

CAPÍTULO 1.

SEGURIDAD DEL PACIENTE. CULTURA DE SEGURIDAD

MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ LASSERROTTE
MARÍA DOLORES RUIZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la promoción de una cultura de seguridad del paciente se ha convertido en un movimiento imprescindible a desarrollar en los sistemas sanitarios (Martín y Ruiz, 2006). Esta iniciativa surge hace más de dos décadas, a raíz del informe “To err is human: Building a safer Health System” de la Academia Nacional de Medicina, conocida como Institute of Medicine (IOM) en Estados Unidos (Kohn et al., 2000). En el informe se pone en evidencia que se producen entre 44.000 y 98.000 muertes anuales evitables a consecuencia de errores médicos, generando no solo un riesgo para los pacientes, sino también una serie de costes económicos adicionales a los sistemas sanitarios que ascienden a 26 billones de dólares americanos. Las cifras superan a las muertes producidas por accidentes de tráfico, cáncer de mama o infección por VIH.

Posteriormente a este estudio se han publicado otros similares en países como Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido, Dinamarca, en España con dos famosos estudios el estudio ENEAS y APEAS y en América Latina con el estudio IBEAS (González-Anglada et al., 2019) . En todos ellos, las conclusiones fueron similares y se destacaba la gran cantidad de efectos adversos evitables, lo que potenció una cultura de seguridad del paciente, marcada por una agenda política en la que las prácticas seguras debían estar presentes en las estrategias y actuaciones sanitarias desarrolladas.

La primera iniciativa en promoción de la seguridad surge en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud) en la que se aprobó una resolución en que se instaba a los Estados miembros, a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes y a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (OMS, 2002) . Unos años después este organismo propulsa la constitución de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo fin era desarrollar e implementar políticas relacionadas con la seguridad del paciente (OMS, 2004). En el 2005, la OMS impulsó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS, titulado “Atención limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la

seguridad del paciente en todo el mundo. Propone la higiene de manos como el método más efectivo para prevenir las infecciones nosocomiales en el entorno hospitalario (Losardo et al. 2021).

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son una de las diez causas principales de muerte y discapacidad en el mundo (OMS, 2022). En los países con ingresos altos se estima una incidencia de efectos adversos en el hospital entre un 4% y un 17%, de los cuales el 50 % son evitables (Slawomirski et al., 2017). En países de ingresos medios y bajos las cifras aún son más drásticas, así pues, cada año se producen en torno a 134 millones de eventos adversos que provocan 2,6 millones de muertes a nivel hospitalario (OMS, 2022). En atención primaria de salud se ha observado que 4 de cada 10 pacientes sufren efectos adversos, la mayoría relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos (Auraaen et al., 2018).

En España hay dos estudios que han estimado la magnitud del problema:

1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS, 2006). Se realizó un diseño retrospectivo de cohortes con pacientes que habían sido dados de alta en una semana. La muestra final fue de 5624 pacientes procedentes de 24 hospitales con diferentes tamaños en el territorio nacional. La incidencia de efectos adversos ligados a la asistencia hospitalaria fue de 8,4%, si incluimos la prehospitalización asciende a 9,3% y en pacientes hospitalarios incluyendo la flebitis fue de 11,6%. La incidencia de eventos adversos fue mayor en los hospitales pequeños (10,2%) y en los servicios médicos (8,86 %). La mayoría de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación (37,4%), las infecciones nosocomiales de cualquier tipo (25,3 %) y un 25 % estuvieron relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento. Respecto al impacto, el 31,4% de los eventos adversos condicionaron la prolongación de la estancia hospitalaria y el 25% el reingreso. Un 42,6 % fueron evitables, mientras que el 57,4 % no lo fueron.
2. Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS, 2008). Estudio observacional de tipo transversal con componentes analíticos, que se llevó a cabo en 48 centros de Atención Primaria del territorio nacional (16 comunidades autónomas). Participaron en el estudio 452 profesionales (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeros). En el periodo de estudio 96.047 pacientes asistieron a una consulta de Atención Primaria de su Centro de Salud. La prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63%. La prevalencia de incidentes fue de 7,45% y la de eventos adversos de un 11,18%. La prevalencia de pacientes con algún evento adverso fue de 10,11%. Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un evento adverso. El 54,7% se consideraron eventos adversos leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves. En el 48,2% de los casos los factores causales del EA estaban relacionados con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% existían otras causas.

