



Seguridad del Paciente

Estrategias para una asistencia sanitaria
más segura

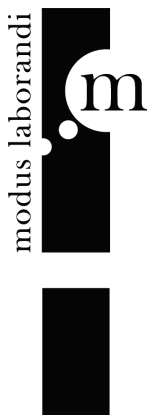
Charles Vincent y René Amalberti



Charles Vincent y René Amalberti

Seguridad del Paciente

Estrategias para una asistencia sanitaria
más segura



Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en cualquier soporte sin permiso expreso del editor.

Título original: *Safer Health Care: Strategies for the Real World*

© Charles Vincent, René Amalberti, 2015

Esta traducción de Safer Health Care es una obra electrónica protegida por creative commons

© Editorial Modus Laborandi, S. L.

Emilio Carrere 4, 3.º B, 28015, Madrid

www.moduslaborandi.com

1.ª Edición, septiembre de 2016

Dirección editorial: Jesús Villena López

Traducción: Natalia Sanz González

Diseño y maquetación: Natalia Sanz González

Imagen de cubierta: Andrew Abbott, *Block Pattern*.

Publicada con su autorización

Revisión técnica: María Pilar Astier Peña, Yolanda Agra Varela,

Fernando Vázquez Valdés y Jesús Villena

Este libro se ha publicado con la ayuda de Sociedad Española de Calidad Asistencial, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ergotec

ISBN: 978-84-938073-8-2

La editorial Modus Laborandi agradece los comentarios

de sus lectores, que pueden enviar a nuestra dirección de atención

al cliente: buzon@moduslaborandi.com



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

ergotec



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Este trabajo cuenta con el apoyo de la Health Foundation, una organización benéfica independiente para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

© La editorial (si fuera aplicable) y los autores 2016. El libro se publica con el acceso abierto en www.moduslaborandi.com

Acceso abierto: este libro se distribuye de conformidad con los términos de atribución de la Licencia Creative Commons.

Licencia no comercial, que permite todo uso, distribución y reproducción no comercial en cualquier medio, siempre que se cite la fuente y los autores.

El editor se reserva todos los derechos comerciales, tanto de la totalidad como de parte del material, en especial los derechos de traducción, reimpresión o reutilización de las ilustraciones, lecturas, radiodifusión, reproducción en microfilm o en cualquier otro soporte físico, y la transmisión o almacenamiento y recuperación de información, adaptación electrónica, software para ordenadores o cualquier otra tecnología similar o diferente disponible o que se desarrolle en el futuro.

El uso de descriptores generales, nombres registrados, marcas comerciales, marcas de servicio, etc., de esta publicación no implica, incluso si no existe una declaración específica, que tales nombres estén exentos de las leyes y reglamentos de protección aplicables y, por lo tanto, puedan ser usados libremente.

La editorial, los autores y los editores pueden dar por sentado sin temor a equivocarse que las recomendaciones establecidas en esta publicación se consideran verdaderas y acertadas en el momento de la publicación. Ni la editorial, ni los autores o el editor aceptan ninguna responsabilidad, ni expresa ni tácitamente, relativa al material contenido en esta publicación o debida a errores u omisiones que se hayan cometido.

Presentación de la edición española

El presente libro, versión española de la publicación *Safer Healthcare*, surge como fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y Ergotec, a través de su editorial Modus Laborandi.*

La colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), materializada en un convenio entre ambas entidades, está orientada a trabajar conjuntamente para la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente, a través de diferentes iniciativas. Una de estas iniciativas es facilitar y difundir el conocimiento científico y los avances en seguridad del paciente a los profesionales del Sistema Nacional de Salud español para fomentar la cultura de seguridad en el ámbito sanitario, motivo por el que se ha realizado la traducción y difusión al español del presente libro.

Los autores, Charles Vincent y René Amalberti, son dos profesionales de la salud, referentes mundiales en la investigación y promoción de la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. Trabajan desde hace años en el análisis del sistema de salud y en la propuesta de mejoras de la atención sanitaria desde la perspectiva de la Seguridad del Paciente. Fruto de su trabajo colaborativo surge este libro, en el que reflexionan sobre los desafíos de la seguridad de la asistencia sanitaria, los niveles de calidad

* Los autores de este libro, Charles Vincent y René Amalberti, han cedido sus derechos para su traducción y edición en español, así como para su distribución gratuita en formato pdf. La distribución se realizará a través del acceso gratuito al pdf desde las páginas web del MSSSI www.seguridaddelpaciente.es, de la web de SECA: www.calidadasistencial.es y de la propia editorial www.moduslaborandi.com

asistencial que se presentan, los nuevos entornos de trabajo de los profesionales sanitarios, así como del papel de los pacientes y de los profundos cambios tecnológicos que les afectan a lo largo de su proceso asistencial. Tras el análisis del sistema abordado en los primeros capítulos, proponen en los sucesivos nuevas formas de afrontar la práctica clínica de cada día, para facilitar cambios que lleven a una atención más segura desde entornos ultraseguros como un servicio de radioterapia, hasta entornos no sanitarios tan importantes como el domicilio del paciente.

Les invitamos a leer este libro con curiosidad, con la certeza de que no les dejará indiferentes y esperando que les lleve a reflexionar y cambiar enfoques de actuación en la práctica clínica cotidiana, teniendo presente la perspectiva del paciente a lo largo de su viaje por la asistencia sanitaria.

Esperamos que la lectura les permita desarrollar, a diferentes niveles, estrategias de atención más seguras, teniendo en cuenta los rápidos cambios tecnológicos y la cada vez más compleja asistencia sanitaria. Las mejoras aquí propuestas, y las que cada profesional pueda realizar desde su puesto de trabajo, permitirán sin duda alcanzar el objetivo de ofrecer una asistencia sanitaria de mayor calidad a nuestros ciudadanos.

PALOMA CASADO DURANDEZ
Subdirectora General de Calidad y Cohesión
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad

MANEL SANTIÑÁ VILA
Presidente de la Sociedad
Española de Calidad
Asistencial

A Lucian Leape y James Reason

Prólogo

LA ASISTENCIA SANITARIA NOS HA APORTADO EXTRAORDINARIOS BENEFICIOS, PERO CADA UNA DE LAS VISITAS Y TRATAMIENTOS CONLLEVAN A SU VEZ RIESGOS DE DISTINTAS CLASES. Los riesgos conocidos de los tratamientos específicos están bien establecidos y los profesionales sanitarios los analizan habitualmente. Sin embargo, también nos enfrentamos a riesgos derivados de los fallos en el sistema sanitario; algunos específicos de cada uno de los niveles asistenciales y otros derivados de la deficiente coordinación de la asistencia entre dichos niveles. Como pacientes, la asistencia sanitaria nos proporciona una extraordinaria mezcla de maravillosos logros y humanidad, de los que se pueden derivar fácilmente serias equivocaciones y sucesos adversos.

