persona.

El modelo añade un nuevo ámbito, el respeto por el medio ambiente, buscando reflejar los crecientes desafíos que plantea el cambio climático e incorporando la necesidad de abordar los retos de la sustentabilidad, no sólo a nivel de las organizaciones, sino en cada contacto del microsistema. Los autores creen que ser respetuosos con el medio ambiente y preocuparse por el cambio climático es fundamental para el concepto de "parentesco en la co-producción". El principio de transparencia y liderazgo está incluido en el modelo para rodear todos los ámbitos técnicos, respetando el derecho de la persona a la privacidad, pero también su derecho a conocer los datos que le conciernen específicamente. La transparencia es necesaria para los prestadores, para que puedan ser abiertos tanto consigo mismos como con las personas a las que brindan atención. Se necesita un liderazgo humilde para fusionar los ámbitos técnicos con los valores fundamentales del modelo y la visión de la persona y el parentesco. El liderazgo humilde debe basarse en una comprensión "aquí y ahora" más profunda de las complejidades en constante evolución de las relaciones interpersonales, grupales e intergrupales, que requieren un cambio de enfoque hacia el proceso de la dinámica de grupo y la colaboración.

Este modelo de calidad multidimensional no trata sólo de la colaboración entre los prestadores de asistencia, sino también de una colaboración abierta y de confianza entre los prestadores de asistencia, los pacientes y sus familiares. Esto implica un cambio radical en la actual cultura asistencial. La transparencia y la resiliencia, es decir, la capacidad de operar con seguridad psicológica, son la base para la búsqueda de una recopilación, análisis e interpretación de datos veraz. La transparencia con todos nuestros "parientes" comienza con la transparencia de los profesionales entre sí.

Requisito 3:

Un mayor conocimiento de las ciencias de la mejora y de la implementación

El proceso de cambio en la atención de la salud ha sido impulsado en los últimos 10 años por dos enfoques que operan mayormente de manera aislada: la ciencia de la mejora y la ciencia de la implementación. En términos generales, la ciencia de la mejora hace referencia al trabajo a nivel de sistemas para mejorar la calidad, la seguridad y el valor de la atención médica (ver figura 4), mientras que la ciencia de la implementación se refiere al trabajo que debe realizarse para promover la adopción sistemática de intervenciones basadas en la evidencia en la práctica de todos los días. En otras palabras, la ciencia de la implementación estudia cómo trasladar "lo que se conoce" a "lo que se hace" (Ver figura 5.)

Figura 4. Modelo de Mejora (Langley et al. "The Improvement Guide", 2009)



Los dos campos surgieron de diferentes bases filosóficas: la ciencia de la mejora se inspiró en la industria, principalmente la automotriz, y adoptó un abordaje pragmático para reducir el bajo rendimiento en la atención de salud, mientras que la ciencia de la implementación se nutrió fundamentalmente de la ciencia del comportamiento, que se centra en la necesidad de trasladar las nuevas evidencias a la práctica. Cuando se busca mejorar los sistemas de atención, estas dos disciplinas tienen efectos sinérgicos: la ciencia de la implementación a través de su foco en la adopción oportuna y apropiada de la evidencia, y la ciencia de la mejora a través de la medición del desempeño para lograr una atención de mayor calidad.

Aunque los objetivos de los dos campos son evidentemente complementarios, ambas disciplinas vienen interactuando desde sus orígenes de manera esporádica y superficial; a menudo incluso en desacuerdo y permaneciendo aisladas entre sí no sólo por su distinta metodología, sino también en su nivel de compromiso y efecto sobre el sistema de atención médica. Como tal, ninguno de los dos campos se ha dado cuenta de su potencial sinérgico para mejorar la atención de la salud. Parece ser hora de que los dos enfoques se alineen más estrechamente para que tanto los médicos asistenciales como los investigadores puedan aprovechar el poder de un abordaje sinérgico.

Figura 5. La ciencia de la implementación explicada muy fácil (Curran, 2020)

Quando se define la ciencia de la implementación, algo de lenguaje muy poco científico puede ayudar

- **La intervención/práctica/innovación es LA COSA**
- **La investigación de *efectividad* busca saber si LA COSA funciona**
- **La investigación de *implementación* busca saber la mejor manera de ayudar a que las personas o los lugares HAGAN LA COSA**
- **Las estrategias de implementación son todo lo que hacemos para tratar de ayudar a que las personas y lugares HAGAN LA COSA**
- **Los principales resultados de la implementación son CUÁNTAS VECES y CUÁN BIEN hacemos LA COSA**

Curran GM. Implementation science made too simple: a teaching tool. [Implementation Science Communications](#) volume 1, Article number: 27 (2020)

El cuadro 2. Enumera algunos de los conceptos, enfoques y terminologías utilizados por la ciencia de la mejora y la ciencia de la implementación. Ambas disciplinas coinciden en el abordaje sistémico para mejorar la atención. Ambas utilizan conceptos similares a la hora de tomar decisiones que mejoren las prestaciones: el análisis del contexto, del entorno de la organización, de los sistemas en sí, de las partes interesadas (prestadores, personal, pacientes y administradores), del proceso bajo análisis y de la medición de los resultados sobre los pacientes. Sin embargo, los dos campos utilizan términos diferentes para ideas similares (o, a veces, el mismo término para indicar ideas diferentes). En la ciencia de la mejora, por ejemplo, los abordajes para mejorar se denominan *intervenciones*, mientras que en la ciencia de la implementación de denominan *estrategias*, dejando el término intervención para definir la práctica, el proceso o programa basado en la evidencia a ser implementado ("la cosa").

Cada uno de estos dos campos tiene marcos de referencia, teorías y metodologías separadas y, hasta la fecha, han realizado pocos esfuerzos por armonizarlos. Estos desafíos en el lenguaje y en los enfoques han surgido en parte porque las dos disciplinas operan por separado, con distintas sociedades profesionales, revistas científicas, financiación y flujo de capacitación. Incluso su ubicación geográfica dentro de las instituciones clínicas y académicas está separada; la ciencia de la mejora generalmente tiene su lugar físico en los hospitales, mientras que la ciencia de la implementación tiende a residir dentro de las unidades de investigación.

Ambas disciplinas continúan evolucionando, por supuesto. Históricamente, en la ciencia de la mejora los resultados de mayor interés fueron los cambios en los indicadores de los procesos de atención clínica o de calidad, con una muy limitada exploración acerca del cómo y del porqué de una intervención exitosa. La ciencia de la implementación ha experimentado una evolución similar, e inicialmente utilizó los cambios en los resultados del tratamiento para medir el éxito de la implementación, pero más recientemente ha reconocido que los resultados del tratamiento son distintos a los resultados de la implementación. Ambos campos están exigiendo actualmente en sus propios entornos definiciones más claras y un mayor énfasis en ideas tales como la aceptabilidad, el efecto sobre las partes interesadas, la adopción/incorporación de la práctica, adecuación al ámbito, viabilidad y sostenibilidad. Esta convergencia de ideas entre las dos disciplinas resulta prometedora, pero aún así resulta insuficiente.

Un alineamiento más estrecho entre la ciencia de la mejora y la ciencia de la implementación no sólo puede reducir la duplicación de tareas, sino también, y más importante, introducir sinergias. La ciencia de la implementación nos brinda información sobre los mecanismos que permiten cambiar las prácticas y de cómo ponderar los factores de contexto, mientras que la ciencia de la mejora nos informa acerca del desarrollo de distintas intervenciones logradas mediante el compromiso del personal de base y el liderazgo organizacional, utilizando ciclos de aprendizaje rápidos y midiendo las acciones y los comportamientos. (Koczwara et al., 2018)

La combinación de los dos abordajes enriquece el enfoque, sin perder el objetivo de resolver el problema de la baja calidad. Para conseguir este objetivo, se necesita mucha más comunicación y colaboración entre las dos disciplinas.

Cuadro 2. Conceptos, Abordajes y Terminologías utilizadas en la Ciencia de la Mejora y en la Ciencia de la Implementación

Ciencia de la Mejora	Compartido por ambas	Ciencia de la Implementación
Definición		Definición
Trabajo a nivel de sistemas para mejorar la calidad, la seguridad y el valor de la atención médica		Trabajo para promover la incorporación sistemática de las intervenciones basadas en la evidencia en la práctica y la política
El Problema	Definiciones y alcances	El Problema
Interrupción significativa, fracaso, insuficiencia, angustia, confusión u otra disfunción en el sistema de salud que afecte negativamente a los pacientes, al personal o al sistema en su conjunto, impidiendo que se realice en todo su potencial	<u>Sistema</u>: estructuras interrelacionadas, personas, procesos, y actividades que juntas conforman la atención de la salud <u>Contexto</u>: la composición física y sociocultural del entorno local <u>Foco</u>: Nivel sistémico	La evidencia científica tarda en adoptarse en la práctica clínica de todos los días, y su aceptación suele ser desigual en los distintos entornos, con una calidad de atención variable

Principios únicos	Principios compartidos	Principios únicos
Mejorar la confiabilidad	Datos y medición	Cambiar comportamientos a través del enfoque en las variables mediadoras
Gestionar la demanda, la capacidad y el flujo	Comprensión del proceso	Mecanismos de cambio que puedan ser generalizables en distintos lugares
Específica de un lugar	Involucrar y comprometer al staff	
	Involucrar a los pacientes	
	Cambios a nivel sistémico	
Racional		Teoría
Marcos, modelos, conceptos y/o teorías formales o informales utilizados para explicar el problema;		El marco de trabajo existente o el modelo elegido para guiar el proceso de implementación
Las razones o supuestos que se utilizaron para desarrollar las intervenciones; y las razones por las que se espera que las intervenciones funcionen		
Abordajes comunes, llamadas "Intervenciones"	Conceptos compartidos	Abordajes comunes llamadas "Estrategias"
Reingeniería de procesos		Evaluativo/iterativo
Co-diseño basado en la experiencia	Mejorar el flujo de trabajo y otras actividades a través de las cuales se prestan los servicios de salud	Asistencia/facilitación/entrenamiento
Metodología Lean		Auditoría y retroalimentación
Modelos de mejora (ej PDSA)		Adaptación
Six Sigma	Compromiso y participación de las partes interesadas	Educación y entrenamiento
Control estadístico de procesos		Apoyar a los profesional
Gestión total de la calidad		Involucrar a los consumidores
Teoría de las restricciones		Consecuencias financieras Cambiar la infraestructura

Resultados de Interés	Resultados de interés común	Resultados de Interés
Eficiencia		Aceptabilidad
Seguridad	Efectos sobre las personas, proceso y sistemas	Adopción/incorporación
Oportunidad	Costos	Adecuación al ámbito
Centro en el paciente	Viabilidad	
	Sostenibilidad	

Requisito 4:

Un mayor estudio y comprensión de la ingeniería en factores humanos y de la alta confiabilidad

a) Ingeniería en factores humanos

En algunos aspectos, el uso de métodos de la ingeniería en factores humanos (IFH) para el cuidado de la salud ha sido transformador. Hoy se reconoce la importancia de esta disciplina para prevenir o mitigar errores de medicación y de sitio quirúrgico, para mejorar el diseño e implementación de la tecnología informática en salud y para eliminar los peligros asociados a las caídas de pacientes, tan sólo por citar algunos ejemplos de su aplicación práctica. Sin embargo, el progreso medible de su impacto sobre la seguridad de la atención ha sido muy limitado y los desafíos son aún enormes. La lentitud de los avances se explica fundamentalmente por dos factores: la falta de intervención de especialistas en factores humanos en el diseño de los sistemas de trabajo y la escasa o nula formación de los profesionales asistenciales en esta ciencia.