CULTURA DE SEGURIDAD

La Seguridad del Paciente (SC) es un componente esencial de la calidad asistencial, previa a la realización de cualquier actividad en el ámbito clínico. El principio “Primum Non Nocere” es básico para cualquier profesional responsable y competente durante su actividad asistencial. Sin embargo, por la complejidad de la atención y por diferentes factores no siempre se puede cumplir (Rocco & Garrido, 2017).

Existen múltiples factores que pueden ocasionar eventos adversos en los pacientes, tales como, errores humanos (la fatiga, turnos de trabajo prolongados), de los pacientes (falta de interés) o del sistema (falta de protocolos, mala organización) (Solar, 2014). Por este motivo, para practicar una atención libre de daños es imprescindible desarrollar sistemas y procesos que reduzcan la aparición de fallos del sistema y aumentar las posibilidades de detectarlos (Rocco & Garrido, 2017).

Todas las organizaciones se preocupan por la posibilidad de que ocurran fallos que puedan provocar daños. Tanto las instituciones sanitarias, los profesionales como a nivel político y social deben desarrollar estrategias que disminuyan el riesgo de errores a cero, aumentando la competencia de los profesionales. Por este motivo, es necesario fomentar una cultura de seguridad, donde los profesionales se sientan cómodos de poder notificar errores o fallos potenciales y/o reales, sin miedo (Agency for Healthcare research and Quality [AHRQ, 2005]).

La teoría del error del Reason, asume que aunque el ser humano haga todos los esfuerzos para que no ocurran los errores, es necesaria procesos diseñados para hacer que se produzcan menos errores, evitando las situaciones de riesgo y estrategias para detectar de manera precoz los fallos del sistema.

Cuando ocurre un incidente sanitario, se puede evaluar desde dos perspectivas (Solar, 2014; Unkauf, 2012):

1. *Modelo tradicional o individual*: se basa en que es el individuo quien detecta, analiza, corrige y aprende del error. Este tipo de modelo se basa en un aprendizaje sencillo donde es el individuo el único que aprende de los errores cometidos, en el caso de haberlos detectado. Además se busca la sanción a la persona que comete el fallo. Este modelo contempla aspectos como la imprudencia, negligencia, distracciones ...
2. *Modelo de aprendizaje colectivo*: en este modelo los errores se ven como consecuencias no como causas. Los seres humanos son falibles y el origen del error puede deberse a diferentes factores que han fallado en el sistema y favorecen la ocurrencia del error. Implica la comunicación del incidente a la organización. De esta manera, la organización analiza, aprende y en caso necesario cambia las condiciones para que no vuelva a ocurrir.

Para entender este modelo de aprendizaje colectivo es preciso conocer el famoso modelo del **queso suizo para la seguridad del paciente**, publicado por Reason en 1990. Según este modelo, existen múltiples riesgos en la práctica asistencial y una real aparición de un incidente o evento adverso.

Cualquier elemento de la organización puede ser considerado un segmento del queso. Pero estos elementos no son perfectos, tienen debilidades, que son representados como agujeros en las capas del queso, que al alinearse favorecen la aparición del incidente o evento adverso (Rodríguez, 2022; Rodríguez & Analuisa, 2022). Existe menos probabilidad de que ocurra un fallo, cuanto mejor preparada está la organización a diferentes niveles o capas de intervenciones efectivas (Rodríguez, 2022). La figura muestra que un fallo en una capa de la organización no es suficiente para provocar el error o incidente, es necesario la afinidad o la causalidad de múltiples factores (individuales u organizativos). El incidente suele darse cuando se alinean varios fallos que surgen en varias capas de la organización. Para prevenir que ocurra el error en la siguiente capa, se pueden crear capas de protección (defensa profunda). La organización debe anticiparse a las fallas, reducir los factores latentes al mínimo para que no se den los fallos reales o activos que son los que producen en daño al paciente (Milleson, 2002). Todos estos errores se pueden identificar y prevenir antes de que ocurran. Es importante realizar análisis, simulaciones y sobre todo la notificación del error (Rodríguez, 2022).