Los estudios de incidentes específicos en los que se ha producido daño a los pacientes son los que han impulsado la seguridad del paciente. Eliminar estos dolorosos, a veces trágicos, sucesos sigue siendo una prioridad, pero esta ambición no abarca en su totalidad los desafíos a los que tenemos que hacer frente. Aunque la seguridad del paciente ha conllevado muchos avances, creemos que es necesario conceptualizar esta iniciativa de diferente manera para seguir avanzando. Lo que planteamos es que necesitamos ver el tema de la seguridad desde la perspectiva del paciente, para examinar de qué modo se gestiona ésta en los diferentes niveles asistenciales y para elaborar un modelo práctico y estratégico más amplio en el que la seguridad del paciente sea remodelada en una gestión del riesgo a lo largo del tiempo.

El título puede sorprender. ¿Por qué estrategias para una asistencia sanitaria más segura? Se debe a que mientras elaborábamos estas ideas nos dimos cuenta de que casi todas las iniciativas sobre seguridad actuales son o bien intentos de mejorar la fiabilidad de los procesos asistenciales

o bien iniciativas más amplias en torno a la mejora del sistema. Nos referiremos a éstas como «estrategias optimizadoras» y se trata de iniciativas importantes y valiosas. El único problema es que, por un sinfín de razones, a menudo es imposible proporcionar una atención óptima. Son muy pocas las estrategias de seguridad que se dirigen a la gestión del riesgo en las condiciones de trabajo cotidianas de la asistencia sanitaria, que son con frecuencia complejas y adversas. Las estrategias actuales funcionan adecuadamente en un ámbito razonablemente controlado, pero son, en cierto sentido, idealistas. En este libro sostenemos que es necesario complementarlas mediante estrategias específicamente dirigidas a la gestión del riesgo en la «vida real».

¿CÓMO SE GESTÓ ESTE LIBRO?

Somos dos amigos que durante muchos años hemos sentido la misma pasión por la seguridad. Sin embargo, no nos conocimos hasta que nos invitaron como ponentes al memorable seminario internacional de Salzburgo sobre seguridad del paciente, organizado por Don Berwick y Lucian Leape en 2001.

La historia del libro comenzó a finales de 2013, con la observación de René de que los enormes cambios tecnológicos y organizativos que estaban apareciendo en la asistencia sanitaria tendrían considerables repercusiones en la seguridad del paciente. Charles sugirió que la asistencia domiciliaria y la ambulatoria eran unos temas importantes y planeamos escribir artículos sobre estos temas. Empezamos a hablar y a reunirnos regularmente, desarrollando un conjunto de ideas y una perspectiva común a lo largo de numerosos correos electrónicos, conversaciones telefónicas y reuniones. Pronto se puso de relieve que era necesaria una nueva perspectiva sobre la seguridad del paciente, y que los cambios que estaban surgiendo no harían más que acelerar las necesidades del momento. Necesitábamos un libro para expresar estas ideas en su totalidad.

Este libro tiene una característica especial y es que de verdad ha sido escrito a «cuatro manos». En muchos libros escritos en común, los autores se reparten los capítulos de manera clara. Nosotros, en cambio, nunca nos

asignamos específicamente ninguno de los capítulos. Todos ellos fueron ideados y concebidos en común, y las ideas fueron puestas a prueba y tomaron forma mediante repeticiones sucesivas y numerosas discusiones.

El trabajo maduró lentamente. Las ideas principales surgieron con rapidez, pero era todo un desafío encontrar una manera clara para articularlas, y las repercusiones eran mucho más amplias de lo que habíamos imaginado. También nos propusimos que el libro fuera corto y accesible y, como es bien sabido, es mucho más difícil escribir un libro breve que uno extenso. Terminamos un primer borrador en abril de 2015, que leyeron generosos colegas y que fue presentado en un seminario invitado en la Health Foundation. Recibimos ánimo y entusiasmo, y una gran cantidad de críticas y comentarios constructivos, que nos ayudaron enormemente a darle forma y a pulir una versión final, entregada a la editorial en agosto de 2015. A iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, la editorial Modus Laborandi ha realizado la edición en castellano en otoño del 2016, la cual ha sido financiada por la Fundación Española de Calidad Asistencial

LA ESTRUCTURA DEL LIBRO

En el primer [capítulo](#) de este libro, precisamos algunos de los principales desafíos a los que nos enfrentamos en la mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria. En el segundo, trazamos un esquema simple que describe diversos modelos de asistencia sanitaria, sin clasificar las instituciones como buenas o deficientes, sino sugiriendo un panorama más dinámico, en el cual la asistencia puede moverse con rapidez de un nivel a otro. Planteamos después que la seguridad no puede y no debe abordarse de la misma manera en todos los ámbitos clínicos; las estrategias para la gestión de la seguridad en entornos sumamente estandarizados y controlados son necesariamente distintas de las aplicables a entornos en los que los profesionales sanitarios deben adaptarse continuamente y responder a circunstancias cambiantes. A continuación, proponemos que es necesario contemplar y entender la seguridad del paciente desde la perspectiva del paciente. No adoptamos esta perspectiva para responder a exigencias o imperativos políticos de que nos orientemos al cliente, sino

tan sólo porque tenemos que recoger la realidad. Desde este punto de vista, la seguridad implica localizar y señalar los riesgos y las ventajas de la atención al paciente en su itinerario a través del sistema sanitario.

Los capítulos siguientes comienzan a examinar las repercusiones de estas ideas en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo. En el capítulo 5, partiendo de la base de nuestro conocimiento previo del análisis de incidentes, avanzamos para proponer e ilustrar como podría realizarse el análisis entre niveles asistenciales y a lo largo del tiempo. Se destaca el papel del paciente y de la familia en la selección, el análisis y las recomendaciones.

El capítulo 6 delimita una estructura de estrategias para la seguridad e intervenciones asociadas que se puede utilizar tanto para gestionar la seguridad en el día a día como para mejorar la seguridad a largo plazo. Las estrategias son, creemos, aplicables a todos los niveles del sistema sanitario, desde la primera línea de atención hasta la normativa y la dirección del sistema. Como hemos mencionado, la mayoría de las estrategias para la seguridad se dirigen a la optimización de la atención. Dentro de este modelo general, distinguimos programas sobre cuestiones de seguridad centrales dirigidos a daños específicos o a procesos asistenciales concretos e intentos más generales de mejorar los sistemas y procesos de trabajo. Sugerimos que estas estrategias tienen que complementarse con estrategias más interesadas en detectar y reaccionar al riesgo y que asuman, especialmente en tiempos de aumento de la demanda y de austeridad financiera, que la atención a menudo se proporciona en condiciones de trabajo complicadas. Estos tres modelos complementarios son: control del riesgo; vigilancia, adaptación y respuesta; y atenuación. Los profesionales sanitarios, los gestores y otros muchos actúan a diario para gestionar el riesgo pero, curiosamente, esto en general no se contempla como seguridad del paciente. Tenemos que encontrar una perspectiva que aúne los diferentes modos de gestionar el riesgo y la seguridad en un amplio marco común. Las estrategias de optimización mejoran la eficacia y otros aspectos de la calidad en la misma medida que mejoran la seguridad. En cambio, las estrategias de control del riesgo, adaptación y recuperación están más centradas en mejorar la seguridad.