La ingeniería en factores humanos estudia la relación entre los seres humanos y los sistemas con los que interactúan, centrándose en mejorar la eficiencia, creatividad, productividad y satisfacción en el trabajo, con el objetivo de minimizar errores. La falta de aplicación de algunos principios básicos de factores humanos es reconocida como una de las principales causas de eventos adversos durante la atención sanitaria. Las soluciones basadas en factores humanos hacen que sea *“fácil hacer las cosas bien y difícil hacer las*

cosas mal" y que cuando ocurran errores, sea menos probable que provoquen daños a los pacientes

La ingeniería en factores humanos tiene un enorme potencial para mejorar la seguridad de los pacientes mediante variados mecanismos de acción:

- Ayuda a diseñar tecnología informática y dispositivos médicos seguros y fáciles de usar
- Ayuda a comprender la naturaleza y mecanismos del error humano
- Ayuda a identificar y remover los obstáculos para el desempeño
- Ayuda a fortalecer la resiliencia del sistema

Los siguientes consejos de diseño ayudan a limitar o contener los potenciales errores humanos:

- Evitar la dependencia de la memoria

La formación que recibimos como profesionales de la salud nos ha acostumbrado a retener en nuestra mente muchos datos e información. Si bien esto puede resultar útil para aprobar exámenes, cuando se trata de atender pacientes, confiar solo en la memoria puede ser peligroso, sobre todo cuando el resultado puede ser que un paciente reciba un medicamento o una dosis equivocada. Es por esta razón que los protocolos son tan importantes: porque nos obligan a revisar explícitamente los diagramas de los pasos de un determinado proceso o tratamiento, evitando depender exclusivamente de la memoria. Por otro lado, contar con demasiados protocolos tampoco es útil, sobre todo si los mismos no son actualizados a tiempo. Es importante estar familiarizado con los protocolos del servicio y conocer cuándo se actualizaron por última vez. Para ser eficaces los protocolos deben ser documentos vivos.

- Hacer las cosas visibles

La gestión visual busca guiar a las personas para que tomen la decisión correcta mediante señalamientos de advertencia, peligro o precaución, sistemas de semáforos etc. Buenos ejemplos de esto son los afiches que nos recuerdan lavarnos las manos, la marcación del sitio quirúrgico, la señalización codificada de los puertos de inyección (IV, Intratecal, etc), el recordatorio de los efectos del campo magnético en resonancia, o la señal de peligro en los medicamentos de alto riesgo. Otras veces, este tipo de comunicación visual es vital para evitar errores en los procesos operativos, sobre todo cuando se interactúa con dispositivos médicos, como son las bombas de infusión; el uso de imágenes y material gráfico sobre los pasos a seguir para utilizar correctamente estos equipos ayudan a dominar esta habilidad.

- Revisar y simplificar los procesos

Lo simple es mejor. Esta afirmación aplica a todos los órdenes de la vida, incluida la atención de la salud. Algunas tareas asistenciales se han vuelto tan complicadas que se prestan mucho al error, como son por ejemplo los procesos de traspaso de pacientes y alta. Hacer que los procesos sean más sencillos mediante la aplicación de estrategias de comunicación que sean menos numerosas pero más claras y efectivas ayudará a reducir errores. Otros ejemplos de procesos que podrían ser simplificados son: limitar la gama de medicamentos de alto riesgo para su prescripción; restringir el número de preparaciones de dosis disponibles de los medicamentos; disponer de un inventario de medicamentos de administración frecuente (Vademecum).

Habiendo dicho esto, resulta necesario aclarar que también es peligroso simplificar demasiado las explicaciones de lo que ocurrió (ej: no cumplió con los pasos del proceso) o de lo que podría suceder en el futuro, sobre todo en un sistema tan complejo como el de la atención de la salud, donde la incertidumbre es la norma y los individuos deben estar empoderados para tomar decisiones en el punto de atención.

- Estandarizar los procesos y procedimientos más comunes

En muchos hospitales, los distintos servicios hacen las cosas comunes de manera diferente. Esto determina que las personas llamadas a colaborar en otras áreas, tengan que reaprender cómo se hacen las cosas en ese lugar. Los hospitales que han estandarizado la forma de hacer las cosas (cuando resulta

apropiado), ayudan al personal a reducir su dependencia de la memoria; esto a su vez también mejora la eficiencia y ahorra tiempos. Algunos ejemplos: estandarización de la localización y el contenido de los carros de paro en los distintos servicios, estandarización de las abreviaturas de uso frecuente; estandarización de los equipos a ser utilizados en los distintos servicios (ej: un solo modelo de bombas de infusión o de respiradores); estandarización de los formularios de alta o de prescripción de medicamentos, etc.

- Utilizar checklists de manera rutinaria

Los listados de verificación han sido utilizados de manera exitosa por muchas industrias (aviación, centrales nucleares) y son actualmente de uso regular en quirófanos de todo el mundo. Las listas de verificación garantizan la coherencia y la comunicación del equipo, superando así las limitaciones de la memoria humana y la capacidad de atención. Garantizan a su vez que los pasos del procedimiento se realicen en el orden correcto y que el procedimiento esté completo. Este hábito debería generalizarse aún más, particularmente cuando existen evidencias de su efectividad clínica, como es el caso de los bundles de vías centrales y asistencia respiratoria mecánica y de los listados de verificación de seguridad de la cirugía.

- Disminuir la dependencia de la vigilancia

Los humanos nos distraemos y aburrimos rápidamente, sobre todo cuando no hay mucho que hacer, o cuando las actividades son largas y repetitivas. En tales circunstancias, la mayoría de nosotros disminuye la atención a la tarea que tenemos entre manos, sobre todo si nos cansamos. Nuestros esfuerzos por mantener la concentración fracasarán en algún momento. De allí la importancia de contar con una política sabia de alertas auditivas y visuales que no abrume, pero que nos permita advertir situaciones críticas.

- Desarrollar funciones forzosas

La ingeniería en factores humanos asume la inevitabilidad del error humano. Para prevenirlos, los ingenieros anticipan los tipos de errores que pueden ocurrir en situaciones específicas y abordan la prevención de los mismos incorporando funciones forzosas en el diseño de productos o procesos. Una función es forzosa cuando: a) previene una acción no intencional o no deseada, o b) permite que una determinada acción sea completada sólo después de haber realizado otra acción específica para que la acción principal sea segura. Las

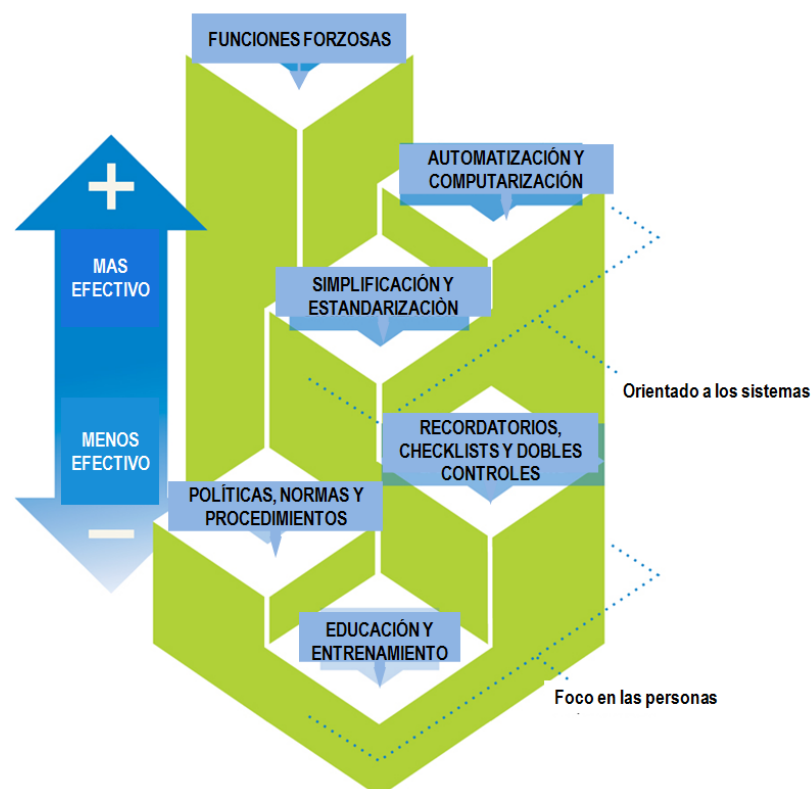
funciones forzosas hacen imposible hacer la tarea de manera incorrecta (Siewer and Hochman, 2015). Generan una barrera que uno no puede pasar a no ser que modifique la conducta. Ej: la imposibilidad de conectar el oxígeno a un conector de óxido nitroso en anestesia, o de conectar una solución oral a la llave de vía endovenosa, o la obligación de completar un campo en la historia electrónica para avanzar.

- Desarrollar redundancias

La redundancia es un principio del diseño de sistemas que introduce componentes duplicados para proporcionar tolerancia a las fallas. Cuando un componente del sistema falla, la copia de seguridad garantiza que el sistema siga funcionando según lo diseñado. La introducción de redundancias mejora la confiabilidad general del sistema sin necesidad de aumentar la confiabilidad de los componentes individuales. Agregar redundancia es análogo a agregar una capa adicional de defensa en el modelo de queso suizo de Reason. Cuantas más redundancias (defensas), más probable es que se detecten errores. Ejemplos: controles dobles por oposición en medicación pediátrica que requiere cálculos y distintos niveles de verificación del sitio quirúrgico.

Todos estos principios de diseño seguro tienen una jerarquía de efectividad (Ver figura 6)

Figura 6: Principios de diseño seguro. Jerarquía de la efectividad de las intervenciones (Cafazzo and St-Cyr, 2012)



b) Alta confiabilidad

En las organizaciones “altamente confiables” (HRO por sus siglas en inglés), la seguridad es una propiedad emergente del sistema, construida todos los días por las personas que trabajan en ella, y no una propiedad estática. Las HRO han desarrollado culturas que animan al personal a ir más allá de lo esperado. Una operación segura y confiable requiere resiliencia y capacidad para gestionar situaciones inesperadas. Estas organizaciones invierten en el aprendizaje continuo a partir de los defectos, pero también buscan estimular la capacidad de monitoreo, respuesta, aprendizaje y anticipación de los individuos que componen el sistema. Supervisan permanentemente el desempeño y sacan lecciones, tanto de los fracasos como de los éxitos. Su objetivo no sólo consiste

en minimizar la ocurrencia de errores y eventos adversos, si no también reforzar la confiabilidad

En el año 2007, Weick y Sutcliffe brindaron una de las descripciones más convincentes acerca de la forma en la cual las organizaciones altamente confiables (HRO) se mantienen seguras. Describieron un entorno de "conciencia colectiva", que hace que todos los trabajadores estén atentos, busquen y reporten pequeños problemas o condiciones riesgosas cuando todavía son fáciles de solucionar y no representan un riesgo sustancial para la organización. Estas HRO rara vez o nunca tienen accidentes importantes; sus líderes valoran la identificación de peligros o errores y extraen continuamente lecciones, tanto de los eventos de seguridad pasados, como de la forma en la que se está trabajando, con el objetivo de reducir el riesgo de fallas en el futuro.

Los cinco principios de alta confiabilidad detallados por Weick y Sutcliffe aclaran aún más la capacidad que tienen las organizaciones altamente confiables (HRO) para lograr y mantener niveles de seguridad ejemplares. Estos principios son: preocupación por las fallas; renuencia a simplificar; sensibilidad a las operaciones; compromiso por la resiliencia y; deferencia a la experiencia.

1. Preocupación por las fallas

En una organización altamente confiable, todas las personas están atentas a la posibilidad de fracasar porque son conscientes de que ningún sistema es perfecto. La ausencia de errores durante meses o años no conduce a la complacencia, sino a un mayor sentido de vigilancia, y la gente siempre está alerta a la más pequeña señal que pueda estar indicando una nueva amenaza para la seguridad. Todo el mundo entiende que estas nuevas amenazas surgen regularmente de situaciones que nadie imaginó que podrían ocurrir, por lo que todos piensan activamente en lo que podría salir mal. Los cuasi accidentes se ven como oportunidades para aprender sobre los problemas del sistema y planificar posibles mejoras.

Para una organización de salud esto significa que el personal debe estar siempre atento a los signos de deterioro del paciente, identificar los procesos que no son confiables y supervisar permanentemente el rendimiento. Para ser eficaz en este ámbito, las organizaciones necesitan transparencia, un método robusto de mejora que permita ensayar cambios que mejoren el proceso y un sistema de medición para monitorear el desempeño.