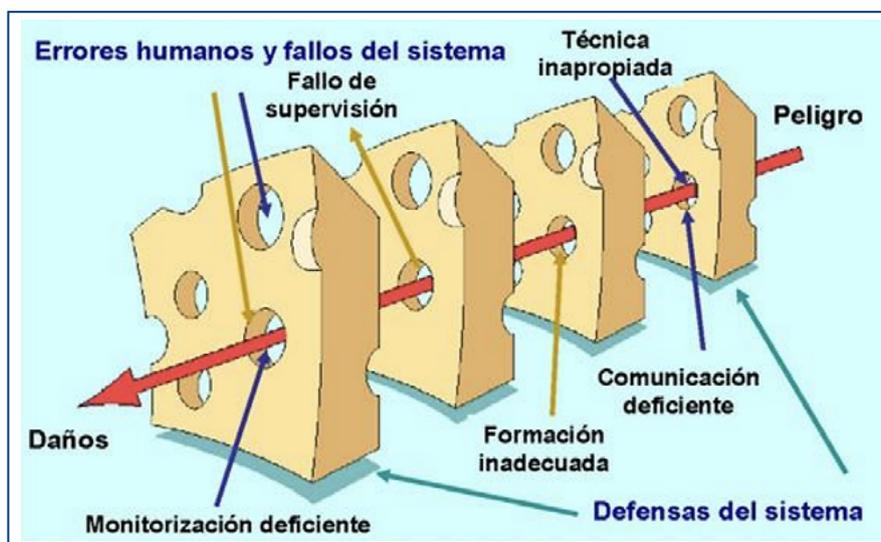


Figura 1. Modelo de ocurrencia del evento adverso del Queso Suizo (Lazo, 2016)

Cuando ocurra un incidente se debe analizar los fallos o defectos de cada capa: individuo, el equipo, el lugar, las tareas ..., para encontrar soluciones y aplicar mejoras en el sistema. Antiguamente la conducta era punitiva ante los errores. El objetivo era encontrar a “quien cometió el error”, reduciendo a una sola persona o situación el origen del fallo (Walton, 2004). Por el contrario, el modelo de aprendizaje colectivo busca “por qué” se ha cometido, fomentando una cultura moderna de seguridad del paciente. Esto supone eliminar el sentimiento de culpa del individuo y centrarse en el sistema (Rocco & Garrido, 2017). Los factores humanos engloban factores del entorno, el sistema de trabajo e individuales que afectan la seguridad del paciente. La influencia de una cultura de seguridad dentro de la organización sanitaria es indispensable para implementar medidas de mejora. Puede analizarse desde diferentes niveles de la atención sanitaria para identificar fortalezas y debilidades de la organización y de sus miembros (Fajardo-Dolci et al., 2010). Puede prevenir y minimizar los incidentes, fomenta

un comportamiento con estrategias para resolver incidentes, enseñar e implementar las medidas que mejoren la calidad asistencial (Rall & Dieckmann, 2005).

La cultura de seguridad es entendida como “la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización” (National Quality Forum, 2010)

La base de esta cultura se centra en dos teorías:

1. *La teoría de la identidad social*: explica que la persona se esfuerza por mejorar mediante la identificación con un grupo. Por tanto, la organización debe potenciar entrenamientos profesionales, de equipo, potenciando espacios y redes seguras (Taifel & Turner, 1986).
2. *La teoría de la autocategorización*: explica que la persona se puede identificar con diferentes grupos. La organización debe promover la recompensa del trabajo en seguridad, reforzando positivamente a los profesionales que trabajen para desarrollarla (Taifer, 1978).

La cultura crea sentido de identidad y vínculos entre los miembros de una organización que tienen una misión en común. La atención al paciente se debe realizar bajo unos principios éticos y científicos. Es crucial que una organización fomente las prácticas seguras y guías basadas en la evidencia científica, bajo unos criterios de calidad y estandarizados. Existen herramientas que miden la cultura de seguridad de una organización. El desarrollo de esta cultura de seguridad permite implantar prácticas seguras para conseguir una estandarización de los cuidados, respetando la autonomía profesional. Son las organizaciones las que deben fomentar estos esfuerzos incluyendo a los profesionales, los procedimientos y los sistemas organizativos para conseguir las metas. Se establecen estándares de calidad elevados que justifican las acreditaciones para dar una respuesta de calidad, cumpliendo el derecho que tienen los pacientes en materia de seguridad. Medir la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas para favorecer la mejora de las intervenciones y reducir los incidentes dañinos (Gama et al., 2013). En este sentido, las organizaciones comprometidas deben promover herramientas que identifiquen los patrones que se dan con más frecuencia en los incidentes para evaluarlos y poder tomar las medidas oportunas para prevenirlos (Fajardo-Dolci et al., 2010). El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha desarrollado diferentes proyectos para validar los cuestionarios destinados a medir la cultura de seguridad de la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) tanto en ámbito hospitalario como en atención primaria (Consejería de Salud, 2018).