En los capítulos 7, 8, y 9 exploramos el empleo y el valor de este esquema de trabajo y analizamos cómo debería plantearse la seguridad

en los hospitales, en la atención primaria y en la domiciliaria, poniendo especial atención en la seguridad en el domicilio. Nos ha resultado difícil hacer los hospitales seguros, incluso con unos trabajadores altamente cualificados y un marco normativo relativamente potente. Trataremos además, de llegar a unos estándares de seguridad similares con unos trabajadores en su mayoría sin formación (los pacientes y sus cuidadores), en niveles asistenciales no diseñados para la asistencia sanitaria y prácticamente sin supervisión alguna. Esto puede suponer un reto.

Creemos que ahora se hace necesaria una perspectiva más amplia de la seguridad del paciente. Sin embargo, en el capítulo 10 explicamos que los cambios que se avecinan en la naturaleza, las prestaciones y los tipos organizativos hacen que la transición sea aún más apremiante. La asistencia sanitaria del futuro, en la que la prestación de la atención será mucho mayor en los hogares, bajo el control directo del paciente, exigirá un nuevo planteamiento de la seguridad del paciente, obligatoriamente centrada en éstos y en su entorno más que en los profesionales y el contexto hospitalario. Los análisis sobre las nuevas tecnologías y las posibilidades que ofrecen para una atención al paciente prestada a domicilio suelen estar marcados por un optimismo desenfrenado, sin consideración alguna de los nuevos riesgos que surgirán o de la carga potencial que impondrá en los pacientes, su familia y sus cuidadores, según vayan asumiendo responsabilidades cada vez mayores. El nuevo escenario conllevará grandes ventajas, pero también nuevos riesgos, que serán especialmente importantes durante el período de transición. Para un paciente activo, con una única enfermedad crónica, la autonomía y el control sobre su tratamiento pueden ser una ventaja incuestionable, siempre que se pueda disponer de profesionales cuando sea necesario. Cuando el paciente es más anciano, frágil o vulnerable, la estimación del riesgo y el beneficio puede resultar muy diferente.

En los dos capítulos finales, reunimos todo el material y presentamos un compendio de todas las estrategias e intervenciones de seguridad analizadas en el libro. La consideramos una «taxonomía incompleta», ya que somos conscientes de que, si este modelo se acepta, aún quedará mucho por hacer para trazar el panorama de estrategias e intervenciones. Estas intervenciones pueden ser seleccionadas, combinadas y adaptadas en función del nivel asistencial. Confiamos en que este esquema ayudará a los

dirigentes de primera línea, a las instituciones, a quienes establecen las normativas y al gobierno a concebir una estrategia general para la gestión de la seguridad en vista de la austeridad y la demanda crecientes. En el último capítulo, proponemos algunas indicaciones y repercusiones inmediatas para los pacientes, el personal clínico y los directivos, los ejecutivos y las juntas directivas, y para aquellos que se ocupan de las regulaciones y políticas. Las presiones económicas y la demanda creciente a menudo pueden hacer que las instituciones desvíen su atención de la mejora de la seguridad y la calidad, que, temporalmente, se pueden convertir en problemas secundarios. En cambio, creemos que las presiones económicas generan nuevas crisis en la seguridad y que se necesita con urgencia un modelo integrado de la gestión del riesgo.

Sabemos que estas ideas necesitan ser puestas a prueba en la práctica y que la prueba definitiva es si este modelo nos guiará en una dirección que sea útil para los pacientes. Tenemos la absoluta convicción de que nuestras propuestas sólo pueden hacerse efectivas si una comunidad de personas se aúna para profundizar en las ideas y las consecuencias.

OXFORD, REINO UNIDO
PARÍS, FRANCIA

CHARLES VINCENT
RENÉ AMALBERTI

Índice

Presentación de la edición española	7
PRÓLOGO	11
¿Cómo se gestó este libro?	12
La estructura del libro	13
I. AVANCES Y RETOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	25
Avances en seguridad del paciente	25
El daño se ha definido de una forma demasiado restringida	30
La seguridad es un blanco móvil	31
Sólo se ha abordado parte del sistema sanitario	32
Abordamos la seguridad del mismo modo en todos los niveles	34
Nuestro modelo de intervención es limitado	35
La asistencia sanitaria está cambiando	37
Referencias	41
2. LO IDEAL Y LO REAL	43
Las realidades del día a día en la atención sanitaria	
Comparar la asistencia real con la asistencia que persiguen las guías	44
Fiabilidad de los sistemas clínicos del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico	46
Cumplir las normas: la fiabilidad de la conducta humana	46
Lo ideal y lo real: cinco estándares de atención	49
El efecto acumulativo de la atención de calidad insuficiente	53
Es fundamental un debate explícito sobre el estándar real de la atención	56
¿Qué impacto tiene la mejora de los estándares de calidad?	58
Estándares de atención y estrategias para la mejora de la seguridad	59
Referencias	61

3. MODELOS DE SEGURIDAD: NO A TODO LE VALE LA TALLA ÚNICA	65
Modelos de gestión del riesgo y las amenazas:	
aceptar, gestionar o evitar	66
Tres modelos de gestión del riesgo	68
Aceptar el riesgo: el modelo ultraadaptativo	67
Gestionar el riesgo: el modelo de alta fiabilidad	71
Evitar el riesgo: el modelo ultraseguro	72
Normas y adaptación	73
¿Cuántos modelos para la asistencia sanitaria?	74
Pasar de un modelo a otro	76
Consideraciones sobre el ideal de seguridad	78
Referencias	80
4. CONTEMPLAR LA SEGURIDAD	
A TRAVÉS DE LOS OJOS DEL PACIENTE	83
¿A qué nos referimos cuando hablamos de daño?	85
La seguridad y la calidad de la atención	
a través de los ojos del paciente	87
La seguridad a través de los ojos del paciente	90
El paciente tiene, potencialmente, la mejor visión	
de conjunto	91
La visión de los profesionales sanitarios	
es forzosamente incompleta	91
Los recursos del paciente y su familia son fundamentales	
para una atención segura	91
La coordinación de la atención es uno de los principales	92
problemas en materia de seguridad	92
Reconsiderar la seguridad del paciente	92
Referencias	95
5. LAS CONSECUENCIAS PARA EL ANÁLISIS DE INCIDENTES	97
¿Qué pretendemos aprender cuando analizamos	
los incidentes?	97
Los conceptos principales de ALARME	101
Elegir el análisis de problemas importantes para los pacientes	102