2. Renuencia a simplificar

En las organizaciones altamente confiables, las personas se resisten a simplificar su comprensión de los procesos de trabajo y de cómo y por qué las cosas tienen éxito o fracasan en su entorno. Las amenazas a la seguridad pueden ser complejas, dinámicas y presentarse de muchas formas diferentes. Por eso buscan las causas profundas de los accidentes y las variaciones que pueden ser peligrosas en las operaciones diarias. Si bien estas organizaciones reconocen el valor de la estandarización de los flujos de trabajo para reducir la variación, también son conscientes de la complejidad inherente a la enorme cantidad de equipos, procesos y relaciones involucradas en la realización de las operaciones diarias. En el sector salud, la mayoría de las organizaciones no profundizan lo suficiente su análisis (ni de los eventos adversos ni de las variaciones). La capacidad de investigar más profundamente requiere de un sistema que facilite y apoye el aprendizaje continuo. Algunas de las herramientas útiles para esto son, entre otras, el análisis de causa raíz (ACR), el análisis de modos de falla y efectos (AMFE), la grilla de evaluación de la resiliencia (RAG) y el método de análisis funcional de la resonancia (FRAM).

3. Sensibilidad en las operaciones

En las organizaciones altamente confiables, todas las personas son conscientes de la complejidad operativa y están en permanente alerta para identificar cualquier desvío del desempeño esperado. Esta sensibilidad a “lo que podría fallar” se denomina a menudo “alerta situacional”. Esto significa que las personas cultivan una comprensión del contexto del estado actual de su trabajo en relación con lo que está sucediendo dentro y fuera de su equipo, y proyectan ese estatus en el futuro cercano, discriminando si refuerza o amenaza la seguridad de las operaciones. Estas organizaciones se esfuerzan mucho para asegurarse que todos los trabajadores informen cualquier desvío del desempeño esperado. Para desarrollar esta capacidad en su fuerza laboral, las organizaciones deben fomentar la transparencia, la seguridad psicológica, y el desarrollo de métricas que informen a los líderes sobre el rendimiento de los sistemas.

4. Compromiso con la resiliencia

El compromiso con la resiliencia se basa en la comprensión fundamental de la naturaleza frecuentemente impredecible de las fallas del sistema. En las organizaciones altamente confiables (HRO), las personas reconocen que a

pesar de sus mejores esfuerzos y de los éxitos en materia de seguridad que hayan podido tener en el pasado, es inevitable que en algún momento se cometan errores y que la seguridad se vea amenazada. "El sello distintivo de las HRO's no es una operación libre de errores, sino el no permitir que esos errores las inhabiliten para seguir funcionando". La resiliencia se refiere a la capacidad de una organización para reconocer errores rápidamente y contenerlos, evitando así el daño que resulta cuando pequeños errores se propagan, se agravan o se convierten en problemas mayores. Los equipos de trabajo de estas organizaciones cultivan la evaluación permanente de la situación y los controles cruzados para identificar las amenazas a la seguridad rápidamente y responder antes de que el problema escale.

5. Deferencia a la experiencia

El diccionario de la RAE define deferencia como la "adhesión la dictamen o preceder ajeno", también, en su segunda acepción como "muestra de respeto". Cuando se enfrentan a una amenaza nueva o desconocida, las organizaciones altamente confiables cuentan con un mecanismo para identificar a las personas con mayor experiencia y mejor calificadas para manejar esa situación en particular y delegan la toma de decisiones en esa persona o grupo. No invocan en estos casos la jerarquía organizativa ni esperan que sea la persona con mayor antigüedad o rango la más apropiada para abordar el problema. Muchas veces las personas de mayor experiencia son las más cercanas a las operaciones diarias. La deferencia a la experiencia local y situacional da como resultado un espíritu de indagación permanente y resta énfasis a la jerarquía a favor del aprendizaje de todo lo que sea posible sobre amenazas potenciales a la seguridad. En una HRO, se espera que todos compartan libremente sus preocupaciones, y por eso generan un clima organizacional en el cual los miembros del personal se sienten cómodos para hablar sobre posibles problemas de seguridad.

Mejora Robusta de Procesos (RPI)

Los hospitales necesitan nuevas herramientas y métodos de mejora de procesos que les permitan salir de su actual estado de baja confiabilidad. En el marco de Chassin y Loeb, la mejora robusta de procesos (RPI por sus siglas en inglés), es una combinación de "*Lean*", "*Six sigma*" y "*Gestión del Cambio*". Este conjunto de herramientas sería mucho más potente que el que se utiliza actualmente en la mayoría de las organizaciones de salud para abordar los problemas de calidad y seguridad. Brevemente, y simplificando un poco, *Lean* es

un conjunto de herramientas y una filosofía de mejora a partir de empleados empoderados que busca identificar y eliminar el desperdicio de los procesos sin comprometer la calidad del resultado. Las herramientas *Six sigma* se centran en mejorar los resultados de los procesos al reducir radicalmente la frecuencia con la que se producen productos o resultados defectuosos. Ambas herramientas (Lean y Six sigma) resultan en procesos notablemente mejorados. La *Gestión del Cambio* consiste en un enfoque sistemático que, utilizado junto con Lean y Six Sigma, prepara a la organización para aceptar, implementar y mantener la mejora de procesos resultantes de la aplicación de las herramientas Lean y Six Sigma. Estos tres conjuntos de herramientas son complementarios y proporcionan uno de los mejores métodos disponibles para que los hospitales logren mejoras importantes en los procesos defectuosos.

Requisito 5:

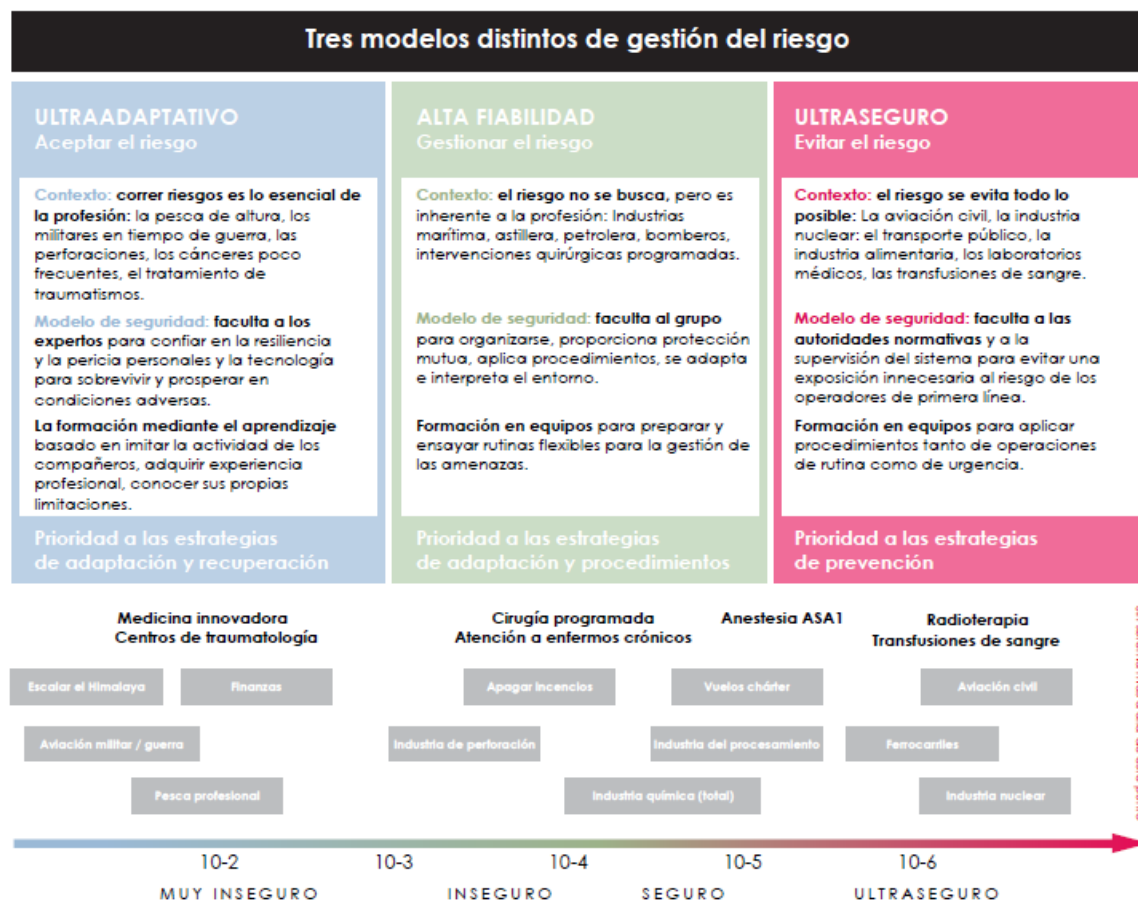
Una gestión más proactiva de los riesgos

Durante estos últimos 20 años, gran parte de nuestras energías han estado volcadas al aprendizaje a partir de los errores. Hemos aprendido a identificar y analizar eventos adversos buscando sus factores contribuyentes y causas raíces. Sin embargo, no deberíamos medir la seguridad de los pacientes ponderando exclusivamente el daño. Lo que ocurrió en el pasado, si bien puede ser muy informativo, no nos permite saber per sé cuán peligrosos somos ahora o podemos serlo en el futuro. Por eso debemos ampliar nuestra mirada de la seguridad a sus otras dimensiones

En su evolución hacia un alto nivel de confiabilidad, las industrias de alto riesgo (aviación, plantas nucleares, etc.) han pasado de medir y responder a incidentes o daños específicos a evaluar permanentemente las condiciones que generan seguridad. Estas industrias son capaces de reconocer, adaptarse y absorber continuamente las variaciones, problemas y sorpresas que puedan aparecer, garantizando un funcionamiento seguro a pesar de la complejidad de su actividad. A esta capacidad se la denomina resiliencia.

Amalberti y Vincent distinguen tres modelos generales de gestión del riesgo con sus estrategias propias. Cada uno de ellos ha dado lugar a una manera genuina de organizar la seguridad con sus propias estrategias características y sus posibilidades de mejora. En la práctica es posible que las distinciones no estén tan claramente delimitadas, pero la división en tres modelos sirve para explicar los principales factores y dimensiones en juego. Ver figura 7.

Figura 7: Tres modelos de gestión del riesgo (Amalberti y Vincent)



Evitar el riesgo: el modelo ultraseguro

Esta forma de gestión del riesgo se aparta radicalmente de la dependencia de la pericia y las habilidades humanas para aproximarse a un enfoque que confía en la estandarización, la automatización y la abolición del riesgo siempre que sea posible. La profesionalidad en estos contextos aún exige niveles muy altos de pericia, pero ésta consiste sobre todo en la ejecución de las rutinas conocidas y ejercitadas, para cubrir tanto las operaciones de rutina como las emergencias. Idealmente, no hay necesidad de basarse en conocimientos expertos excepcionales cuando tratamos con emergencias, como el motor en llamas en un avión comercial. En su lugar, la preparación y la formación integral permiten que todos los operadores cumplan con las normas exigidas de actuación y que tengan capacidades tales como para que sean intercambiables dentro de sus respectivas funciones.

Este modelo depende, en gran medida, de la supervisión externa y del control de los peligros, lo que hace posible evitar situaciones en las que el personal de primera línea esté expuesto a riesgos excepcionales. Al restringir la exposición a una lista limitada de fallos y situaciones difíciles, la industria puede volverse casi por completo procedimental, tanto cuando opera en condiciones normales como cuando lo hace en otras más complicadas. Las aerolíneas, la industria nuclear, los laboratorios médicos y la radioterapia son excelentes ejemplos de esta categoría. Los accidentes se analizan para localizar y eliminar las causas, de modo que, en el futuro, la exposición a las condiciones de riesgo pueda reducirse o eliminarse por completo. La formación de los operadores de primera línea se centra en el respeto de sus funciones distintivas, en la manera de trabajar en conjunto para mejorar los procedimientos y en cómo responder de forma preparada a las emergencias, de modo que apenas haya necesidad de improvisar procedimientos *ad hoc*. De nuevo, entre los mejores operadores y los menos buenos dentro de una misma profesión hay diferencias en una proporción de 10¹. En hospitales y centros de salud existen servicios en los cuales la asistencia está muy estandarizada, que se ajustan muy fielmente a este modelo ultraseguro. Incluye los campos de la farmacia, la radioterapia, la medicina nuclear y gran parte del proceso de transfusión de sangre. Todos ellos están sumamente estandarizados y se basan en gran medida en la informática.