INDICADORES PARA EVALUAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para poder conocer el nivel de seguridad de una organización sanitaria, es necesario buscar sistemas de evaluación que lo permitan de manera sistemática. Los indicadores de calidad permiten cuantificar aspectos específicos de la práctica asistencial para controlar y valorar la calidad. Son datos válidos, fiables y objetivos que además de mostrar resultados, nos permiten comparar el cumplimiento de una organización con los estándares y realizar mejoras (Abuye & Marcos, 2012).

La comunidad autónoma de Andalucía recoge anualmente los datos para los Indicadores de Seguridad del Paciente del SNS, consensuados por el Comité Técnico de la estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en 2011. Estos datos se obtienen a través de la cumplimentación de cuestionarios y la aportación de memorias que lo justifiquen, que tienen como objetivo monitorizar el trabajo desarrollado por hospitales y atención primaria sobre gestión de riesgos, identificación de pacientes, seguridad quirúrgica, uso seguro de la medicación e higiene de manos. En 2015, tras la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud del MSSSI, cada año se definen nuevos indicadores consensuados entre las CCAA y las sociedades científicas. El objetivo era poder evaluar aspectos relacionados con la seguridad del paciente para mejorar la Estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA) (Consejería de Salud y Familias, 2020).

Los principales indicadores que se midieron a nivel hospitalario (49 centros) y Centro de Emergencias Sanitarias 061 fueron (Consejería de Salud y Familias, 2021):

- Seguridad en la organización: 88 % disponen de comisión operativa de seguridad, 40 % un plan de seguridad y el 26 % evaluación del plan.
- Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua: 100 % cuentan con sistema de notificación de incidentes, 54 % análisis de los incidentes y el 34 % plan de actuación para segundas víctimas.
- Implicación activa de pacientes y ciudadanía: 62 % aporta plan de acogida para pacientes.
- Identificación inequívoca de pacientes: 90 % aportan documento de procedimientos de identificación, 38 % aportan documento de identificación del paciente en procedimientos de riesgo y el 54 % aportan protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas.
- Transferencia segura para el paciente: 64 % aporta documento de transferencia segura.
- Higiene de manos: 99 % de las camas UCI y 95,7 % camas hospitalarias con preparados de base alcohólica.
- Seguridad en el proceso quirúrgico: 91,6 % de pacientes intervenidos se le aplica listado de verificación de seguridad quirúrgica.
- Uso seguro del medicamento: 36 % con protocolo de manejo de medicamentos de alto riesgo, 34 % procedimientos para pacientes crónicos polimedcados y 62 % con protocolos de conciliación de la medicación.
- Asistencia directa al paciente: 1,83 % pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron úlceras por presión, 0,22 % sufrió alguna caída durante su estancia y 52 % aportaron protocolo de contención mecánica.
- Uso seguro de radiaciones ionizantes: 32 % con servicio de radioterapia han presentado mapa de riesgo.

Los principales indicadores que se midieron a nivel de atención primaria (26 distritos) y áreas de gestión sanitaria fueron (Consejería de Salud y Familias, 2021):

- Seguridad en la organización: 41 % disponen de comisión operativa de seguridad, 8 % un plan de seguridad.
- Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua: 100 % cuentan con sistema de notificación de incidentes, 40 % análisis de los incidentes y el 7,7 % plan de actuación para segundas víctimas.
- Implicación activa de pacientes y ciudadanía: 8 % aporta actividades formativas dirigidas a los pacientes.
- Identificación inequívoca de pacientes: 42 % aportan documento de procedimientos de identificación.
- Higiene de manos: 29.6 % cumplimentan cuestionarios autoevaluación de la higiene de manos de la OMS y un consumo medio de base alcohólica de 66,2 litros/ 10.000 consultas.
- Uso seguro del medicamento: 9 % con protocolo de manejo de medicamentos de alto riesgo y 29 % con protocolos de conciliación de la medicación.
- Uso seguro de radiaciones ionizantes: 7,4 % profesionales con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante.