Ampliar el marco temporal del análisis: examinar el itinerario del paciente	105
Logros y fallos en la detección y la recuperación	109
Adaptar el análisis al contexto	111
Referencias	113
6. ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD	115
¿Qué opciones tenemos para mejorar la seguridad?	116
Cinco estrategias de seguridad	117
Estrategia I: la seguridad como práctica óptima	118
Estrategia II: mejora de los procesos y sistemas de trabajo	121
Estrategia III: control de riesgos	123
Estrategia IV: vigilancia, adaptación y respuesta	126
Estrategia V: atenuación	129
Innovación	131
Selección y adaptación de estrategias al contexto clínico	133
Referencias	136
7. ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES	139
Un poco de historia	139
El entusiasmo de los primeros años: 1995-2002	140
La llegada del profesionalismo: 2002-2005	141
La cultura de seguridad, las intervenciones polifacéticas y el trabajo en equipo: 2005-2011	141
Consideraciones sobre la seguridad en los hospitales	142
La seguridad en el hospital: diferenciar las estrategias actuales de las futuras	143
La seguridad como práctica óptima	146
Mejorar el sistema	147
Reducir la carga del personal: simplificación y reorganización eliminando lo innecesario	147
Control de riesgos	149
Control de la medicación	150
La posibilidad de controles «Go y No go» (continuar /parar) en cirugía	150

Establecer límites en la asistencia	151
Vigilancia, adaptación y respuesta	152
La familia y los pacientes como detectores de problemas	153
Formación del equipo en vigilancia, adaptación y respuesta	154
Reuniones informativas («briefing and debriefing»), prácticas para el traspaso del paciente y rondas de seguridad	154
Atenuación	155
Sistemas de apoyo para el personal y los pacientes	155
Factores determinantes de carácter normativo y político de los modelos de seguridad	157
La seguridad en contexto: los diversos entornos hospitalarios	160
Referencias	163
 8. ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA	167
El envejecimiento de la población y el aumento de la asistencia domiciliaria	168
Los retos de la prestación de asistencia sanitaria domiciliaria	169
Las amenazas de la asistencia domiciliaria: nuevos riesgos, nuevos retos	170
Lesiones accidentales en el hogar	171
Eventos adversos en la asistencia domiciliaria	171
Eventos adversos por medicamentos	172
Riesgos para la familia y otros cuidadores	172
Problemas de transición y coordinación	173
Influencias en la seguridad de la asistencia sanitaria prestada en el hogar	174
La situación socioeconómica adquiere mucha más importancia	174
El ámbito doméstico como factor de riesgo	175
Responsabilidades crecientes de los cuidadores	176
La formación y la experiencia de los auxiliares de la asistencia domiciliaria	178
El modelo fragmentado de los profesionales sanitarios	179
Estrategias e intervenciones de seguridad en el domicilio	179
Estrategias de optimización en la asistencia domiciliaria: práctica óptima y mejora del sistema	180

La planificación del alta hospitalaria	
y la transición del hospital al domicilio	181
Formación de pacientes y cuidadores	182
Estrategias de control de riesgos en la asistencia domiciliaria	183
Estrategias de vigilancia, adaptación y respuesta en la asistencia domiciliaria	185
Detectar el deterioro	186
Atenuación	188
Las responsabilidades crecientes de los cuidadores	189
Estrategias de atenuación en la hemodiálisis domiciliaria	190
Consideraciones sobre la seguridad en la asistencia domiciliaria	190
Referencias	193
 9. ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	199
Retos para la atención primaria	201
La naturaleza del riesgo en la atención primaria	202
Error y daño en atención primaria	202
Errores diagnósticos	203
La seguridad como práctica óptima	205
Mejorar el sistema	207
Estrategias de control de riesgos	219
Control mediante la valoración de la competencia	210
Control de las amenazas	210
Vigilancia, adaptación y respuesta	212
Desarrollo de un modelo más sistemático para la conducta expectante (o espera vigilante)	212
Mejorar las transiciones entre el hospital y la atención primaria	215
Atenuación	217
Consideraciones sobre la atención primaria	218
Referencias	221
 10. NUEVOS RETOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	225
La mutable naturaleza de la asistencia sanitaria	225
Mejora de la seguridad en algunos entornos	228

Nuevos retos para la seguridad del paciente	229
Creciente complejidad	229
Los retos y los riesgos de la coordinación de la atención	230
Las ventajas y los riesgos de la selección	231
Las ventajas y los riesgos de la informática	232
La carga de la asistencia sanitaria: impacto en los pacientes y los cuidadores	233
Una revolución global en lugar de una revolución local	235
Referencias	238
II. UN COMPENDIO DE ESTRATEGIAS	
E INTERVENCIONES DE SEGURIDAD	241
Contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente	242
Análisis de los beneficios y los daños a lo largo del itinerario de paciente	243
La seguridad del paciente y la gestión de riesgos a lo largo del tiempo	245
La adopción de un abanico de modelos de seguridad	246
Desarrollar un abanico más amplio de estrategias de seguridad	249
Un compendio de estrategias de seguridad	251
Referencias	257
I2. LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA VIDA REAL	259
Repercusiones para los pacientes, los cuidadores y las familias	259
Repercusiones para los gestores y el personal clínico de primera línea	261
Repercusiones para los ejecutivos y las juntas directivas	263
Repercusiones para los organismos sanitarios y el Gobierno	266
Orientaciones futuras para la investigación y el ejercicio	268
Reconocimientos y agradecimientos	271

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1	Evolución en la seguridad del paciente a lo largo de dos décadas	28
Tabla 5.1	El esquema ALARM/LONDRES de factores contribuyentes	100
Tabla 5.2	Características nuevas de ALARME	104
Tabla 6.1	La seguridad como práctica óptima: aspirar a los estándares	119
Tabla 6.2	Mejora del sistema sanitario y de los procesos	121
Tabla 6.3	Control de riesgos	114
Tabla 6.4	Mejorar la capacidad de vigilancia, adaptación y respuesta	124
Tabla 6.5	Atenuación	129
Tabla 7.1	La elección de las estrategias de seguridad en la atención hospitalaria	161
Tabla 8.1	Lista de verificación de seguridad de condiciones peligrosas en el domicilio	176
Tabla 9.1	Esquema TEMPO para la atención primaria	214
Tabla 11.1	Un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad	252

LISTA DE FIGURAS

Fig. 2.1	Cinco estándares de atención	53
Fig. 2.2	Optimización y gestión del riesgo	57
Fig. 3.1	Tres modelos opuestos de gestión del riesgo	67
Fig. 4.1	Cuatro itinerarios del paciente	88
Fig. 4.2	Variación de los estándares de la atención a lo largo del tiempo	90
Fig. 5.1	Análisis de la seguridad a lo largo del itinerario del paciente	102
Fig. 5.2	Un caso analizado con ALARME	108
Fig. 6.1	Análisis, contexto y estrategias	134
Fig. 7.1	Mejorar los sistemas reduce la necesidad de adaptación	145
Fig. 7.2	Guías para una fractura del cuello del fémur en las primeras 24 horas	148
Fig. 7.3	Estrategias de seguridad en la atención perioperatoria en Europa y en los Estados Unidos	159

