

COMENTARIO EDITORIAL: La hora de la seguridad de los pacientes

The time of patients safety

Ezequiel García Elorrio*

Saber no es suficiente, debemos hacer.
Querer no es suficiente, debemos actuar.
Goethe

Introducción

La calidad de atención médica es una disciplina que se encuentra vigente desde hace por lo menos 100 años y diversas iniciativas a lo largo del último siglo han mostrado que existe preocupación en los profesionales de la salud por el cuidado que brindan a sus pacientes¹.

Lamentablemente esta actitud no ha sido suficiente para cambiar la realidad del sistema de salud. Si bien los avances en el conocimiento y la tecnología de atención médica han sido enormes, han surgido numerosos problemas relacionados con diversos factores entre los que se destacan también los efectos adversos que sufren aquellos que reciben atención médica, aunque esta sea asumida como de buena calidad.

El problema

La Medicina solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura y se ha vuelto compleja, efectiva y potencialmente insegura². Por lo tanto, lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante su tratamiento y atención³.

La frecuencia de errores o eventos adversos evitables ha sido medida en diversos países desarrollados. Se estima que hasta uno de cada diez pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida, mientras que en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Por ejemplo, estos errores dan cuenta de más de 3% del gasto del presupuesto asignado a la salud en EEUU y son responsables de más de 90 mil muertes por año en ese país. Vale destacar que la detección del problema llevó a que varios países inicien tareas para reducir sus consecuencias⁴.

Por otro lado, no solo los pacientes se ven perjudicados por errores en la atención médica sino que los profesionales de salud pueden ser considerados como las "segundas víctimas".

¿Por qué evaluar nuestros errores?

El 80% de los errores médicos son consecutivos a problemas de los sistemas. Esto quiere decir que a pesar de que un profesional sanitario esté bien entrenado y trabaje a conciencia, es incapaz de enfrentar la complejidad de la práctica actual y prevenir errores y daños. Por lo tanto, el secreto de prevenir los errores reside en el diseño adecuado de los procesos⁵.

La Seguridad de los Pacientes también involucra el concepto de "confiabilidad". Este concepto expresa que el paciente recibe los estudios, medicamentos, información y procedimientos que necesita en tiempo y formas adecuados⁶. Este punto es relevante ya que los errores por omisión pueden involucrar al 3% de los procedimientos mientras que los derivados de realizar algún procedimiento en forma incorrecta sólo alcanzan al 3 por mil.

¿Porque ahora se habla de seguridad del paciente?

Si bien la preocupación sobre los eventos adversos de la atención médica no es un fenómeno particularmente nuevo, una sucesión de eventos ha hecho posible que el tema de la seguridad

este en boca de todos, en especial en el mundo desarrollado. Algunos de ellos se describen a continuación.

Desde hace casi 20 años se están realizando evaluaciones epidemiológicas que describen la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la aparición de eventos adversos prevenibles. El primer estudio se publicó en 1990 y se llamó el Harvard Malpractice study^{7, 8}. Posteriormente numerosos estudios en diferentes países desarrollados fueron demostrando datos similares que produjeron en la opinión pública internacional mayor interés por este tema. En 1999 el Institute of Medicine de los EEUU publicó su informe "To err is human" (errar es humano) que se ha convertido en un pilar de la difusión de los eventos adversos prevenibles. En dicho informe se describe el impacto económico por la fallas en la seguridad de la atención médica y se menciona por primera vez que entre 48.000 y 96.000 personas mueren por año por diferentes tipos de errores.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza en 2004 la "Alianza Mundial por la Seguridad de Pacientes", que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo. Esta iniciativa propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su establecimiento pone por fin de relieve a nivel global la importancia de la cuestión de la seguridad del paciente.