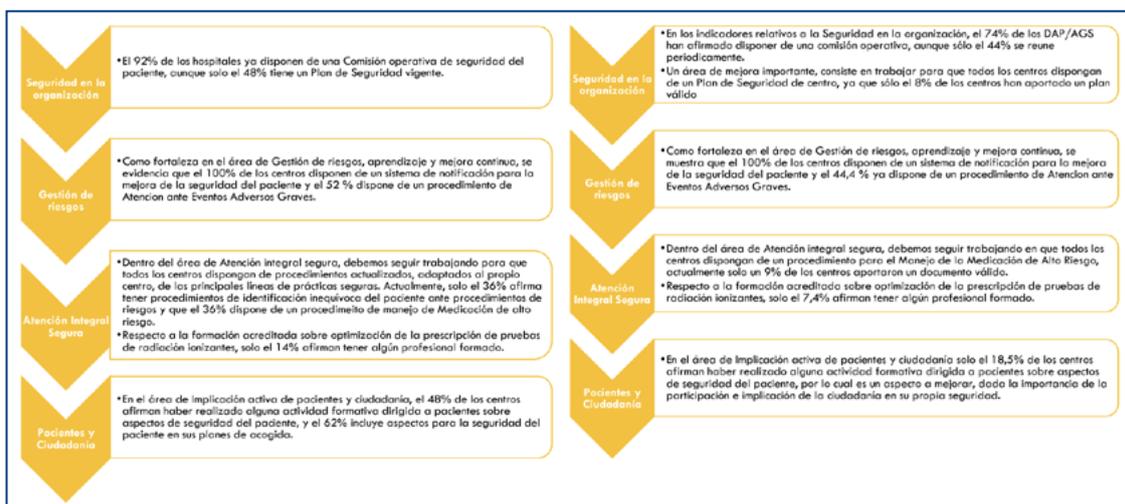


Figura 2. Principales resultados y conclusiones. Resultados de AH y AP (Consejería de Salud y Consumo, 2022)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuye, N. O., & Marcos, M. P. (2012). Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Enfermería Global*, 11(2), 184-190.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2020). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ.

- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). *Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a hospitalización*. ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aranaz, J., Aibar, C., Vitaller, J., Mira, J., Orozco, D., Térol, E. et al. (2008). *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Estudio APEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Auraaen, A., L. Slawomirski and N. Klazinga (2018), "The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind", OECD Health Working Papers, No. 106, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>.
- Consejería de Salud. (2018). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: informe de resultados 2018*. Junta de Andalucía: ESSPA. Recuperado de: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2971/1/AnalisisDeLaCultura_2018.pdf
- Consejería de Salud y Familias. (2020). *Seguridad del paciente: Indicadores de seguimiento del SNS. Informe de Andalucía*. Junta de Andalucía: ESSPA. Recuperado de: file:///Users/mariadelmarjimenezlasserrotte/Downloads/Indicadores-SNS-Andalucia-2019.pdf
- Consejería de Salud y Familias. (2022). *Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía. Informe de resultados 2021*. Junta de Andalucía: ESSPA. Recuperado de: https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Indicadores-SP-Andalucia-2021_08_11_22.pdf
- Díaz-Cañabate, J. G. A., Ruibal, A. B., Tolosa, J. S. Ú., Arévalo, A. G., & del Valle Manzano, S. G. (2006). Sistemas de comunicación de incidentes y seguridad del paciente en anestesia. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*, 53, 488-499.
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suárez, J., Arboleya-Casanova, H., Rojano-Fernández, C., Hernández-Torres, F., & Santacruz-Varela, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*, 78(6), 527-532.
- Gama, Z. A. D. S., Oliveira, A. C. D. S., & Hernández, P. J. S. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 283-293.
- González-Anglada, M. I., Garmendia-Fernández, C., & Moreno-Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. *Educación Médica*, 20(3), 170-178.
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washinton DC: National Academy Press - Institute of Medicine; 2000.
- Lazo, R. (2016). Modelo del queso suizo: combatiendo errores latentes. Recuperado de: <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizo-comatiendo-errores-latentes>
- Losardo, R., Piantoni, G., Mercau, C., Buzzi, A., Falasco, S., & Reilly, J. (2021). Día Mundial de la Seguridad del Paciente: 17 de septiembre. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(4).
- Mahajan RP (2011). Safety culture in Anesthesiology. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 58 (Supl 3), 10-4.