Gestionar el riesgo: el modelo de alta fiabilidad

El término alta confiabilidad o de “Organizaciones Altamente Confiables (HRO)” se asocia principalmente a una serie de estudios centrados en industrias en las que actividades muy peligrosas, como la energía nuclear y las compañías de transporte aéreo, se gestionaron de forma segura y fiable. Se identificaron características muy variadas como aquello que caracterizaba a las organizaciones de alta fiabilidad, pero todas estaban sustentadas por una aproximación al trabajo en equipo disciplinada y a la vez flexible. Este modelo también depende en gran medida de la resiliencia y la pericia personal, pero de una forma más preparada y organizada; la iniciativa personal no puede darse a costa del éxito y la seguridad de todo el equipo.

Esta aproximación también se asocia a entornos peligrosos, pero el riesgo, aunque no sea totalmente predecible, se conoce y se comprende. En estas

¹ El índice de accidentes de aviación oscila de un 0,63 % de cada millón de salidas en los países occidentales a un 7,41 % por millón de salidas en los países africanos. Por tanto en este caso difieren en una proporción de 12. Fuente: iata statistics, 23 February 2011, <http>

profesiones la gestión de riesgos es un problema diario, aunque el objetivo principal sea gestionarlo y evitar toda exposición innecesaria al mismo.

la marina mercante, los equipos de quirófano y aquellos que operan las industrias químicas, todos se enfrentan a las amenazas y a la incertidumbre a diario y, normalmente, se basan en un modelo de alta fiabilidad.

El modelo de las HRO depende del liderazgo y de un equipo profesional y con experiencia, que normalmente incluye diversas funciones y conocimientos expertos de distintos tipos. Todos los miembros del grupo desempeñan un papel en la detección y el control de los peligros [interpretar, dar sentido (sense making)], y llaman la atención del grupo sobre ellos, adaptan los procedimientos si es necesario, pero sólo cuando estas adaptaciones «tienen sentido» dentro del grupo y se comunica a todo el mundo. El modelo de las organizaciones altamente confiables es, de hecho, relativamente reactivo a las proezas personales fuera del repertorio habitual del equipo. La resiliencia y la flexibilidad del modelo empleado son las de un equipo dinámico y bien coordinado, más que las de un individuo que actúa por su cuenta. Todos los miembros del grupo se muestran unidos en cuanto a los objetivos de seguridad y el equipo promueve una toma de decisiones colectiva y prudente.

Los equipos que trabajan en este modelo conceden gran importancia al análisis de las fallas y buscan entender los motivos que subyacen a éstas. Las enseñanzas que se obtienen de estos análisis versan sobre cómo podrían gestionarse mejor en el futuro otras situaciones similares. Por lo tanto, éste es un modelo que se basa principalmente en mejorar la detección y la recuperación de situaciones peligrosas, y en segundo lugar en la mejora de la prevención, lo que significa evitar la exposición a situaciones difíciles en la medida de lo posible. La formación se basa en adquirir experiencia de forma colectiva. De nuevo, las diferencias entre los mejores operadores y aquellos que son algo menos buenos dentro de un mismo oficio varían en una proporción de 10. La mayoría de los servicios hospitalarios (internación clínica y quirúrgica, terapia intensiva, etc.) se corresponde con este modelo de gestión del riesgo, donde el rol de los equipos de trabajo juega un rol fundamental. En esta forma de gestión, los estándares y protocolos proporcionan importantes controles del peligro (como infecciones por una deficiente higiene de las manos), pero brinda una enorme importancia al criterio profesional y a la flexibilidad para conseguir una asistencia sanitaria segura y de calidad.

Aceptar el riesgo: el modelo ultraadaptativo

Este modelo se asocia con las profesiones en las que la búsqueda de exposición al riesgo es inherente a la actividad y, a menudo, está también arraigada en el modelo económico de la profesión. Los profesionales cualificados venden sus servicios de acuerdo con sus conocimientos y experiencia, su dominio de nuevos contextos y su disposición para correr riesgos y afrontarlos y superarlos, cosechando beneficios allá donde otros fracasan o no se atreven a acercarse. Ésta es una cultura de campeones y ganadores y, sin duda, hay quienes no logran superar los desafíos o sufren accidentes o mueren en el intento. Cuando esto ocurre, suele explicarse en términos personales: no tenían el conocimiento o las capacidades de un ganador; no tenían lo «que hay que tener» para ser parte de los grupos de élite). Los profesionales de la pesca de altura, por ejemplo, están dispuestos a buscar las condiciones de mayor riesgo para pescar los pescados más lucrativos en los momentos más oportunos. Este tipo de profesiones son muy peligrosas y presentan unas estadísticas de siniestralidad atroces. embargo, no son indiferentes a los riesgos a los que se enfrentan. Cuentan con estrategias de seguridad y de formación muy pensadas, pero dependen en gran medida de las capacidades personales y están profundamente influenciadas por su cultura específica.

Dentro del modelo ultraadaptativo la autonomía y los conocimientos y experiencia personal tienen prioridad sobre la organización jerárquica del grupo. En muchos casos el grupo es muy pequeño (entre dos y ocho integrantes) y se desenvuelve en un entorno de mucha competitividad. El líder es reconocido por su habilidad técnica, sus logros pasados y su carisma, más que por su rango oficial. Todos los involucrados tienen que actuar con mucha iniciativa. Capacidad, valor y experiencia ganada junto a una clara conciencia de las propias limitaciones y fortalezas es la clave para obtener el reconocimiento como buenos profesionales. El éxito se contempla bajo el prisma de la victoria y la supervivencia, y sólo los ganadores tienen la oportunidad de comunicar sus conocimientos expertos en materia de seguridad.

En resumen, la cantidad de procedimientos es escasa, el nivel de autonomía, elevado; y el número de accidentes, muy alto. Se llega a ser más eficientes y aprender a gestionar el riesgo trabajando con expertos, aprendiendo de su experiencia y mejorando la capacidad propia para adaptarse y dar respuesta incluso a las situaciones más complicadas. Las diferencias entre los operadores más seguros y los menos seguros dentro de un mismo oficio cualificado y resiliente varían en una proporción de 10, por ejemplo el índice de

accidentes mortales en la pesca de altura profesional se sitúa en una proporción de cuatro entre los propietarios de barcos en Francia y de 9 a nivel global. Esto indica que sin duda alguna es posible hacer progresos mediante las intervenciones de seguridad dentro de este modelo de seguridad concreto; sin embargo, es posible que haya un límite a lo que se puede lograr sin tener que cambiar a un modelo de seguridad distinto, que a su vez exigirá una aproximación distinta a las actividades implicadas. Algunos departamentos hospitalarios, como la cirugía de urgencia, se enfrentan continuamente a casos complicados y tienen que trabajar en condiciones muy difíciles. Es aquí donde aplica este modelo de gestión ultra-adaptativo. Si bien el trabajo puede organizarse y planificarse, existe una considerable cantidad de adaptación hora a hora, debida a la enorme variedad de pacientes, la complejidad de los mismos y las perturbaciones imprevistas. No obstante, tenemos que hacer hincapié en que todas estas áreas clínicas, sin importar cómo sean de adaptativas, dependen de su cimentación en unos procedimientos esenciales; «adaptativo» es un término relativo y no supone una invitación a abandonar todas las guías y a que cada uno tome decisiones a su manera.

Estos tres modelos de seguridad adoptan estrategias radicalmente diferentes en cuanto a las reglas y procedimientos, de una parte, y a la flexibilidad y la adaptación, de otra. Cada uno de estos modelos tiene su propia estrategia en cuanto a la formación, el aprendizaje y al modo de mejorar, y cada uno cuenta con sus propias ventajas y limitaciones. De forma gráfica podrían expresarse como puntos de una curva que refleja el equilibrio existente entre la flexibilidad y la adaptabilidad de una parte y los procedimientos de otra. Es importante que reconozcamos que aunque estos modelos son muy diferentes en el modo en que gestionan el riesgo, todos comparten una misma aspiración a ser tan seguros como sea posible en las circunstancias en las que se desenvuelven.

Los resultados específicos en materia de seguridad son, por lo tanto, debidos a acciones aparentemente contradictorias: las normas y las limitaciones que guían el trabajo, de una parte, y, de otra, la dependencia de la capacidad de adaptación del personal en situaciones que escapan a las guías, las normas y las reglamentaciones. El personal a veces no cumple las normas por negligencia o descuido (por ejemplo, sin que haya ningún motivo), pero con la misma frecuencia las normas se ignoran porque impiden el trabajo mismo. En la asistencia sanitaria se produce la muy poco recomendable situación de un gran número de procedimientos y pautas (demasiadas como para que el personal pueda seguirlos o incluso conocer de su existencia) a los que se da seguimiento de manera inconsistente. Una tarea básica en materia de asistencia sanitaria en

todos los ámbitos, ya sean adaptativos o estandarizados, es identificar un conjunto básico de procedimientos que deben seguirse de manera fiable.

Cuando nos preguntamos si una organización de salud es segura, ¿qué es exactamente lo que queremos saber? Una de las razones por las cuáles esta pregunta es tan difícil de responder radica en que la seguridad puede ser abordada desde muy distintos ángulos, y sus múltiples facetas no siempre se distinguen con claridad. Vincent propone abordar las diferentes dimensiones de la seguridad formulándose cinco preguntas básicas: ¿Ha sido nuestra atención segura en el pasado? ¿Son confiables nuestros procesos y sistemas de apoyo a la gestión clínica? ¿Somos seguros hoy? ¿Seremos seguros en el futuro? ¿Estamos respondiendo y mejorando? (Ver Figura)

1. ¿Ha sido nuestra atención segura en el pasado?

Para saberlo podemos buscar los indicadores históricos, tales como la tasa de infecciones, de caídas, de evidencias de errores diagnósticos, etc. y analizar las tendencias a lo largo de meses o años. Si estos índices se mantienen estables o en descenso, podríamos inferir que estamos ante una organización de salud segura. Sin embargo, esta información puede no ser del todo completa. No podríamos saber, por ejemplo, si la atención es igual de segura en todos los turnos o en todos los servicios del hospital o si los indicadores que usamos permiten reflejar adecuadamente la seguridad de la atención en toda la organización. Por otra parte, el buen desempeño pasado no siempre garantiza la seguridad en el futuro.

No deberíamos tampoco restringirnos a considerar tan solo la seguridad de los pacientes desentendiéndonos de la seguridad del personal. Este también se enfrenta a peligros biológicos, químicos y radiológicos y a ciertas lesiones físicas que también podríamos querer monitorear. Existen además algunos riesgos a su bienestar psicológico, particularmente si trabajan en una organización con poco respeto por las condiciones de trabajo de su gente.

2. ¿Son confiables nuestros procesos y sistemas de apoyo a la gestión clínica?

En toda organización, el cumplimiento consistente de estándares de atención acordados es un requisito fundamental para la seguridad. Esta confiabilidad aplica a procesos clínicos básicos como la higiene de manos, la administración en tiempo y forma de la profilaxis antibiótica preoperatoria o la indicación

oportuna de los estudios diagnósticos necesarios, entre otros procesos fundamentales. También deben ser confiables los sistemas de apoyo a la gestión clínica, garantizando por ejemplo que los médicos y enfermeros tengan accesible toda la información que necesitan para tomar decisiones, que dispongan del equipamiento médico necesario y que éste funcione adecuadamente.

Figura 8. Las 5 dimensiones de la seguridad que se deben medir y vigilar



3. ¿Es segura nuestra atención hoy?

Esta es una pregunta totalmente distinta. Podemos haber sido muy seguros en el pasado, pero la seguridad puede deteriorarse muy rápidamente. ¿Qué tipo de información nos podría ayudar a saber si somos seguros en la actualidad? Deberíamos entonces considerar aquellas características de la organización que son relativamente estables, como su personal o sus normas y procedimientos. Sin embargo, podríamos también querer examinar patrones más transitorios, como las conductas y actitudes del staff, las cuales pueden

cambiar en cualquier momento, para bien o para mal. Por otra parte, los profesionales de la salud y los gerentes de las organizaciones están expuestos todos los días a problemas o crisis que amenazan potencialmente la seguridad, como podrían ser, por ejemplo, un ingreso masivo de pacientes muy graves en casos de epidemias o accidentes, desperfectos súbitos de equipos o enfermedades del personal. Aquí la pregunta en cuestión no es con qué cuenta la organización sino cuál es su capacidad de respuesta ante las distintas circunstancias.