1

Avances y retos en seguridad del paciente

SALVO EL TRABAJO DE ALGUNOS PRECURSORES EN EL TEMA, HACE VEINTICINCO AÑOS EL CAMPO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE NO EXISTÍA, Y LA FALTA DE INVESTIGACIÓN Y DE ATENCIÓN A LOS ACCIDENTES MÉDICOS PODRÍA CALIFICARSE, LEGÍTIMAMENTE, COMO NEGLIGENTE (Vincent 1989). Hoy en día existen una aceptación y una concienciación generalizadas sobre el problema del daño médico y, en la última década, han sido considerables los esfuerzos realizados para mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria. Sin embargo, el avance ha sido más lento de lo que se anticipó originalmente y el optimismo inicial ha dado paso a una perspectiva más realista a largo plazo. Se ha producido un progreso importante, sin duda, pero creemos que los avances futuros, sobre todo en el sistema general de asistencia sanitaria, exigirán una perspectiva más amplia de la seguridad del paciente. En este capítulo repasaremos brevemente los avances en materia de seguridad del paciente y vamos a analizar los que creemos serán los principales retos de cara al futuro.

AVANCES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con la gran atención que se le da hoy en día a la seguridad del paciente resulta fácil que olvidemos lo complicado que era en los primeros años conseguir informes claros de daños al paciente y, más aún, explicarlos y analizarlos. La principal fuente de información eran los expedientes médico jurídicos, más orientados a la compensación que a la seguridad (Lee y Domino 2002). Ahora, en cambio, las anamnesis y los análisis y comentarios que las acompañan están al alcance de todos. Los análisis de incidentes se realizan hoy en día de forma rutinaria, aunque a menudo se hacen en un contexto de responsabilidad en lugar de con ánimo de reflexión y aprendizaje.

En muchos países se han obtenido significativos avances en la valoración de la naturaleza y la escala del daño. Los resultados ofrecidos por los principales estudios de revisión de historias clínicas están ampliamente aceptados (DeVries et al. 2008) y muchas otras investigaciones han catalogado la naturaleza y el alcance de los eventos adversos de la cirugía, las infecciones, los eventos adversos por medicamentos y otros problemas de seguridad. La valoración y la supervisión de la seguridad siguen constituyendo un reto, pero, no obstante, sí se han producido avances en la formulación de indicadores fiables de las condiciones de seguridad (Vincent et al. 2013, 2014)

Los análisis de incidentes de seguridad han revelado una amplia gama de factores contribuyentes y que el personal es con frecuencia heredero de los problemas del sistema en su integridad (Reason 1997). No obstante, algunos problemas de seguridad pueden vincularse al desempeño deficiente de los individuos, ya sea premeditado o debido a la enfermedad o a la incapacidad (Francis 2012). Tanto las instituciones como los individuos están ahora más regulados y todo profesional sanitario tiene en este momento la obligación clara de informar del desempeño sistemáticamente deficiente de un compañero. Es sumamente recomendable llamar la atención sobre los problemas de seguridad, aunque muchos de los que los denuncian aún son tratados con desprecio y perseguidos por ello. Todos estos avances demuestran una creciente preocupación por la seguridad y la determinación de mejorar los estándares básicos.

También se han hecho progresos en la localización y comprensión de las cuestiones referentes a la seguridad. Por ejemplo, hace mucho que se identificó que la cirugía era el origen de un elevado porcentaje de eventos adversos evitables. Hace diez años, la mayor parte de estos eventos se habrían considerado como inevitables o atribuibles, por lo general equivocadamente, a una práctica personal deficiente (Calland et al. 2002; Vincent et al. 2014). Los estudios de los fallos en el proceso, la comunicación, el trabajo en equipo, las interrupciones y las distracciones han identificado diversas vulnerabilidades en la atención quirúrgica. Dada la falta de fiabilidad inherente al sistema, ahora resulta insólito que se produzcan tan pocos eventos adversos, lo que seguramente es una prueba de la resiliencia y la capacidad de recuperación del personal

clínico (Wears et. al. 2015). Hoy en día, muchas unidades quirúrgicas han comenzado a ir más allá de las indudables ventajas de los listados de verificación para considerar el sistema quirúrgico en general y la necesidad de perfeccionar la comprensión del trabajo en equipo tanto en el quirófano como dentro del sistema sanitario (DeVries et al. 2010).

Una gran cantidad de intervenciones de diversos tipos ha demostrado que los errores pueden reducirse y que es posible lograr procesos más fiables. Se ha probado que, en niveles asistenciales específicos, intervenciones como la introducción informática de los registros, la estandarización y la simplificación de los procesos y la sistematización del traspaso asistencial mejoran la fiabilidad y, en algunos casos reducen los daños. Sin embargo, son relativamente escasos los ejemplos que podemos aportar de intervenciones a gran escala que hayan tenido un impacto demostrable en la seguridad del paciente; las dos excepciones más notables son la reducción de infecciones de las vía centrales en Michigan y la introducción de los listados de verificación de la oms (Pronovost et al. 2006; Haynes et al. 2009) (Tabla 1.1).

Aunque algunas intervenciones específicas han resultado efectivas, la mejora de la seguridad entre instituciones ha resultado mucho más difícil. La Iniciativa para Mejorar la Seguridad de los Pacientes del Reino Unido, que contó con la participación de algunos de los pioneros más reconocidos de este campo, fue uno de los programas de intervención de mayor alcance y más detalladamente estudiado. El programa tuvo éxito en muchos sentidos, porque hizo que el personal cobrara nuevas energías y se comprometiera y generó focos de mejoras duraderas. No obstante, no logró mostrar cambios a gran escala en diversos parámetros de cultura, procedimientos y resultados (Benning et al. 2011). De igual modo, en general, cuando los estudios han intentado evaluar la seguridad en un sistema sanitario como un todo, los resultados han sido decepcionantes. Los estudios de revisión de historias clínicas longitudinales no han mostrado mejoras en la seguridad del paciente, aunque, recientemente, en los Países Bajos se han obtenido resultados alentadores (Landrigan et al. 2010; Michel et al. 2011; Baines et al. 2015)

Tabla 1.1 Evolución en la seguridad del paciente a lo largo de dos décadas

	¿Dónde estábamos? (1995)	¿Dónde estamos ahora? (2015)
Bases	Notificación de incidentes, mejora continua y desarrollo de una práctica óptima	Fundamentalmente sin cambios. Mayor aplicación y empleo de los modelos de seguridad industriales, mayor atención al análisis de casos, aprendizaje y retroalimentación
Definición	El daño se define desde un punto de vista profesional, con origen en una perspectiva médico jurídica y del ámbito de las aseguradoras. Concepción restringida de los accidentes, asociación directa entre la atención técnica y el daño	La seguridad del paciente aún se vincula a una perspectiva médico jurídica. Más amplia comprensión del error humano y de las influencias organizativas
Perímetro de inclusión	Dominio de una visión técnica de la atención, mejora de los protocolos clínicos como prioridad en la mejora de la seguridad	Reconocimiento de la importancia de los factores humanos y de las ciencias humanas. Los factores organizativos y la cultura de seguridad son prioridades complementarias en el campo de la seguridad
Medida	Recuento de incidentes y de eventos adversos	En gran medida sin cambios

En comparación con la situación de hace diez años, ahora contamos con una buena comprensión de la fenomenología del error y el daño, una considerable cantidad de datos epidemiológicos, algunos conocimientos sobre las causas del daño y pruebas sobre la eficacia teórica de determinadas intervenciones y de la eficacia real de un puñado de ellas. No tenemos pruebas definitivas de grandes cambios duraderos o de una mejora generalizada en la seguridad de los sistemas sanitarios. En general, los avances

resultan aceptables, si no espectaculares. Dado el nivel de recursos asignados a la seguridad, aún minúsculos en comparación con aquéllos destinados a la biomedicina, los avances resultan moderadamente buenos.