Errar es humano, ocultar los errores es imperdonable, no aprender de ellos es inexcusable (Sir Liam Donaldson, Director de la Alianza para la Seguridad del Paciente)

La OMS ha impulsado también la iniciativa "Pacientes por seguridad de pacientes" con el fin de ayudar en sus esfuerzos a los pacientes, víctimas o no de errores médicos, y para evitar que estos ocurran nuevamente. Esta iniciativa global pone a los pacientes en colaboración con el sistema de salud para prevenir la ocurrencia de estos eventos⁹. Y es además un claro indicio de la preocupación creciente de la sociedad respecto del impacto de las fallas de seguridad y del reclamo para disminuir su frecuencia. Finalmente y a modo de ejemplo, el Institute for Health Care Improvement de EEUU desarrolló entre Diciembre 2004 y Junio del 2006 "La campaña de las 100.000 vidas", que logró reducir la mortalidad en hospitales de los EEUU en cerca de 126.000 casos, produciendo una revolución en los centros de atención de ese país. Para ello solo se implementaron seis intervenciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones asociadas al respirador, al uso de vías centrales y de heridas quirúrgicas; así como cuidados basados en la evidencia para el infarto de miocardio, uso seguro de medicamentos de alto riesgo e implementación de equipos de rápida repuesta para urgencias durante la internación¹⁰. En este momento se encuentra en curso la campaña "5M" (cinco millones) que prevé la reducción de cinco millones de eventos adversos, agregando solo seis intervenciones más a las de la campaña anterior.

La tarea del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria

Como en muchos otros ámbitos de la realidad de nuestro país, se han hecho esfuerzos aun insuficientes en pos de la calidad de los cuidados médicos y de la seguridad de nuestros pacientes.

* Director del Área de Calidad y Seguridad en Atención Médica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) Buenos Aires, Argentina. egarciaelorrio@iecs.org.ar



Más allá de los problemas de equidad, priorización, infraestructura y financiamiento, este tópico se halla aún poco presente en la agenda sanitaria del país y de la región. Si bien pueden observarse iniciativas que van sugiriendo interés¹¹, no existen aun esfuerzos sostenidos en este sentido.

Desde su inicio, el IECS ha desarrollado tareas relacionadas con la calidad y seguridad de pacientes. A través de un modelo colaborativo y participativo hemos interactuado con diversas instituciones sanitarias de nuestro país con un solo objetivo: **colaborar en la construcción de un sistema de salud más seguro para nuestra sociedad y la región**¹². Las acciones del IECS en este sentido no se limitan solo a la calidad y la seguridad, sino a la generación de evidencia que permita encuadrar en forma más efectiva las intervenciones que se consideren oportunas en nuestro ámbito.

Las áreas de interés en las cuales hemos contribuido y en las

que queremos continuar aportando investigación son la evaluación de las preferencias de pacientes, los modelos de cambio para lograr la implementación de iniciativas de seguridad, la monitorización de la calidad y el desarrollo de indicadores de atención, y la implementación de guías de práctica clínica. Por otro lado, continuaremos apoyando las diferentes iniciativas de seguridad que comienzan surgir en nuestro país y en la región, colaborando con los gobiernos, con OPS/OMS y con todas las organizaciones sanitarias que tengan como objetivo mejorar la calidad de los procesos y los resultados de las intervenciones médicas.

Finalmente, entendemos que el futuro de estas iniciativas se haya ligado a un fenómeno simple pero muy poco visible aun en nuestra sociedad: la colaboración recíproca y la cooperación técnica.

Los invitamos a participar.

Cortesía Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Referencias

1. Molly Cooke "American Medical Education 100 Years after the Flexner Report" *New England J Med* (2006)355:1339-1344
2. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999 Apr 3; 353 (9159): 1178-81
3. World Alliance for Patient Safety : forward programme. (2004) http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/index.html
4. Kohn L y col. eds. (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 1999
5. Botwinick L y col. *Leadership Guide to Patient Safety*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006. (Available on www.IHI.org)
6. Leonard M y col. *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions*. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2004, p. 5.
7. Brennan T y col. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):370-7.
8. Leape L y col. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):377-84.
9. http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
10. Donald M y col. The 100 000 Lives Campaign Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality *JAMA*. 2006;295:324-327
11. Resolución 1616/2007 Boletín oficial de la Republica Argentina N° 31298 . 7 de Diciembre de 2007 http://www.iecs.org.ar/iecs-visor.php?cod_producto=2