También podríamos querer preguntarnos si los pacientes creen en la seguridad de la organización en la cual se atienden. Para responder a la pregunta ¿estoy seguro? Los pacientes suelen basarse en lo que conocen de la organización y en la información pública disponible. Sin embargo, también podrían hacer otra pregunta: ¿me siento seguro aquí? La respuesta dependerá entonces de todas y cada una de sus experiencias en su constante interacción con las personas que los cuidan. La seguridad del paciente también depende mucho de la actitud del personal, de su empatía, compasión y obsesión por chequear los detalles.

4. ¿Seremos seguros en el futuro?

Obviamente, esta pregunta no puede ser contestada con certeza. Aún así, resulta importante formulárnosla, porque dirige nuestra atención hacia otros aspectos de la seguridad que también son relevantes, tanto en el presente como en el futuro. Existen distintas técnicas para anticiparse de manera proactiva a futuros riesgos y lograr que la organización sea más resiliente. Las amenazas a la seguridad pueden venir de cualquier rincón, por lo que se debe considerar la capacidad de la organización para responder a amenazas o problemas que pueden aparecer en el largo plazo. ¿Cuán resiliente es la organización y cuán capaz es de aprender, adaptarse y responder a los cambios?

5. ¿Estamos respondiendo y mejorando?

Una organización puede ser muy consciente de las exposiciones a daño de sus pacientes y saber que no es todo lo confiable que debería ser. Para los pacientes, tanto los que han sido víctimas como los que podrían serlo en el futuro, es de vital importancia la forma en la organización responde a esta asunción. Una organización segura es aquella que, reconociendo los problemas, intenta buscarles una solución y que aprende de los errores en beneficio de sus futuros pacientes. La integración de la información relativa a la seguridad a lo largo y ancho de toda la organización junto con la reflexión y el aprendizaje es

fundamental. Esto incluiría el aprendizaje efectivo a partir de los incidentes ocurridos que revelaron vulnerabilidades en el sistema junto con las acciones tomadas para prevenir su recurrencia, garantizando que estas acciones hayan realmente mejorado la seguridad y no agregado nuevos riesgos.

Requisito 6: Coproducir soluciones y salud

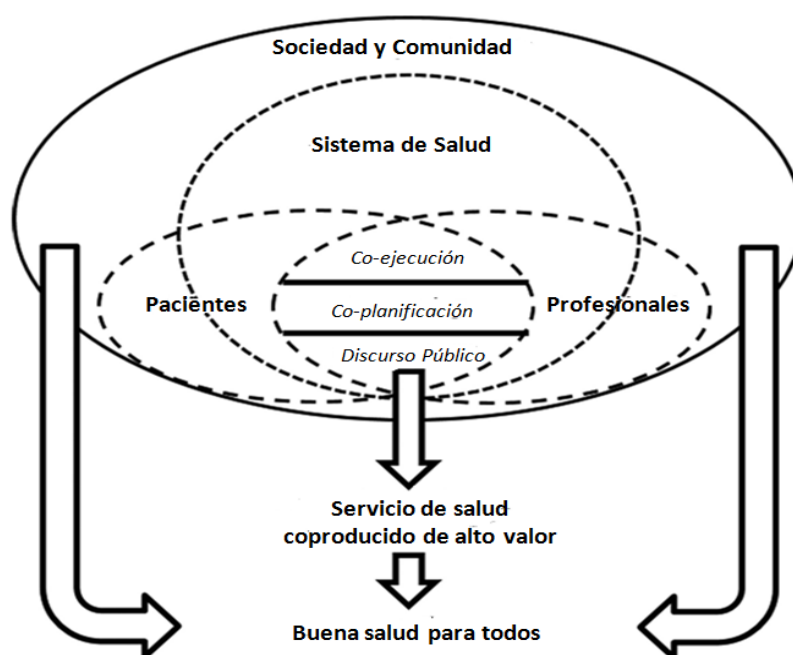
El paradigma de la asistencia sanitaria está cambiando en todo el mundo. De una atención concentrada en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se está pasando a otra concentrada en la generación de salud y mayor calidad de vida. En esta nueva visión, la participación activa del paciente y de su familia resulta primordial para obtener buenos resultados.

Batalden et al (2016) han definido a la coproducción de servicios de salud como *“el trabajo interdependiente de usuarios y profesionales para diseñar, crear, brindar, evaluar y mejorar las relaciones y acciones que contribuyen a la salud de las personas y las poblaciones”*. Estas relaciones y acciones pueden establecerse a nivel macro (políticas de salud, regulación), meso (organizaciones de salud) o micro (en la relación individual entre los profesionales de la salud y sus pacientes)

Hasta la década del 80', el modelo tradicional de producción de servicios de salud se caracterizaba por profesionales que tenían exclusivamente a su cargo la responsabilidad de diseñar y proporcionar servicios de alta calidad a los pacientes. Estos eran vistos principalmente como receptores pasivos de atención, que depositaban su confianza en los profesionales para que éstos operaran de acuerdo a sus conocimientos y ética profesional. Sin embargo, el aumento de las necesidades médicas de las últimas décadas, la capacidad limitada de prestación de servicios, al aumento de los costos de atención, el envejecimiento de la población (con la consiguiente explosión de enfermedades crónicas), y la creciente demanda de una atención personalizada de alta calidad, han cambiado las ideas acerca del rol que deben asumir los pacientes. Hoy en día resulta cada vez más necesaria una participación más activa de estos últimos, y se ha comenzado a estimular que compartan sus experiencias con el uso de los servicios y productos de salud, al fin de mejorar la calidad de la atención. Este papel más activo de los pacientes está comenzando a transformar la producción de los servicios de salud. Se les pide que participen activamente como consumidores/productores, y que interactúen con los

profesionales y otros decisores, como por ejemplo los responsables de las políticas públicas.

El mismo Batalden propone un nuevo modelo para servicios de salud coproducidos en el que pacientes y profesionales interactúan como participantes dentro del mismo sistema de atención y de la sociedad (Ver figura 9)



Maren Batalden et al. BMJ Qual Saf 2016;25:509-517

Los círculos concéntricos alrededor de las interacciones entre pacientes y profesionales sugieren que estas asociaciones están respaldadas o limitadas por la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud; también por fuerzas sociales a mayor escala y por la comunidad misma. Como participantes dentro del sistema de salud y de la comunidad, el público (señalado en el diagrama como "pacientes" y los profesionales de la salud tienen la misma incumbencia para dar forma al sistema. Tanto los pacientes como los profesionales no están del todo contenidos en el círculo de los sistemas de salud, lo que da una idea de las innumerables formas en que los mismos pueden interactuar con otras personas y organizaciones por fuera del sistema de atención médica propiamente dicho para afectar los resultados en salud. Las flechas ilustran que los servicios de salud coproducidos contribuyen al más amplio objetivo de una buena salud para todos, la cual termina siendo una

consecuencia de la interacción de numerosos factores determinantes y fuentes de atención.

Batalden y sus colaboradores utilizaron la forma plural de “pacientes” y “profesionales” para señalar la importancia de las relaciones dentro y entre estos grupos de personas. Las líneas punteadas sugieren que la lente de la coproducción difumina los roles de los pacientes y profesionales, desvaneciendo además los límites del sistema de salud y la comunidad en general. Dentro del espacio de interacción entre pacientes y profesionales, el modelo reconoce explícitamente tres niveles de relación co-creativa. En el nivel más básico, la coproducción de un buen servicio requiere un discurso con una interacción respetuosa y una comunicación eficaz. En un segundo nivel, la planificación compartida invita a una comprensión más profunda de los conocimientos y valores de cada uno. Por último, la co-ejecución demanda una confianza mutua profunda, reciprocidad en la responsabilidad y rendición de cuentas por el resultado. Cada nivel de trabajo compartido requiere de un conocimiento específico de la materia en cuestión, know-how y una disposición y comportamiento adecuado

Según la OMS, el empoderamiento de los pacientes podría ayudar a resolver algunos de los problemas más acuciantes de la atención médica moderna, mejorando la calidad de los servicios de salud y disminuyendo sus costos, contribuyendo así a la sostenibilidad de los sistemas de salud. Las contribuciones del empoderamiento de los pacientes para las organizaciones de salud y la comunidad se describen en el cuadro 3. (Russo et al, 2019)

Cuadro 3. Contribuciones del empoderamiento del paciente a la creación de valor

Dimensión	Valor para la Organización	Valor para la Comunidad
Alfabetización en salud	-Utilización apropiada y efectiva de los recursos de salud -Menor uso de medicamentos -Menor utilización de servicios - Menos visitas al hospital y consultorios	- Menos inequidades en la atención entre la población - Menos errores en los tratamientos -Mejor utilización de los servicios preventivos - Menos necesidad de gestión de enfermedades (disease management)
Participación del paciente	-Preferencia por tratamientos conservadores vs. opciones quirúrgicas -Menor tasa de procedimientos invasivos -Mayor adherencia a los tratamientos -Relación costo-beneficio más apropiada	- Aumento del nivel de comprensión mutua - Foco en el balance riesgos/beneficio más que en alternativas de tratamiento. - Mayor satisfacción de los pacientes - Mayor correspondencia entre las opciones de tratamiento y las necesidades, creencias y elecciones de los pacientes
Auto-gestión del paciente	-Reducción de costos -Menos internaciones y más tratamientos ambulatorios - Normas de cuidados domiciliarios	- Menor dependencia de los profesionales de la salud - Mayor bienestar y calidad de vida - Menor morbilidad y mortalidad
Comunicación con profesionales de la salud	- Mejores diagnósticos, más rápidos y precisos - Menor probabilidad de error de los profesionales. - Prevención de fallas en el tratamiento	- Menor ansiedad de los pacientes - Aumento de la confianza en los médicos - Difusión de información crítica - Menor mala interpretación de la información

Ejemplos de coproducción:

- Talleres de autocuidados: Reuniones programadas coordinadas en forma conjunta por médicos y pacientes para facilitar el auto-control de condiciones tales como dolor crónico, diabetes, depresión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estos programas buscan que el los servicios de salud pasen de "aliviar" los problemas del paciente a "habilitarlos" para que supieran abordar sus propias preocupaciones.
- Consultas médicas grupales: Se utilizan en pacientes con distintas enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, HTA, EPOC, etc.). Los diseños varían, pero estas consultas grupales generalmente involucran entre 8 a 15 pacientes durante 90-120 minutos en una sesión educativa grupal seguida de una consulta individual muy breve. La

retroalimentación y evaluación periódica de los participantes condujo a una mejora continua. en las consultas grupales, con una comunidad de pacientes de 10 miembros o más cambia totalmente la dinámica del poder, y se favorece el establecimiento de una agenda común. La conversación a menudo abre un nuevo panorama. Los pacientes disponen de un espacio para compartir sentimientos relacionados con su enfermedad y su capacidad de sobrellevarla

- Redes de aprendizaje: Redes de pacientes, profesionales asistenciales e investigadores que comparten datos e información mediante las nuevas tecnologías de la comunicación. Más utilizadas en enfermedades crónicas raras. Mediante un proceso de diseño formal, estas redes colaborativas identifican y proponen cambios que permitan pasar de una red jerárquica, impulsada y dominada por los prestadores, a otra red en la que todos los interesados trabajan como socios para mejorar la salud individual, el servicio de atención médica y las operaciones de la red de cooperación.
- Coproducción en diálisis: Algunas unidades han ayudado a las personas a aprender a utilizar las máquinas de diálisis en colaboración con el personal. Muchos de estos pacientes, por ejemplo, prefieren trabajar durante el día y dializarse a la noche, aumentando la eficiencia de la unidad de diálisis. Los usuarios aprenden unos de otros, brindan comentarios y comparten soluciones de una manera que los profesionales de la salud no esperaban
- Aplicaciones de salud: Se trata básicamente de diarios personales de salud, donde los usuarios cargan su estado, sus síntomas y problemas; permite además llevar un registro de la medicación y de la dieta; también consta con campos para anotar preguntas para los profesionales de la salud.
- Open Notes: Open Notes ("Notas Abiertas") es un movimiento mundial comprometido a promover el acceso irrestricto de los pacientes a la totalidad de las anotaciones que registran los médicos en sus historias clínicas. Su fundamento es que un acceso rápido y fácil a sus evoluciones clínicas puede ayudar a que los pacientes, sus familias y/o a sus cuidadores se sientan más en control de sus decisiones de atención, a la vez de mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones.