- Martín, M.C., & Ruiz, J. (2006). Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva: Gestionando el riesgo. *Medicina Intensiva*, 30(6), 284-292.
- Millenson M.L. (2002). Breaking bad news. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 206–207.
- National Quality Forum. (2010). *Safe Practices for Better Healthcare. Update.: A consensus report*. Washington, DC. NQF.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2002). *Resolución WHA55.18 Quality of care: patient safety*. OMS: 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra:Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2004). *World Alliance for Patient Safety. 57ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra:Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2022). *Seguridad del paciente*. Ginebra:Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Rall, M., & Dieckmann, P. (2005). Simulation and patient safety: The use of simulation to enhance patient safety on a systems level. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 16(5), 273-281.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Rodríguez, G. V. (2022). *Isoapariencia y el método del queso suizo, un factor de riesgo durante la práctica profesional en enfermería*. Bachelor's thesis. Universidad Técnica de Ambato.
- Rodríguez, G. V., & Analuisa, E. (2022). Isoapariencia y el método del queso suizo, un factor de riesgo durante la práctica profesional en enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 1991-2006. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1630
- Solar, L. (2014). *Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería*. [Trabajo Fin de Grado: Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5108>
- Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga (2017), “The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level”, OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
- Tajfel, H, & Turner, JG. (1986). *Social identity theory of intergroup behavior*. MA Hogg. Social Psychology: Intergroup behavior and societal.
- Tajfel H. (1978). *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*. London: Academic.
- Unkauf, Á. M. (2012). Gestión sistémica del error: el enfoque del Queso Suizo en las auditorías. *IN-NO TEC Gestión*, (4 ene-dic), 12-21.
- Walton M. (2004). Creating a ‘no blame’ culture: Have we got the balance right?. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 163–164.

CAPÍTULO 2.

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARÍA DEL MAR DÍAZ CORTÉS

ANA ISABEL CARO CABELLO

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un aspecto esencial en la atención de la salud que ha surgido con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes durante la atención sanitaria

El objetivo fundamental en Seguridad del Paciente es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria y la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

En los últimos años se ha convertido en una prioridad y un elemento clave de la calidad asistencial para cualquier servicio sanitario y actualmente se considera un problema mundial de salud pública, siendo un elemento transversal que afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros. Es de vital importancia para pacientes y familiares, ya que el paciente tiene derecho a estar seguro al recibir atención sanitaria. Por otro lado, es fundamental para los profesionales sanitarios y los gestores, que deben proporcionar a la ciudadanía una asistencia sanitaria no sólo efectiva sino también segura. Todo esto ha hecho que alcance gran relevancia, considerándose una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial que necesita de un liderazgo comprometido.

La seguridad del paciente ha sido centro de la atención y del esfuerzo de los profesionales e instituciones sanitarias (Aranaz & Agra, 2010), aunque su importancia fue puesta especialmente de manifiesto a partir del informe “Errar es humano construyendo un sistema sanitario más seguro”, publicado en el año 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine et al., 2000). Este informe orientó las políticas de calidad de las principales organizaciones sanitarias internacionales al desarrollo de estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la atención sanitaria.

Las intervenciones que se plantean en seguridad del paciente, en entornos cada día más complejos, van destinadas a evitar o paliar el daño a los pacientes ocasionado en la asistencia y a mejorar la implementación de las prácticas y los procesos asistenciales en la organización sanitaria, prestando apoyo a profesionales, equipos y centros. Según la Organización Mundial de la Salud, los eventos adversos

en la atención sanitaria están situados en el 14º lugar en la lista de causas de morbilidad a nivel mundial y los errores médicos se consideran la tercera causa de muerte en los EEUU. Se estima que en España uno de cada 10 pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada 100 pacientes que acude a una consulta de atención primaria (AP) sufre un daño mientras recibe atención médica sin que esté relacionado con el motivo de la asistencia y pueden llegar a evitarse en más de un 40% y de un 70% respectivamente (Aranaz et al., 2006, 2008).

