

Línea estratégica 1

Cultura de la seguridad del paciente

“Hay algunos pacientes a quienes no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar.”

Dr. Arthur L. Bloomfield (1888-1962)

Se entiende por *cultura* las actitudes y los comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización. Una verdadera cultura de la seguridad implica estas características:

- El reconocimiento de las responsabilidades en la seguridad del paciente sin dejar de ser consciente de que las cosas pueden ir mal y que sucederán errores e incidentes en la atención sanitaria.
- El enfoque al sistema: los eventos adversos no solo están ligados a la persona sino que son consecuencia de una concatenación de fallos latentes.
- Transparencia: para mejorar la seguridad del paciente es fundamental informar precozmente al paciente y a su familia sobre el error y durante todo el proceso.
- Actuar gestionando riesgos de forma proactiva, devolviendo la información a los profesionales y ofreciéndola óptimamente al paciente.
- No eludir la responsabilidad de los actos propios.
- La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad y la atención del paciente mejoran.

Desde el análisis de fallos se promueve una mejora continua¹¹ por medio de estas acciones:

- Reducir la recurrencia y la gravedad de los eventos aprendiendo de ellos e implementando estrategias de mejora (prevención).
- Lograr reducir los costes derivados de los eventos adversos y de los recursos requeridos para gestionarlos (costes sociales, como incapacidades temporales, quejas, reclamaciones, etc.).

La cultura de la seguridad en una organización se representa en ocasiones como una escalera en la que, a medida que se suben peldaños, se gana confianza del paciente [véase la figura 3].¹²

Figura 3. Escala de la cultura de la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias.



En el ámbito de la seguridad del paciente, cuando se producen eventos adversos se detectan estos cuatro componentes [véase la figura 4]:

1. Condiciones latentes en el sistema: son las que en cualquier momento de la asistencia sanitaria o en su planificación generan una situación propicia a la producción de errores, como la planificación inadecuada de los turnos laborales, el establecimiento de procedimientos inadecuados y las vías de comunicación ineficientes.
2. Factores contribuyentes: están relacionados con los profesionales, el ambiente de trabajo, la comunicación, el entorno, los factores sociales, los recursos del sistema y del paciente, etc.
3. Factores causales: son los fallos activos —por acción o por omisión— del profesional que está en contacto directo con el paciente, que suponen la causa inmediata del evento adverso. Se incluyen no solo las acciones deliberadas sino también las que se producen por inexperiencia o por una sobrevaloración de las habilidades propias.
4. Fallos en las barreras del sistema.¹³

Figura 4. Componentes de los acontecimientos adversos.

Componentes de los acontecimientos adversos



Cultura de la seguridad en la atención primaria

La seguridad del paciente es una disciplina que surgió de las preocupaciones médico-jurídicas relativas al riesgo de sufrir eventos adversos específicos y fácilmente identificables, la mayoría de ellos relativos a la atención hospitalaria acotada en un lapso de tiempo y en unas condiciones controladas. Por el contrario, en la atención primaria los pacientes son atendidos durante largos períodos de tiempo y los problemas de seguridad que surgen tienen un carácter muy diferente, por lo que algunos autores replantean el término *seguridad del paciente* como la gestión del riesgo a lo largo del tiempo.¹⁴

Tradicionalmente, la atención primaria ha tenido prioridades como la accesibilidad y la calidad general de la atención y no ha sido considerada desde el punto de la seguridad del paciente como una fuente importante de eventos adversos. Sin embargo, los datos obtenidos del estudio APEAS —estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de salud, el primero en España para estimar la magnitud de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria en la atención primaria— muestran una realidad distinta:¹⁵ el estudio detectó una prevalencia de 11,2 eventos adversos por cada 1.000 visitas. Según sus factores causales, la mayoría de los casos estaban relacionados con la medicación (48,2 %), aunque otros factores destacables fueron los cuidados (25,7 %) y la comunicación (24,6 %). También se constataron casos relacionados con el diagnóstico (13,1 %), la gestión (8,9 %) y otras causas (14,4 %). La gran mayoría de los eventos adversos (70,2 %) se consideraron claramente evitables, poco evitables el 23,1 % y completamente inevitables el 6,7 %. La evitabilidad de los eventos adversos se relacionó con la gravedad, de tal forma que eran evitables el 65,3 % de los eventos adversos leves, el 75,3 % de los moderados y el 80,2 % de los graves, y esta diferencia fue estadísticamente significativa (p-valor < 0,001).

Los resultados del estudio APEAS ponen de relieve que la práctica sanitaria en la atención primaria es razonablemente segura: la frecuencia de los efectos adversos es baja y predominan los de carácter leve. A pesar de ello, dada la alta frecuentación en este ámbito asistencial, aunque la frecuencia de los eventos adversos sea relativamente baja, de manera absoluta son numerosos los pacientes afectados.

Si se generalizasen los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados 7 de cada 100 usuarios al año, por término medio. Otra conclusión destacable de dicho estudio es que la prevención de los efectos adversos en la atención primaria emerge como una estrategia prioritaria, ya que el 70 % son evitables, y lo son aun más cuanto más graves son. Este hecho abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos relativos a la seguridad del paciente en la atención primaria.