Barreras a la coproducción

- Pobre alfabetización en salud: La mayoría de la población tiene una pobre cultura en temas de salud, lo que dificulta su participación. Los pacientes con menor cultura en salud reciben menos cuidados preventivos, tienen menor conocimiento y manejo de condiciones crónicas, se cuidan menos, utilizan más los servicios (sobre todo los de urgencias) y tienen en general peores resultados que los pacientes más informados en estos temas.
- Diversidad entre pacientes: No todos los pacientes tienen la capacidad o el deseo de participar activamente en la coproducción de su servicio de atención médica. A veces los pacientes están enfermos, débiles y necesitan que un profesional de la salud alivie su carga, en lugar de embarcarse en las complejidades del auto-cuidado. En áreas tales como las guardias de emergencia, los quirófanos o las salas de terapia intensiva, tanto los profesionales como los pacientes emplean necesariamente la "lógica de alivio" descripta y es normal que así ocurra. Por otra parte, no todos los pacientes eligen participar en las capacitaciones.
- Un sistema de atención fragmentado: Una de las barreras más importantes a la coproducción es la naturaleza fragmentada de muchos sistemas de atención, donde distintos profesionales que atienden a un mismo paciente trabajan de manera independiente, con una pobre comunicación entre sí. Esta falta de sistema obliga a los pacientes y a sus familias a deambular por distintos ámbitos de atención sin un mapa del terreno, lo cual contribuye a una mala calidad de atención, a experiencias frustrantes y a un potencial aumento de errores médicos.
- Poder y responsabilidad: Si bien muchos pacientes reciben con agrado la oportunidad de participar como interlocutores equivalentes, la idea de compartir la responsabilidad por los resultados es muy controvertida. Claramente, no es factible ni deseable compartir en todas las situaciones el poder y la responsabilidad de manera equitativa entre pacientes y profesionales. La responsabilidad de los errores médicos y quirúrgicos, por ejemplo, recae absolutamente sobre los profesionales de la salud. Por otra parte, cuando los pacientes toman decisiones poco saludables, los profesionales deben seguir participando y los sistemas de salud continuar funcionando como una red de seguridad.

- Desafío a la estandarización: La coproducción de servicios de salud desafía la estandarización. La reducción de la variabilidad innecesaria e involuntaria en la atención médica ha mejorado en las últimas décadas la calidad y la seguridad de manera muy significativa. La lente de la coproducción invita a prestar más atención a las adaptaciones necesarias y habilita a los profesionales de la salud a permitir variaciones “previstas y controladas” en base a las prioridades y necesidades de los pacientes y sus familias. Un mayor discernimiento entre la variación necesaria e innecesaria será clave (Batalden et al, 2016).
- Una cultura médica-hegemónica resistente: Involucrar a profesionales y pacientes como socios coproductivos es difícil y requiere mucho tiempo. Las conversaciones recaen una y otra vez en el paradigma de un modelo que gira alrededor de las necesidades de los profesionales y organizaciones de salud y no de las prioridades de los pacientes. Rápidamente, sobre todo cuando aumentan las presiones de producción, la atención médica pasa a ser el producto tradicional: una gran cantidad de consejos, un paquete de estudios diagnósticos y gestión. Los profesionales migran a la medicina de “¿cuál es el problema?” y se aleja de la medicina del “¿qué es lo que lo preocupa?”
- Limitado apoyo social a pacientes vulnerables: La infraestructura para apoyar las necesidades de servicios sociales y de salud más allá de los episodios agudos suele ser notoriamente inadecuada. Para las clases más desfavorecidas y los pacientes añosos, encontrar y pagar por servicios médicos de apoyo en sus domicilios puede ser especialmente difícil. También lo es encontrar a alguien que los lleve y acompañe en sus visitas al médico.
- Ausencia de asociaciones nacionales de representantes del paciente: Actualmente, la mayoría de asociaciones de representantes de pacientes se focalizan en enfermedades específicas y algunas se encuentran financiadas por grandes compañías médicas o farmacéuticas con intereses creados en la promoción de drogas y terapias específicas. La falta de una organización central sin conflicto de intereses que pueda reunir a grupos que piensan igual en una causa común para la calidad y seguridad es una limitación significativa. Al no haber una centralización,

los esfuerzos quedan fragmentados y se diluye el potencial de apalancamiento que tendría una estrategia concertada

- Pobres procesos de trabajo: Por ejemplo, las consultas ambulatorias de 15 minutos restringen la posibilidad de comunicación y a menudo derivan en largos tiempos de espera y en frustración. Los cambios de guardia que no incluyen al paciente o a su familia también pueden llevar a confusiones y errores en la atención. Más aún, las presiones de un papelerío que a veces resulta interminable y el trabajo burocrático también pueden conducir a la fatiga y la desilusión. Los procesos de trabajo ineficientes socavan aún las medidas más simples y básicas para la participación del paciente y de su familia.
- Falta de entrenamiento y de herramientas de participación efectivas: Los materiales de educación para los pacientes son a menudo diseñados sin la colaboración de estos últimos y sin prestar demasiada atención a su nivel cultural. Muchas veces se sobreestima la capacidad de los médicos para comprender y explicar con precisión la evidencia científica a sus pacientes. Contrariamente a la creencia popular, todavía algunos profesionales de la salud carecen de la capacidad necesaria para evaluar con precisión las evidencias a favor y en contra de un determinado tratamiento. Son todavía relativamente pocas las escuelas de administración de servicios de salud cuyos programas han incorporado aspectos relativos a la participación del paciente y de sus familias.

Requisito 7:

Aprender de lo que funciona: pensar la seguridad de manera diferente

La actual gestión de la seguridad está demasiado abocada a la prevención de errores y daños. Casi todas las estrategias y tácticas están destinadas a tapan los “agujeros del queso suizo” para que la menor cantidad de cosas salgan mal. La principal fuente de aprendizaje continúa siendo la “disección” de eventos adversos graves para estudiar las barreras defensivas, los errores activos y las fallas latentes. Este abordaje focalizado en el estudio de “lo que salió mal” ha demostrado ser bastante limitado para producir un aprendizaje realmente productivo. Esta visión ortodoxa de la seguridad se denomina “Seguridad 1”

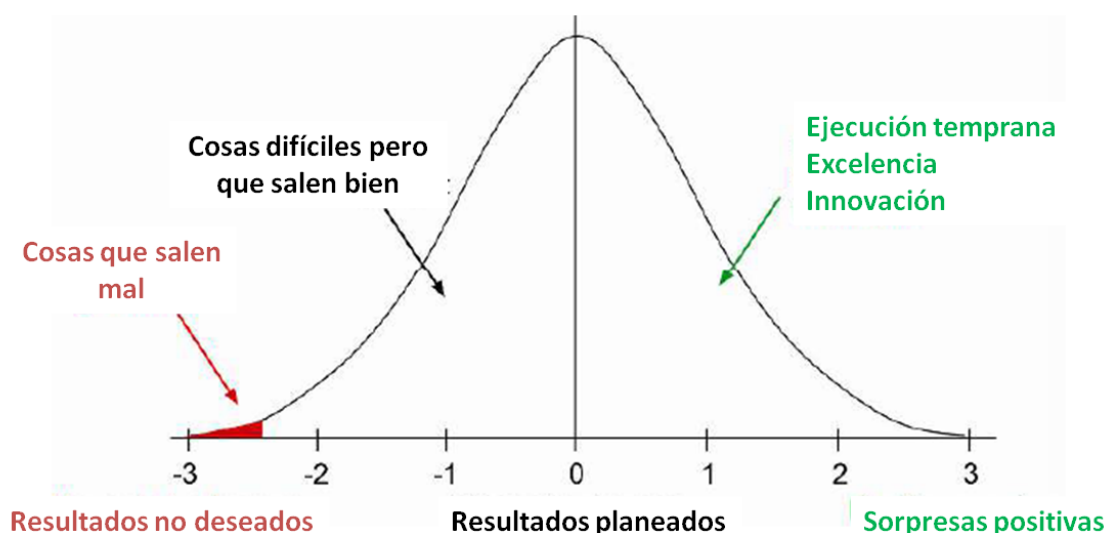
Los principales especialistas en seguridad del paciente del mundo nos llaman a replantear muchas de las técnicas y modelos propuestos en este abordaje ortodoxo y comenzar a mirar el problema de la seguridad desde otro ángulo. Según su propuesta, la gestión en seguridad debería avanzar desde el actual foco en “garantizar que la menor cantidad de cosas posibles salgan mal” a otro que garantice que “la mayor cantidad de cosas posibles salgan bien”. A esta nueva perspectiva la denominan “Seguridad II”

Se trata en definitiva de desterrar el mito del determinismo lineal por el cual se asume que el proceso y el resultado están íntimamente relacionados; por lo tanto, un buen resultado estaría significando que todo salió bien (y que por lo tanto no requiere mayor atención), mientras que un mal resultado se debe a que algo salió mal (y por lo tanto requiere una investigación). La ciencia de la seguridad ha demostrado la insuficiencia de estos supuestos. Muchas cosas pueden salir mal en la atención de un paciente, pero pocas afectan los resultados, porque las personas en el sistema siempre se están adaptando a las demandas del momento en formas que las tecnologías, las políticas y los procesos no lo hacen.

Las manifestaciones de la Seguridad 2.0 no son los eventos adversos sino todas las posibles evoluciones (ver figura 10), especialmente aquellos resultados típicos o de alta frecuencia que son generalmente ignorados por la gestión de seguridad. A pesar de que las cosas salen mayoritariamente bien todo el tiempo, no tomamos conciencia de esto porque nos acostumbramos. Psicológicamente damos la seguridad por sentada. Pero como el trabajo diario

no tiene nada de excepcional, puede ser explicado en términos relativamente sencillos. El desempeño de todos los días puede ser definido, por ejemplo, como aquellos ajustes que sirven para crear o mantener las condiciones de trabajo requeridas, que compensan la falta de tiempo, materiales, información, etc., y que tratan de evitar condiciones que se sabe perjudican la tarea. Y, como la variabilidad en el desempeño ocurre todo el tiempo en todos los servicios, es más fácil de monitorear y manejar.

Figura 10: Probabilidad de eventos y foco de la seguridad



La Seguridad 1 y la 2 no son mutuamente excluyentes, y ambos abordajes deben yuxtaponerse. Basar la gestión en seguridad en una u otra visión puede tener consecuencias indeseadas. Las principales diferencias se encuentran resumidas en cuadro 4.

Lo que los médicos, enfermeros y resto del personal de salud hacen todos los días es generalmente una combinación de Seguridad 1 y Seguridad 2. El equilibrio depende de muchos factores, tales como la naturaleza del trabajo, la experiencia de las personas, el clima de la organización, las presiones por parte de las autoridades o de los pacientes y las distintas enfermedades, entre otros. Todos sabemos que es mejor prevenir que curar, pero las condiciones no siempre permiten que la prevención tenga el rol que merece.

Cuando se analizan las prioridades de quienes diseñan las políticas sanitarias, los reguladores y las autoridades de las instituciones, la visión que predomina es la de Seguridad 1,0. Una razón es que su objetivo primario ha sido

históricamente garantizar que los pacientes o la población no estén expuestos a daños innecesarios.

Cuadro 4: Resumen de diferencias entre Seguridad 1 y Seguridad 2.

	Seguridad 1.0	Seguridad 2.0
Definición de Seguridad	Que la menor cantidad de cosas posibles salgan mal	Que la mayor cantidad de cosas posibles salgan bien
Forma de abordaje	Reactivo, respondiendo cuando algo ocurre o es categorizado como un riesgo inaceptable	Proactivo, buscando continuamente anticiparse a los desarrollos y eventos
Visión del factor humano	Los humanos son vistos predominantemente como una carga o peligro. Son un problema a resolver	Los humanos son vistos como un recurso necesario para la flexibilidad y resiliencia del sistema. Brindan soluciones flexibles a muchos problemas potenciales
Investigación de accidentes	Los accidentes son causados por fallas y mal funcionamiento. El propósito de la investigación es identificar las causas	Las cosas ocurren básicamente de la misma manera, más allá del resultado. El propósito de la investigación es comprender cómo las cosas generalmente salen bien como base para explicar cómo pueden ocasionalmente salir mal
Evaluación de riesgos	Los accidentes son causados por fallas y mal funcionamiento. El propósito de la investigación es identificar las causas y los factores contribuyentes	Comprender las condiciones por las cuales puede llegar a ser muy difícil o imposible el monitoreo y control de la variabilidad en el desempeño

Otra razón es que estos niveles de decisión suelen encontrarse muy lejos en tiempo y espacio de las operaciones de la primera línea de atención, teniendo por lo tanto limitadas sus posibilidades de observar o experimentar cómo se trabaja realmente. Una tercera razón es que les resulta mucho más sencillo (o por lo menos así lo asumen) contar los pocos eventos que salieron mal que los muchos que evolucionaron favorablemente.