Las estrategias internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras.

Cultura de seguridad

Conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para su mejora.

Las investigaciones en cultura de seguridad se han orientado fundamentalmente a evaluar el clima de seguridad (actitudes y percepciones que sobre seguridad tienen los profesionales) y su asociación con diferentes resultados clínicos, así como con la satisfacción de profesionales y pacientes (Flin et al., 2000). Existen estudios que correlacionan el clima positivo de seguridad y la mejora de la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos (El-Jardali et al., 2011; Riehle et al., 2013b). Las organizaciones comprometidas con la cultura de seguridad orientan sus esfuerzos a cuatro aspectos clave: 1) fomentar la cultura de seguridad a todos los niveles; 2) evaluar y promover un buen clima de seguridad; 3) aumentar la formación en seguridad del paciente y en los llamados factores humanos o factores no técnicos de los profesionales; y 4) desarrollar elementos de seguridad a nivel de unidades clínicas (Clarke & Eales-Reynolds, 2015).

La importancia del factor humano en la mejora de la seguridad del paciente ha crecido en los últimos años y son varios los expertos que recomiendan formar a los profesionales sanitarios en este aspecto y favorecer la incorporación de los principios del factor humano a la organización teniendo en cuenta aspectos físicos (diseño, equipos, etc.), aspectos cognitivos (estado y situación del profesional), habilidades de comunicación, trabajo en equipo (“del equipo de trabajo al trabajo en equipo”), y aspectos organizativos (cultura de la organización) (Carayon et al., 2006; Catchpole, 2013; Flin et al., 2009; Gurses et al., 2012).

La formación en seguridad del paciente es el primer paso para mejorar la cultura de seguridad y un elemento imprescindible para que los profesionales sanitarios entiendan por qué las iniciativas en seguridad del paciente son necesarias y cómo pueden aplicarlas. La importancia de la formación de los profesionales en seguridad del paciente ha sido señalada tanto por la Organización Mundial de la Salud, que ha desarrollado una guía curricular específica (World Health Organization [WHO], 2011), como por la Comisión Europea, que hace unos años publicó unas recomendaciones al respecto (European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group, 2014).

Prácticas seguras

Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente (Shekelle et al; 2013; Shojania et al; 2001). Las prácticas seguras recomendadas por diferentes organizaciones y agencias internacionales se han ido seleccionando en base a la frecuencia de los eventos adversos más comunes y a la evidencia científica. Las principales prácticas que recomiendan la mayoría de organizaciones son las que hacen referencia a la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (especialmente higiene de manos), uso seguro del medicamento, cirugía segura y cuidados.

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre las organizaciones internacionales interesadas por la seguridad del paciente, destaca de manera especial la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una gran influencia en las políticas de seguridad.

La OMS lanzó en 2004 la “Alianza por la seguridad del paciente”, promoviendo acciones, herramientas y recomendaciones para mejorar la seguridad en todos los países del mundo (WHO, 2004). Actualmente, se denomina Programa de Seguridad del Paciente e incluye diferentes retos y acciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel mundial, entre los que destacan. Retos de la OMS son:

1. Una atención limpia es una atención más segura (2005), cuyo objetivo es reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria haciendo hincapié principalmente en la mejora de la higiene de las manos.
2. La cirugía segura salva vidas (2008), cuyo fin es reducir los riesgos asociados a la cirugía.
3. Medicación sin daño, cuyo propósito es reducir en un 50% los daños graves evitables relacionados con los medicamentos en un periodo de cinco años a nivel mundial (WHO, 2016).

Acciones principales:

- Pacientes por la seguridad del paciente. Orientada a la creación de una Red de Pacientes y Consumidores por la seguridad del paciente (WHO, 2022).
- Sistemas de notificación y aprendizaje (WHO, 2020).
- Gestión del conocimiento (Cresswell, 2013).
- Prácticas clínicas seguras (WHO, 2014).

En el año 2009, la OMS publicó la Clasificación Internacional para Seguridad del Paciente (WHO, 2009) con el objetivo de crear una taxonomía común que permita facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.