Hay pocos estudios sobre los eventos adversos en la atención primaria, y objetivan resultados dispares, dada la falta de sistemas estandarizados para definirlos. Otra limitación de los estudios es que suelen centrarse en los errores dentro de un período de tiempo concreto y no detectan los problemas que solo se hacen patentes a largo plazo —como el diagnóstico erróneo o tardío—, que son más importantes en los análisis de los litigios y las reclamaciones. Un estudio observó que las demandas por negligencia médica en la atención primaria tenían como alegación más común la falta de diagnóstico o el diagnóstico tardío de cáncer y de enfermedades cardíacas (hasta el 40 % del total).¹⁶⁻¹⁷

La mitad de la carga mundial de enfermedad derivada del daño del paciente se produce en la atención primaria y ambulatoria; a pesar de que los daños en este entorno son menos visibles que los producidos en el entorno hospitalario dado el gran volumen de atención que se presta en aquel ámbito, no se puede ignorar la cantidad acumulada de daños, la mayoría de los cuales son evitables. Además, dado que las necesidades de salud de la población son cada vez más complejas, puede esperarse que aumenten la ocurrencia y las consecuencias del daño, a menos que se tomen medidas concretas.¹⁸

En cuanto a la opinión de los profesionales de la atención primaria sobre la seguridad del paciente, en 2014 se publicó un estudio de alcance estatal que indicaba que su percepción de la cultura de la seguridad del paciente en la atención primaria es buena en España. Las dimensiones mejor valoradas fueron los “aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta”, el “seguimiento de la atención a los pacientes” y el “intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, encontrándose también áreas de mejora tales como el ritmo y la carga de trabajo.¹⁹

En todos los países, la atención primaria se enfrenta a enormes retos porque aumenta su complejidad: incremento de la esperanza de vida (pluripatología y polimedicación), sobrecarga asistencial, aumento de las tareas transferidas desde la atención hospitalaria y burocratización de las consultas, entre otras causas, sin olvidar la incertidumbre inherente al trabajo en la atención primaria.

La atención primaria no segura o ineficaz aumenta la morbilidad y la mortalidad prevenibles y puede conducir al uso innecesario de recursos hospitalarios y especializados que son escasos. Así pues, es primordial mejorar la seguridad en la atención primaria para garantizar la cobertura universal de la salud y la sostenibilidad de asistencia sanitaria.²⁰

A pesar de todo, según el informe SESPAS 2012 la función de filtro que ejerce el médico / la médica de familia disminuye la yatrogenia del acceso directo hospitalario, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas hospitalarios, previene la fascinación tecnológica y ayuda a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario. La asignación de una lista de pacientes (cupos) por médico/médica favorece la longitudinalidad de la atención, lo cual mejora la respuesta a las necesidades del paciente y su identificación correcta, mejora la tasa de hospitalización y probablemente disminuye los riesgos asistenciales.⁸ La flexibilidad, la diversidad y el enfoque personalizado para cada paciente —que los facultativos de la atención primaria consideran, con razón, una virtud— hacen que resulte muy difícil definir el error y los eventos adversos de una manera fundada y coherente.¹¹

Por todo eso es prioritario desarrollar estrategias de vigilancia y de respuesta en el nivel primario de la asistencia sanitaria. Para ello, la cultura de la seguridad no solo abarca los pacientes y los profesionales sino también las instituciones, que no solo tienen la responsabilidad de promover la cultura de la seguridad del paciente sino también de elaborar planes de actuación implicando a sus directivos y cuidando la reputación de los profesionales y de los centros.²¹

La seguridad del paciente en la organización y tarea de liderazgo

El liderazgo es un punto clave para desplegar la cultura de la seguridad en la organización. El objetivo es conseguir un entorno abierto y justo (al cambio, a la escucha, a la comunicación, al entusiasmo por la mejora continua) y a la vez transmitir la voluntad de compromiso con el proyecto.

Estas son las funciones del líder:

- Fomentar la cultura de la seguridad del paciente.
- Liderar su equipo:
 - Designando responsables y delegando trabajos que puedan hacerse de forma compartida entre los responsables de la seguridad del paciente.
 - Haciendo reuniones de seguimiento y manteniendo contacto directo con los responsables.
 - Incorporando la seguridad del paciente a la formación del personal actual y de las nuevas incorporaciones.
- Integrar la gestión de los riesgos en la gestión global de la organización.
- Promover la comunicación de los eventos adversos.
- Aprender de los errores, transmitir al personal cómo y por qué suceden los eventos adversos, y familiarizarlo en el uso de herramientas de trabajo de tipo AMFE o análisis causa-raíz (ACR).⁷

Objetivos

1. Fomentar y difundir la cultura de la seguridad entre profesionales, usuarios y personas cuidadoras.
2. Establecer el liderazgo como un factor fundamental para abordar la seguridad del paciente.

Acciones

1. Hacer un análisis de la situación sobre la cultura de la seguridad en la organización sanitaria. Crear un circuito para garantizar que periódicamente se hagan encuestas sobre la seguridad del paciente y difundir los resultados.
2. Fomentar la formación continuada de los profesionales en materia de seguridad del paciente.
3. Crear la estructura necesaria para desarrollar e implementar la seguridad del paciente en la atención primaria dentro de la organización.
4. Fomentar la comunicación de los eventos adversos dentro del propio equipo de atención primaria y poner en común experiencias con otros equipos.
5. Difundir las buenas prácticas mediante la Comisión de Seguridad del Paciente y los responsables de seguridad de los centros de salud.

Indicadores

1. Informe sobre cultura de la seguridad elaborado a partir de encuestas a profesionales con periodicidad bienal de manera que permita comparar resultados.
2. Porcentaje de profesionales que reciben formación continuada en materia de seguridad del paciente, por sectores.
3. Número de sesiones de comunicación y actividades realizadas para difundir buenas prácticas sobre la seguridad del paciente en el equipo de atención primaria.
4. Convocatoria y acta de creación de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, elaboración de procedimientos normalizados de trabajo y redacción de la memoria anual.