Aún a riesgo de ser redundantes, resulta importante volver destacar que la Seguridad 1 y la Seguridad 2 representan dos visiones complementarias de la seguridad más que dos abordajes incompatibles o en conflicto. Muchas de las prácticas actuales pueden por lo tanto continuar utilizándose, aunque tal vez con distinto énfasis. Pero la transición desde la Seguridad 1 a la Seguridad 2 requiere también del desarrollo nuevas formas de pensar y de nuevas prácticas, algunas de las cuales se describen a continuación:

- Fijarse en lo que sale bien:

Estudie tanto lo que sale bien como lo que sale mal y aprenda tanto de lo que funciona como de lo que falló. De hecho, no deberíamos esperar a que algo malo suceda para tratar de comprender qué es lo que realmente ocurre en situaciones comunes y rutinarias. Las cosas no salen bien simplemente porque las personas cumplan al pie de la letra las normas y procedimientos o porque trabajen como se imaginó al diseñar los procesos. Las cosas salen bien porque las personas hacen ajustes razonables de acuerdo a lo que demandan las distintas situaciones que se les presentan. Descubrir cuáles son estos ajustes y tratar de aprender de ellos es al menos tan importante como encontrar las causas de los eventos adversos. Desde la perspectiva de la seguridad 2.0, las fallas no se deben a errores o mal funcionamiento, sino a combinaciones inesperadas que surgen a partir del desempeño variable de todos los días.

- Focalizarse en eventos frecuentes y no tanto en los excepcionales:

Observe con atención lo que ocurre habitualmente y focalícese en los eventos basándose más en su frecuencia que en su severidad. Muchas pequeñas mejoras en las tareas diarias pueden ser más efectivas que una gran mejora a partir de un hecho aislado y excepcional. La investigación de los incidentes generalmente se encuentra muy limitada por tiempo y recursos. Por lo tanto, existe la tendencia a estudiar los incidentes que han tenido serias consecuencias y dejar el resto para otro momento, que nunca llega. Se asume

tácitamente que el potencial de aprendizaje es proporcional a la severidad del incidente o accidente.

Esto es un error. Si bien es cierto que se ahorra más dinero evitando un accidente de gran escala que uno pequeño, eso no significa que el potencial de aprendizaje sea mayor en el primer caso. Además, el costo acumulado de incidentes frecuentes y de pequeña escala puede ser igual o mayor al del gran accidente. Y como los eventos pequeños pero frecuentes son más fáciles de comprender y de manejar, tiene mayor sentido concentrarnos en ellos más que en eventos excepcionales de grandes consecuencias.

- Permanecer alerta a la posibilidad de fallas

Si bien la Seguridad 2 se focaliza en las cosas que salen bien, aún resulta necesario recordar siempre que las cosas pueden salir mal y mantener una alta sensibilidad a la posibilidad de fallas. La “falta posible” en este caso no es tan solo algo que pueda funcionar mal, como en la visión de la Seguridad 1, sino también que no se obtengan los resultados deseados (que fallemos para garantizar que las cosas salgan bien)

Para permanecer sensibles a la posibilidad de fallas, es necesario crear y mantener una visión abarcadora del trabajo como se realiza, tanto en el corto como en el largo plazo. Esto permitirá anticiparse y por lo tanto prevenir la combinación de pequeños problemas o fallas, apuntando a los pequeños ajustes que pueden reducir combinaciones potencialmente peligrosas en la variabilidad de las tareas. Muchos eventos adversos sobrevienen del agregado oportunista de atajos en combinación con inadecuados procesos de supervisión o de identificación de peligros. Permanecer sensible a lo que ocurre, tanto a las formas en las cuales se puede tener éxito o fracasar, resulta importante en la visión de la Seguridad 2

- Sea tan exhaustivo como eficiente

No privilegie la eficiencia por sobre la meticulosidad, o al menos no lo haga exageradamente. Si la mayor parte del tiempo se utiliza en ver “cómo se llega a fin de mes”, habrá nulo o poco tiempo para consolidar experiencias o para comprender el trabajo como realmente se realiza. Debe ser bien visto dentro de la cultura organizacional destinar recursos, especialmente tiempo, para reflexionar, compartir experiencias y aprender. Si ese no es el caso, ¿cómo puede pretenderse que algo mejore?

- Invierta en seguridad para ser más productivo

Hacer que las cosas salgan bien no solo es una inversión en seguridad sino también en productividad. El tiempo destinado a aprender, pensar y comunicarse es habitualmente percibido como un costo. Esto refleja la visión de la Seguridad 1, donde las inversiones en seguridad se hacen para prevenir que algo malo ocurra. En el negocio del riesgo, existe un adagio común que sostiene *"si usted piensa que la seguridad es cara, pruebe con un accidente"*.

En el mundo de la Seguridad 1, las inversiones en seguridad son vistas como un gasto no productivo. Entonces, si se realizó una inversión y no hubo ningún accidente, se lo termina considerando como un gasto probablemente innecesario. Si hay o hubo accidentes, es vista como una inversión justificada. Si no se realiza ninguna inversión, pero tampoco se registran accidentes, es la decisión es vista como un ahorro justificado. Por último, si no se invirtió y finalmente ocurren los accidentes, se considera que se tuvo mala suerte o que hubo un error en la toma de decisiones ("deberíamos haber invertido...").

En el mundo de la Seguridad 2, en cambio, la inversión en seguridad es vista también como una inversión en la productividad, ya que la definición – y el propósito– de la Seguridad 2. es hacer que la mayor cantidad de cosas posibles salgan bien. Entonces, si se realiza la inversión y no se producen accidentes, aún así se continuará mejorando el desempeño de todos los días. Si ocurren accidentes, la inversión volverá a aparecer como plenamente justificada. Si no se invierte y no ocurren accidentes, el desempeño continuará siendo aceptable pero no mejorará, mientras que, si los accidentes ocurren, la falta de inversión será vista como una mala decisión.

Requisito 8:

Implementar el Plan de Acción Global de la OMS para la Seguridad del Paciente

La Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó en 2019 la resolución "Acción Global para la Seguridad del Paciente" (WHA 72,6), que busca dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo. La adopción de esta resolución fue un hito notable dentro de los esfuerzos mundiales

tendientes a adoptar medidas concertadas en materia de seguridad de los pacientes y de reducir la carga de daños asociados a una atención médica insegura.

Para responder a la resolución de la Asamblea, y para avanzar de los compromisos a una acción tangible, la OMS lanzó en febrero de 2020 una iniciativa emblemática: *“La Década de Seguridad del Paciente 2020-2030”*. Este importante paso marca el compromiso y la contribución de la OMS al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. El plan será el hilo conductor de una serie de hitos anuales que buscarán implementar con éxito las acciones globales.

El plan de acción global establecido en este documento proporciona una dirección estratégica para la adopción de medidas concretas a llevar a cabo por parte de los países y organizaciones asociadas para que puedan cumplir con la resolución de la Asamblea.

Busca fortalecer los sistemas de salud de todo el mundo con el fin de diagnosticar, tratar, curar y cuidar mientras se cumple con la célebre máxima de Hipócrates (460-375 AC): *“Primero, no dañar”*. Los lineamientos básicos del plan se describen en la figura 11-

Figura 11. Esquema del Plan de Acción Mundial de Seguridad del Paciente de la OMS 2020-2030



Como se observa en el diagrama, el plan de acción, luego de definir la visión, misión y objetivos del programa solicita a un grupo de actores centrales del campo de la salud ("socios en acción") su ayuda para cumplir con 7 objetivos estratégicos, guiados por 6 principios rectores. Para cumplir con cada uno de estos siete objetivos estratégicos se describen 5 tácticas (que no aparecen en este diagrama) y metas muy concretas para el año 2030. A continuación, una breve descripción de cada uno de estos componentes

Misión, visión, objetivos:

- Visión

Un mundo en el que ningún paciente sufra daños durante la atención sanitaria, y donde todas las personas reciban una atención segura y respetuosa, todo el tiempo, en todas partes.

- Misión

Impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas.

- Objetivo

Alcanzar el máximo posible de reducción del daño evitable a consecuencia de una asistencia sanitaria insegura a escala global.

6 Principios Rectores

1. Tratar a los pacientes y familias como socios para una atención más segura

Para lograr una atención segura, es necesario que los pacientes estén informados e involucrados y sean tratados como socios de pleno derecho en su propio cuidado. Los pacientes y familias deben tener participación en todos los niveles del sistema de salud, desde la formulación de políticas, comités de planificación y supervisión del desempeño, hasta el consentimiento plenamente informado y la toma de decisiones compartidas en el punto de atención.

2. Obtener resultados a través del trabajo colaborativo

En lugar de establecer un flujo unidireccional de intervenciones, resulta necesario un ecosistema de colaboración donde todos (desde los encargados de formular políticas hasta los prestadores de primera línea) contribuyan, compartan y aprendan.

3. Analizar los datos y las experiencias para generar aprendizaje

Los sistemas de reporte que reúnen datos sobre incidentes y eventos adversos en el punto de atención son de uso generalizado en todo el mundo. Existen además otras fuentes para obtener datos sobre daños, incluyendo las encuestas de experiencia del paciente que ya se utilizan ampliamente en algunos países. La combinación de datos de diversas fuentes brinda una gran oportunidad para comprender por qué ocurren los incidentes de seguridad y para idear soluciones para prevenirlos.

4. Trasladar la evidencia a mejoras medibles

La lenta traslación de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones a la práctica rutinaria de todos los días es una de las debilidades de los sistemas de salud de todo el mundo; a esto se lo conoce como la "brecha entre saber y hacer". Durante el proceso de implementación de las acciones para mejorar la seguridad de la atención es importante comprender plenamente el proceso de cambio necesario para lograr el resultado deseado; esto implica trabajar en estrecha colaboración con los líderes, mandos medios, profesionales y representantes de pacientes de los distintos establecimientos de salud.

5. Adaptar las políticas y acciones a la naturaleza del entorno de atención

Las políticas y soluciones de seguridad del paciente deben adaptarse al contexto local. No basta con simplemente trasladarlas de un escenario a otro, especialmente cuando la cultura, las tradiciones, el diseño del sistema de salud, y el nivel de infraestructura son muy diferentes. En segundo lugar, el aprendizaje no debería fluir en una sola dirección; la experiencia de haber encontrado soluciones para la seguridad de los pacientes con recursos limitados puede ser de gran valor para quienes ejecutan programas en sistemas de salud bien dotados de recursos. No siempre la ruta "norte-sur" es la que debe guiar las mejores prácticas.

6. Utilice tanto los conocimientos científicos como las historias de vida para educar y abogar por la seguridad del paciente

La formulación y el desarrollo de un plan requieren sin dudas de conocimientos científicos y/o técnicos, pero también debe tener la aceptación y el impulso emocional positivo de aquellos que recuerdan que demasiados pacientes y familias del pasado han sufrido pérdidas y daños graves a consecuencia de una

atención insegura. La unión estos dos elementos, ciencia y experiencias personales, será siempre una combinación ganadora a la hora de promocionar medidas de seguridad de los pacientes.