Creemos que el concepto de seguridad del paciente con el que estamos trabajando es demasiado restringido y que para poder avanzar en el futuro, especialmente fuera de los hospitales, será necesaria una perspectiva más amplia. En el resto de este capítulo presentamos algunos desafíos y problemas que creemos tienen una particular importancia. Éstos proporcionan tanto la motivación para nuestro trabajo en común como también una introducción a nuestro planteamiento.

Cuadro 1.1 Términos y conceptos en materia de seguridad

El término «error médico» se ha empleado de diferentes formas, a menudo como una manera útil para referirse a un resultado deficiente. Usamos el término error en su sentido cotidiano, como una opinión retrospectiva de que la acción u omisión de un individuo no obtuvo el desenlace deseado. Usamos el término fiabilidad cuando nos referimos al análisis de procesos y sistemas en lugar de las acciones llevadas a cabo por personas.

Los objetivos del movimiento de seguridad del paciente pueden enunciarse de distintas formas:

- Reducir el daño, tanto físico como psicológico, a los pacientes.
- Eliminar el daño evitable.
- Reducir el error médico.
- Mejorar la fiabilidad.
- Lograr un sistema seguro.

Todos ellos son objetivos deseables, pero son ligeramente distintos. Lo que proponemos es que el objetivo principal debe ser evitar o al menos reducir el daño a los pacientes, aunque admitimos que el concepto de daño es difícil de definir y que otros objetivos son también válidos. Más adelante en este libro propondremos que la manera más productiva de abordar la seguridad del paciente es considerarla como la gestión del riesgo a lo largo del tiempo para maximizar el beneficio y minimizar el daño a los pacientes en el sistema sanitario.

EL DAÑO SE HA DEFINIDO DE UNA FORMA DEMASIADO RESTRINGIDA

Coincidimos con aquellos que quieren proporcionar una visión de la seguridad más positiva (Hollnagel 2014). El modelo punitivo adoptado a veces por los gobiernos, los legisladores y los medios de comunicación es, en su mayoría, profundamente injusto y dañino. La asistencia sanitaria, aunque enormemente beneficiosa, también es, como otras muchas industrias importantes, intrínsecamente peligrosa. Tratar a los pacientes de forma segura, así como de manera efectiva, debe ser considerado como un logro y debe celebrarse.

No tenemos reparo alguno, sin embargo, en seguir centrándonos en el daño como la piedra de toque y la motivación para nuestro trabajo. Toleramos los errores y los problemas en la atención que recibimos, hasta cierto punto al menos, siempre y cuando no se nos produzca un daño y los beneficios generales claramente superen los problemas que podamos encontrarnos. Muchos errores no producen daño alguno y puede que incluso sean necesarios de cara al aprendizaje y al mantenimiento de la seguridad. Por ejemplo, los cirujanos pueden cometer varios errores de menor importancia durante un procedimiento, de los cuales ninguno pone en peligro el resultado de la operación. La seguridad del paciente, sobre todo los estudios a gran escala de eventos adversos, tiene su origen en el concepto médico jurídico del daño. Ahora, en general, hemos distinguido el concepto de daño del de negligencia, lo que es un logro importante, aunque aún tendamos a pensar en la seguridad como en la ausencia de eventos perjudiciales o potencialmente perjudiciales específicos (Runciman et al. 2009). El daño también se puede derivar de la pérdida de oportunidad debida a una combinación de atención y coordinación deficientes tanto en el hospital como en la transición desde la atención primaria o a lo largo de un extenso período de tiempo en el ámbito extrahospitalario. Cada vez tenemos más pruebas de que muchos pacientes sufren daño, en el sentido de que su enfermedad progresa sin ser tratada debido al error diagnóstico y a los retrasos (Graber 2013; Singh et al. 2014). En algunos niveles asistenciales esto se considerará sólo como una atención de calidad deficiente que se encuentra por debajo de los estándares aceptados. Pero para el paciente, un fallo grave puede

ocasionar que no se le trate o que no se identifique su enfermedad y, desde su perspectiva, que se produzca daño.

Creemos que es demasiado restringido centrarse, como hacemos actualmente, en los incidentes y en los eventos específicos y que necesitamos plantearnos el daño de manera mucho más amplia y dentro del contexto general de los beneficios del tratamiento. Según avance el libro, nos esforzaremos en elaborar una perspectiva diferente, más arraigada en la experiencia de los pacientes. Como pacientes, para nosotros la cuestión fundamental es sopesar los beneficios y los daños potenciales que pueden ser, o no, evitables. Aunque sin duda queremos evitar los incidentes con daño, lo que en última instancia nos preocupa más es la relación resultante a largo plazo entre beneficio y el daño en el curso de meses o años o incluso de toda la vida.

LA SEGURIDAD ES UN BLANCO MÓVIL

En muchos sentidos, la seguridad es un blanco en continuo movimiento. Al mejorarse los estándares y aumentar la preocupación por la seguridad dentro de un sistema, la cantidad de eventos que se considerarán como problemas de seguridad será mayor. Ciertamente, la innovación y la mejora de los estándares generan nuevas formas de daño, puesto que surgen nuevos modos en que el sistema sanitario puede fallar a los pacientes.

En la década de 1950 se reconocieron muchas de las complicaciones en la asistencia sanitaria, al menos por algunos, pero en gran medida se consideraron como las consecuencias inevitables de la intervención médica (Sharpe y Faden 1998). Paulatinamente, ciertos tipos de incidentes han empezado a contemplarse como inaceptables y potencialmente evitables. El ejemplo más claro de los últimos tiempos es el de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, que ya no se consideran un desgraciado efecto secundario de la asistencia sanitaria. Debido a una mayor comprensión de los procesos subyacentes, los mecanismos de transmisión y los métodos de prevención, unida a una mayor presión pública y normativa, este tipo de infecciones han pasado a ser inaceptables tanto para los pacientes como para los profesionales (Vincent y Amalberti 2015).