Más recientemente, la 74ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó en mayo del 2021 el «**Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030**» (WHO, 2021) con la visión de “un mundo en el que nadie resulte perjudicado en la atención médica y cada paciente reciba una atención segura y respetuosa, en todo momento y en todas partes”. El propósito del plan de acción es proporcionar orientación estratégica a todos los interesados para eliminar los daños evitables en la atención de salud y mejorar la seguridad del paciente en diferentes ámbitos prácticos, mediante políticas públicas en materia de seguridad y calidad de los servicios de salud, así como para aplicar recomendaciones en el lugar de consulta. El plan de acción también ofrece un marco normativo para que los países elaboren sus respectivos planes de acción nacionales en pro de la seguridad del paciente, así como para que armonicen los instrumentos estratégicos existentes de promoción de la seguridad del paciente de todos los programas clínicos y relacionados con la salud.

Por otro lado, el Consejo de Europa, en la Declaración de Varsovia de 2006 sobre seguridad del paciente, recomendaba incluir la seguridad del paciente como una prioridad en las agendas nacionales e internacionales, cooperando con el Consejo de Europa (Perneger., 2008), la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud para asegurar la implementación de acciones de seguridad del paciente. Instaba a los países a desarrollar políticas, estrategias y programas para mejorar la seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias, entre otras, la necesidad de establecer un sistema de notificación de incidentes, promover una cultura de seguridad del paciente e implicar a pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad. En junio de 2009 el Consejo de la Unión Europea lanzó las “Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” (European Commission, 2011).

Dentro del panorama internacional, la Joint Commission International (s. f.), creada en 1951 como JCAHO, es una organización de referencia respecto a la seguridad del paciente, independiente y sin ánimo de lucro. La Joint Commission International se dedica a la acreditación hospitalaria para mejorar la seguridad y calidad de la atención. En 2005 se creó el Joint Commission International Center for Patient Safety, siendo el primer centro del mundo colaborador con la OMS íntegramente dedicado a la seguridad del paciente. Dentro de sus objetivos destacan: mejorar la identificación de los pacientes, la comunicación efectiva entre los que brindan atención sanitaria y la seguridad en el uso de medicamentos, reducir los daños asociados con los sistemas de alertas clínicas y el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, así como que el hospital identifique los riesgos inherentes a la población atendida.

La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) de los Estados Unidos, trabaja desde 1989 en mejorar la práctica clínica y la seguridad de los pacientes a través de la investigación y la evidencia clínica. A través de los indicadores de calidad (QI, por sus siglas en inglés) se monitoriza la calidad de la asistencia sanitaria: Indicadores

de Calidad de la Prevención (PQI), Indicadores de calidad de pacientes hospitalizados (IQI), Indicadores de seguridad del paciente (PSI) e Indicadores de calidad pediátrica (PDI).

La AHRQ (s.f.) tiene en su página web un apartado en español con información y recursos que ayudan a los pacientes a tomar decisiones más informadas y mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben.

National Quality Forum (NQF) es una organización sin ánimo de lucro con sede en los Estados Unidos que promueve la protección de los pacientes y la calidad de la atención médica también a través de la investigación y el seguimiento de indicadores. Se estableció en 1999 sobre la base de las recomendaciones de la Comisión Asesora del Presidente sobre Protección al Consumidor y Calidad. La componen más de 400 organizaciones, que representan a consumidores, planes de salud, profesionales médicos, empleadores, agencias gubernamentales y de salud pública, compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos, y otras organizaciones de mejora de la calidad.

En 2010, el NQF publicó el documento “Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report”, donde se incluyen 34 prácticas eficaces para reducir la aparición de eventos adversos de asistencia sanitaria (National Quality Forum, 2010).

Para resumir, la líneas estratégicas y prácticas seguras que se abordan en la mayoría de las estrategias son:

- Cultura de seguridad.
- Gestión de riesgos y notificación de incidentes.
- Higiene de manos.
- Uso seguro de medicamentos.
- Cirugía segura.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación/Transición asistencial.
- Prevención de infecciones.
- Cuidados seguros.
- Uso seguro de radiaciones ionizantes.
- Implicación de pacientes y cuidadores.

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en consonancia con las recomendaciones internacionales, desarrolló en el año 2005 una estrategia de seguridad del paciente para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2016) en