4 Socios en Acción

La implementación de una gran cantidad de acciones para mejorar la seguridad del paciente en todos los países del mundo es una tarea de gran complejidad que requiere del esfuerzo colectivo de muchos actores interesados, que abarca desde los responsables de formular políticas públicas hasta los trabajadores de la salud de primera línea (Ver cuadro 5). Para lograr el objetivo general y cumplir con los objetivos estratégicos de este plan de acción, es importante que las asociaciones entre las partes interesadas se desarrollen tanto a nivel estratégico como a nivel operativo. Este tipo de colaboración añadirá un valor especial a los esfuerzos en seguridad del paciente y multiplicará los esfuerzos de las organizaciones individuales

Cuadro 5: Plan de Acción Global en Seguridad la OMS “Socios en Acción”

Gobiernos	Organizaciones de salud	Partes interesadas	OMS
- Gobiernos nacionales y subnacionales - Parlamentos y órganos legislativos - Ministerios de Salud - Organismos especializados y órganos auxiliares (ej: agencias de calidad) - Otros ministerios (Educación Bienestar Social, Vivienda, Economía, Trabajo, etc) - Órganos reguladores nacionales-subnacionales	- Establecimientos de atención secundaria y terciaria; - Establecimientos de atención primaria - Establecimientos de cuidados crónicos - Establecimientos de salud mental - Prestadores de cuidados paliativos - Prestadores de atención pre-hospitalaria - Establecimientos de diagnóstico - Establecimientos de adicciones y salud mental - Servicios de internación domiciliaria - Servicios de promoción de salud - Equipos de gestión de servicios de salud sub-nacionales y comunales	- Organizaciones intergubernamentales (ej.: OCDE, Comisión Europea) - ONG's internacionales y nacionales; organizaciones profesionales - Organismos de acreditación. Organos normativos internacionales e independientes - Instituciones académicas. Universidades - Institutos de investigación - Prestadores de cuidados paliativos - Asociaciones de prestadores de salud - Organizaciones de la sociedad civil (incluyendo asociaciones de pacientes) - Grupos y organizaciones comunitarias - Medios de comunicación - Naciones Unidas y org. multilaterales - Industria farmacéutica y dispositivos - Industria informática para la salud - Entidades del sector privado. Prestadores de salud privados - Organizaciones de seguro de salud	- Oficinas de la OMS a todo nivel (central, regional, nacional) - Oficinas de la OMS dispersas geográficamente

7 objetivos estratégicos y 5 tácticas por objetivo (Matriz 7x5=35)

1. Hacer que el "0 daño evitable" a los pacientes sea una mentalidad y una regla de compromiso en la planificación y prestación de servicios de salud en todas partes
 - a. Política, estrategia y plan de implementación claro y abarcativo
 - b. Asignación y movilización de recursos
 - c. Leyes que apoyen y protejan a pacientes y trabajadores
 - d. Alinear la regulación, la inspección y la acreditación con la seguridad del paciente
 - e. Máxima conciencia del Día Mundial de la Seguridad del Paciente y de los desafíos mundiales
2. Construir sistemas y organizaciones de salud altamente confiables, que protejan diariamente a los pacientes de daños evitables
 - a. Transparencia, apertura y cultura justa
 - b. Buena gobernanza y gestión de la seguridad
 - c. Liderazgo a nivel gerencial y clínico
 - d. Fuerte acento en factores humanos y ergonomía
 - e. Planes de contingencia (brotes, desastres naturales, grandes accidentes)
3. Garantizar la seguridad de todos los procesos clínicos
 - a. Identificar todos los procedimientos clínicos de alto riesgo y atenuar las exposiciones
 - b. Medicación sin daños
 - c. Control de infecciones asociadas al cuidado (IACS) y prevención de la resistencia a antimicrobianos
 - d. Seguridad de los dispositivos médicos, medicamentos, sangre, hemoderivados, vacunas y otros productos
 - e. Programas activos de mejora de seguridad de los pacientes

4. Involucrar y empoderar a los pacientes y familias para que colaboren y apoyen el viaje hacia una atención más segura

- a. Codiseño de políticas, planes, estrategias, programas y guías con pacientes y familias
- b. Aprender de la experiencia de los pacientes
- c. Pacientes como defensores y promotores de la seguridad del paciente
- d. Transparencia durante toda la atención, incluyendo la revelación de eventos adversos
- e. Involucrar a representantes del paciente y familias en la implementación del Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente

5. Inspirar, capacitar y dotar de habilidades a los trabajadores de la salud para que contribuyan a diseñar e implementar sistemas de atención más seguros

- a. Seguridad del paciente en todos los planes de estudio de grado y posgrado
- b. Centros de excelencia para la formación en seguridad del paciente
- c. Profesionales con competencias básicas en seguridad del paciente como requisito regulatorio
- d. Incluir el compromiso con la seguridad del paciente en las evaluaciones de desempeño
- e. Ámbito de trabajo seguro para el personal de salud

6. Garantizar un flujo constante de información y conocimiento para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daño evitable y las mejoras en la seguridad de la atención

- a. Sistemas de reporte de incidentes y aprendizaje
- b. Sistema integrado de información sobre seguridad
- c. Programas de mejora de seguridad
- d. Programas activos de investigación en seguridad
- e. Estrategia digital para mejorar la seguridad

7. Desarrollar y mantener asociaciones, sinergias y solidaridad a nivel multinacional y multisectorial para mejorar la seguridad de los pacientes

- a. Involucrar plenamente a todas las partes interesadas
- b. Promover un entendimiento común y compromiso compartido entre todas las partes interesadas
- c. Establecer redes y rondas de consulta
- d. Fomentar iniciativas multisectoriales y transfronterizas
- e. Trabajar estrechamente con otros programas técnicos

Metas para el año 2030

De acuerdo al Plan de Acción Global en Seguridad del Paciente, se espera que para el año 2030 todos los países miembros de la OMS:

- Hayan creado e implementado una política y una estrategia nacional de seguridad del paciente
- Celebren el Día Internacional de la Seguridad del Paciente el 17 de septiembre
- Se encuentren implementando uno o más de los actuales Desafíos Mundiales de la OMS para la seguridad del paciente
- Tengan designado un coordinador nacional de seguridad del paciente
- Estén realizando encuestas periódicas sobre cultura de seguridad en organizaciones de salud.
- Hayan incluido el tema de factores humanos, junto con los requisitos de capacitación en esta área en sus planes de licencia y acreditación
- 50% de reducción relativa en sus tasas de IACS
- 50% de reducción relativa de muertes por tromboembolismos venosos (TEV's) durante o después de la hospitalización
- 50% de reducción relativa de muertes por caídas durante la hospitalización

- Co-desarrollen todas las políticas y directrices en materia de seguridad con la participación de representantes de pacientes y familias
- Hayan incorporado el tema de seguridad del paciente en sus planes de estudio de grado y posgrado
- Tengan sistemas de reporte de incidentes y aprendizaje funcionando en todas o algunas partes de sus sistemas de salud
- Participen en las Cumbres Ministeriales de Seguridad del Paciente de la OMS
- Hayan establecido una red nacional de seguridad del paciente.

Palabras finales

En todo el globo, médicos, enfermeros y administradores experimentan los mismos desafíos, alegrías y oportunidades. Buscan brindar a sus pacientes una atención segura y de calidad, en un marco de empatía, compasión y humanidad.

Para tener éxito en estas acciones se requerirá del compromiso activo de todos los actores del sistema de salud: directorios y autoridades de instituciones, agencias gubernamentales, líderes, alianzas público-privadas, organizaciones de salud, centros ambulatorios, investigadores, educadores, trabajadores de la salud, pacientes y familias. La esperanza está en poder romper con viejos paradigmas asumiendo los desafíos que nos plantean estos ocho requisitos. Es lo menos que merecen los pacientes y quienes los cuidan. ¿Estamos listos?

Fuentes consultadas y literatura recomendada

Introducción- Estado actual

Lachman P. Patient safety in 2025. What must we do to be safe? Revista Chilena de Seguridad del Paciente. Vol 4. N°2 2021. Resumen de la Conferencia realizada durante el V Congreso Internacional de Seguridad del Paciente / Modalidad online / Chile, Junio 2021

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Aug 28. PMID: 30605296.

OECD/WHO/World Bank Group (2018), *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*, WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>.

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018 Nov;6(11):e1196-e1252.

Vítolo F. Seguridad del Paciente. Estado actual: buenas intenciones, pobres resultados. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Noviembre 2013.

Vítolo F. Seguridad Sistémica. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Mayo 2021

Cultura de Seguridad

Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13 (Suppl (2):22- 27

Reason J. Achieving a safety culture. Theory and practice. *Work & Stress*, 1998. Vol 12 N°3 298-306

Institute for Healthcare Improvement (IHI). Develop a Culture of Safety.. Acceso marzo 2016. Disponible en Internet: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/DevelopaCultureofSafety.aspx>

AHRQ Patient Safety Network (PSNet). Safety Culture. July 2014. Disponible en Internet: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>

Marx D. Patient Safety and the "Just Culture". A Primer for Health Care Executives. April 17, 2001. Disponible en <http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>

Vítolo F. Cultura de Seguridad. Biblioteca Virtual NOBLE ®. Marzo 2016

Vítolo F. Cultura Justa. El equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario. Biblioteca Virtual NOBLE ®. Junio 2015

Cambio de concepto de calidad en salud

Lachman P, Batalden P, Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. *F1000Res*. 2020 Sep 16;9:1140

Ciencias de la mejora y de la implementación

Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Second Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2009.

Nilsen P, Birken SA. *Handbook on implementation Science* (2020). Edward Elgar Publishing (Disponible en Amazon)

Vítolo F. La ciencia de la implementación. Del conocimiento a la práctica. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Junio 2020

Factores humanos y alta confiabilidad

Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in healthcare and patient safety*. Mahwah, NJ Lawrence Erlbaum, 2007

Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 2006;15: i50e8.

Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf*. 2014 Mar;23(3):196-205

Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design: the evolution of human factors in healthcare. *Healthc Q*. 2012;15 Spec No:24-9.

Weick, K.E., and K.M. Sutcliffe. 2007. *Managing the Unexpected*. 2nd ed. San Francisco:

Chassin MR, Loeb JM. High-reliability health care: getting there from here. *Milbank Q*. 2013 Sep;91(3):459-90.

Vítolo F. Factores humanos y seguridad del paciente. Biblioteca Virtual NOBLE ®. Febrero 2021

Vítolo F. Organizaciones altamente confiables. ¿Cómo está su hospital? Biblioteca Virtual NOBLE ®, Junio 2021

Gestión de riesgos

Charles Vincent y René Amalberti "Seguridad del Paciente. Estrategias para una atención sanitaria segura. Edición en español (2016). Editorial Modus Laborandi (España)

Charles Vincent, Susan Burnett; Jane Carthey "The measurement and monitoring of safety". Centre for Patient Safety and Service Quality (CPSSQ). Imperial College London. April 2013. Commissioned and funded by The Health Foundation

Vítolo F. Las cinco dimensiones de la seguridad del paciente. Mucho más que contar daños. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Junio 2016

Coproducción de soluciones y salud

Lucian Leape Institute (LLI National Patient Safety Foundation) "*Safety is Personal. Partnering with patients and Families for the Safest Care*", Report of the Roundtable on Consumer Engagement in Patient Safety, 2014.

Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25:509-17.

Batalden, Paul. (2018). Getting more health from healthcare: quality improvement must acknowledge patient coproduction-an essay by Paul Batalden. BMJ (Clinical research ed.). 362. k3617

Russo, G.; Moretta Tartaglione, A.; Cavacece, Empowering Patients to Co-Create a Sustainable Healthcare Value. *Sustainability* 2019, 11, 1315.

Vítolo F. La coproducción de salud. Hacia un nuevo modelo de atención. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Julio 2020

Vítolo F. El rol de los pacientes en la seguridad de su atención. Biblioteca Virtual NOBLE ®. Octubre 2014.

Seguridad 2. Aprender de los que hacemos bien.

Hollnagel E, Wears R.L and Braithwaite J. *"From Safety-I to Safety-II: A White Paper."* The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark; University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia. (2015)

Hollnagel E. "Safety-II in Practice. Developing the Resilience Potentials" (2018) Routledge Eds.

Vítolo F. Seguridad 2.0. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Marzo 2014

Vítolo F. Resiliencia en organizaciones de salud. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Septiembre 2017

Plan de Acción Global de la OMS para la Seguridad del Paciente

"Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards Zero PatientHarm in HealthCare". First Draft. August 2020" .WorldHealthOrganization. . Enlace al documento completo https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

Vítolo, F. La década de la seguridad del paciente. Plan de acción mundial de la OMS 2021-2030. Biblioteca Virtual NOBLE ®, Noviembre 2020.