En los últimos diez años, dado que son más los tipos de daño que han empezado a considerarse como evitables, los límites de la seguridad del paciente se han ampliado. Hoy en día, una mayor cantidad de eventos perjudiciales se consideran «inaceptables». Además de las infecciones, podríamos incluir ahora, en el sistema nacional de salud británico (NHS, por sus siglas en inglés), las escaras de decúbito, la caídas, el tromboembolismo venoso y las infecciones urinarias asociadas con catéter. En el Reino Unido, el Informe Francis sobre el Mid Staffordshire NHS Foundation Trust destacó otros riesgos para los pacientes, como la malnutrición, la deshidratación y el síndrome confusional; todos ellos se consideran hoy en día problemas de seguridad. También es preciso que consideremos las reacciones adversas a los medicamentos que se producen en el ámbito extrahospitalario y que causan ingreso en el hospital, la polimedicación excesiva y el daño general derivado del sobretratamiento. Puede que en el pasado ya lamentáramos todos estos eventos, pero en este momento están recibiendo una mayor atención ya que se están analizando bajo el campo aglutinador de la seguridad.

Por lo dicho, el perímetro o límites de la seguridad se están ampliando, pero esto no significa que la asistencia sanitaria sea ahora menos segura. La preocupación por la seguridad, presente desde hace mucho tiempo en especialidades como la anestesia y la obstetricia, indica claramente los altos estándares que se han logrado en estas especialidades. La seguridad es aspirar a una mejor atención, y etiquetar un problema, como un problema de seguridad es hacer un llamamiento, con gran capacidad de motivación y, a veces, con gran carga emocional, a que tales desenlaces no puedan y no deban tolerarse (Vincent y Amalberti [2015](#)).

SÓLO SE HA ABORDADO PARTE DEL SISTEMA SANITARIO

La seguridad del paciente ha evolucionado y se ha desarrollado en el ámbito de la atención hospitalaria. Los conocimientos con los que contamos sobre la epidemiología del error y el daño, las causas y los factores que contribuyen a éstos y las soluciones potenciales pertenecen, casi en su totalidad, al ámbito del hospital. Los conceptos que han orientado los estudios sobre seguridad en los hospitales siguen siendo relevantes en

atención primaria y en la atención en el domicilio, pero puede que se necesiten nuevas clasificaciones y modelos para estas formas de prestación de la asistencia sanitaria más diferenciadas (Brami y Amalberti 2010; Amalberti y Brami 2012).

La atención proporcionada en el domicilio del paciente es un importante ámbito de prestación de la asistencia sanitaria, pero la cuestión de la seguridad del paciente en el hogar no ha sido abordada de manera sistemática. El ámbito doméstico puede plantear considerables riesgos para los pacientes, mayores, en algunos casos, a los del ámbito hospitalario. Es probable que la seguridad en el contexto de la asistencia domiciliaria requiera unos conceptos, modelos y soluciones distintos a los desarrollados en el ámbito del hospital. Esto se debe a los diferentes entornos, funciones, responsabilidades, estándares, supervisión y contexto normativo en la asistencia domiciliaria. Las diferencias fundamentales son que los pacientes y sus cuidadores son autónomos y que cada vez asumen más cometidos profesionales y se convierten en la fuente potencial del error, en lugar de los profesionales sanitarios. Además, situaciones como la mala iluminación que pueden ser estresantes y potencialmente peligrosas, en el domicilio, hacen que las circunstancias socioeconómicas cobren mucha más importancia.

Tanto en la atención primaria como en la domiciliaria, los riesgos para los pacientes son muy distintos de aquellos que tienen lugar en el hospital, y están mucho más relacionados con los errores por omisión en la atención, la falta de supervisión durante largos períodos de tiempo y falta de acceso a la atención. Estas áreas tradicionalmente no entraban dentro del campo de la seguridad del paciente, pero son sin duda fuente de daño potencial. El concepto de incidente de seguridad del paciente, e incluso el de evento adverso, fracasa en estos ámbitos o, al menos, se fuerza al máximo. Supongamos, por citar sólo un ejemplo, que un paciente es hospitalizado tras tomar una dosis incorrecta de warfarina durante 4 meses. La hospitalización puede ser considerada como un incidente o como un evento adverso evitable. Estas descripciones, sin embargo, a duras penas hacen justicia a los cuatro meses de debilidad en aumento y mala salud que culminan con un ingreso hospitalario. En realidad, la hospitalización es el comienzo del proceso de recuperación y un indicio de que el sistema sanitario está, finalmente, satisfaciendo las necesidades del paciente.

Es necesario considerar este episodio no como un incidente aislado sino como un fallo desarrollado y prolongado en la atención que se le ha prestado a esta persona.

ABORDAMOS LA SEGURIDAD DEL MISMO MODO EN TODOS LOS NIVELES

En cualquier debate sobre el valor que tiene aprender de la aviación comercial y de la comparación de los distintos modelos de seguridad en diferentes sectores habrá inevitablemente alguien que nos diga: «Pero nosotros no somos la aviación». Claro que no, la asistencia sanitaria no es igual a la aviación de ninguna manera obvia. Pero algunos aspectos de la asistencia sanitaria son comparables a algunos aspectos de la aviación. Una intervención quirúrgica no tiene mucho en común con un vuelo comercial, pero el proceso de verificación previo al vuelo es comparable al proceso de verificación previo a la cirugía, y por ello resulta instructivo estudiar cómo gestiona la aviación estas comprobaciones.

Es importante oponerse a la comparación simple. La seguridad en la asistencia sanitaria tiene que abordarse de manera diferente a la seguridad en la aviación comercial. Transferir las estrategias de seguridad industrial a la asistencia sanitaria exige, como mínimo, una adaptación importante; la gestión de los recursos de la tripulación sirvió de inspiración para los equipos quirúrgicos y de anestesistas, pero la formación a los equipos quirúrgicos ha desarrollado ahora su propio estilo e historia (Gaba 2000; Sevdalis et al. 2009). En la actualidad tenemos que dar un paso más y considerar una cuestión aún más importante: puede que sea necesario abordar la seguridad de manera diferente en diferentes áreas de la asistencia sanitaria. Están surgiendo modelos para especialidades específicas (Croskerry et al. 2009), pero los modelos, los métodos y las intervenciones con frecuencia no distinguen entre distintos ámbitos.

La asistencia sanitaria es un entorno especialmente complejo. Podríamos decir que la asistencia sanitaria es 20 industrias distintas bajo una sola denominación. Pensemos por ejemplo en el ámbito hospitalario con distintos tipos de trabajo, muchas profesiones diferentes y condiciones de trabajo muy diversas entre los entornos clínicos. Existen áreas con una atención

sumamente estandarizada, como la farmacia, la radioterapia, la medicina nuclear y gran parte del proceso de transfusión sanguínea. Todos ellos están sumamente estandarizados y dependen en gran medida de la informática. Dentro del ámbito hospitalario, mucho más caótico, hay áreas de fiabilidad. Los estándares y los protocolos en la planta proporcionan un significativo control de las amenazas (como las infecciones por falta de higiene de las manos), pero las condiciones del día a día requieren flexibilidad y adaptación constantes. Otros departamentos del hospital, como el servicio de urgencias, tienen que enfrentarse continuamente a volúmenes de pacientes y de trabajo imprevisibles, su actividad exige considerable adaptación hora a hora, debido a la enorme variedad de pacientes, la complejidad de sus afecciones y la vulnerabilidad del sistema sanitario.

Los riesgos y la naturaleza del trabajo cambian en todos esos niveles asistenciales. A pesar de ello estamos utilizando básicamente los mismos conceptos, las mismas herramientas analíticas, el mismo conjunto de intervenciones en todos ellos. Muchos de estos modelos pueden ser adaptados y ajustados a los diferentes ámbitos. Sin embargo, como argumentaremos más tarde en este libro, el riesgo tiene que gestionarse de manera muy diferente en entornos diferentes y el modelo de, por ejemplo, la aviación comercial es muy distinto al de los profesionales que trabajan en entornos de riesgo más variables, como los bomberos. En la asistencia sanitaria es posible que tengamos que adaptar nuestro modelo de seguridad según la naturaleza y las condiciones de trabajo y que tengamos que usar diferentes modelos de seguridad de fondo.

NUESTRO MODELO DE INTERVENCIÓN ES LIMITADO

Las mejoras de seguridad más espectaculares obtenidas hasta ahora han sido aquellas que estaban fuertemente centradas en una cuestión asistencial central y en una escala temporal relativamente reducida. Estas intervenciones, tales como las listas de verificación de seguridad quirúrgica y el control de las infecciones de las vías centrales, no son ni mucho menos sencillas, en el sentido de que sólo han tenido éxito gracias a un elaborado modelo de compromiso clínico y puesta en práctica. La mejora en sistemas más generales puede extenderse a la trayectoria completa del

paciente. Por ejemplo, el establecimiento del sistema de seguridad del paciente quirúrgico (SURPASS, por su abreviatura en inglés) con el uso de las listas de verificación y otras mejoras en la comunicación a lo largo de todo el protocolo quirúrgico mostró una reducción en las complicaciones quirúrgicas (De Vries et al. 2010). Los códigos de barras y otros sistemas han aumentado enormemente la fiabilidad de los sistemas de transfusión de sangre, mejorando cada paso del proceso de manera gradual (Murphy et al. 2013).

No obstante, debemos tener cuidado para que no todas las intervenciones futuras de seguridad se hagan a imagen y semejanza de nuestros logros más evidentes. En este momento, la atención se centra principalmente en desarrollar intervenciones que se dirijan a daños concretos o a mejorar la fiabilidad de puntos específicos de un proceso asistencial. Este modelo, completamente aceptable, está progresando para incluir la fiabilidad de protocolos asistenciales integrales o de áreas de la atención (como las consultas externas). Argumentaremos, sin embargo, que además de mejorar la fiabilidad también es necesario elaborar estrategias proactivas para la gestión del riesgo de manera continua, en especial en los entornos menos controlados. Existe también una clase de estrategias y de intervenciones, sobre todo aquellas que se centran en detectar y responder a las desviaciones, que son especialmente cruciales para evitar el daño a los pacientes. Estos modelos no tienen un papel tan destacado entre los recursos clásicos de la calidad y la seguridad.

También tenemos que reconocer que la seguridad, para una persona o una organización, es sólo uno de entre varios objetivos. Por ejemplo, muchos deportes implican un factor de riesgo y de daño potencial. Cuando nos convertimos en pacientes, obligatoriamente tenemos que aceptar los riesgos de la asistencia sanitaria para lograr otros objetivos. De la misma manera no es posible que una institución sanitaria trate la seguridad como si fuera su único objetivo, incluso aunque la declare su «prioridad número uno». Forzosamente, la seguridad es siempre una de las consideraciones de una empresa más amplia, tanto en la asistencia sanitaria como en cualquier otro campo. Tal como lo expresó un directivo de la industria del petróleo: «La seguridad no es nuestra máxima prioridad. Sacar petróleo del terreno es nuestra prioridad». No obstante, cuando hay un conflicto entre seguridad y productividad, entonces la

seguridad viene primero (Vincent 2010). Del mismo modo, en la asistencia sanitaria el objetivo principal es prestar asistencia sanitaria al mayor número de personas con un coste razonable, pero esto tiene que lograrse del modo más seguro posible.

LA ASISTENCIA SANITARIA ESTÁ CAMBIANDO

Hemos expuesto que, por distintas razones, necesitamos ampliar nuestra perspectiva de la seguridad del paciente. Este razonamiento se basa en nuestro conocimiento y comprensión de los sistemas sanitarios actuales. Sin embargo, también creemos que la rápida evolución de la asistencia sanitaria, unida a la creciente presión financiera, hace que buscar una nueva perspectiva sea aún más urgente.

Los resultados de la atención sanitaria han mejorado rápidamente en todo el mundo. Ahora, las personas sobreviven a enfermedades como el infarto de miocardio o la embolia cerebral, que en otro tiempo era mortales. Al tiempo que mejora la eficacia de la asistencia sanitaria, aumenta el número de pacientes que envejece con enfermedades controladas. Los pronósticos actuales sugieren que en 2030 hasta un 25% de la población de muchos países podría vivir hasta superar los noventa años. En muchas ocasiones una enfermedad que antes era mortal se ha convertido en una enfermedad crónica, con todas las repercusiones que esto conlleva para los individuos, la sociedad y el sistema sanitario. El tratamiento de las afecciones crónicas (como la diabetes, las enfermedades respiratorias, la depresión, las enfermedades renales y cardíacas) es ahora la principal prioridad. El extraordinario aumento de la diabetes (aunque no está ocasionada por el envejecimiento *per se*) amenaza por sí solo con desestabilizar los sistemas sanitarios, y el aumento general de múltiples enfermedades concomitantes y de otros problemas de salud más complejos somete a los sistemas sanitarios a una enorme presión. Se está volviendo muy difícil dar respuesta a la pregunta sobre cuáles son las «prácticas óptimas» para un paciente concreto.

El impacto en el coste global de la asistencia sanitaria es considerable, con costes medios que han aumentado en un 1% del producto interior bruto nacional (PIB) entre el año 2000 y el 2013 (Banco Mundial). Para 2030 puede

haber un 30% más de pacientes con enfermedades crónicas, lo que podría exigir aumentos en la financiación de entre el 2 y el 4% del PIB, en función del modelo que se adopte en cada país en cuestión. Existe un importante riesgo de que para 2030 no se pueda hacer frente a los gastos de la asistencia institucional a los mayores y de que, ante la falta de alternativas, se produzca una crisis en la calidad de la atención a los ancianos. Mientras que se desarrollan sistemas alternativos podría haber un mayor riesgo de fallos y de daño a los pacientes.

El hecho de que la asistencia sanitaria necesite evolucionar y adaptarse es, en gran medida, consecuencia del éxito de la medicina moderna. El objetivo de la atención necesita desplazarse con rapidez de la buena calidad asistencial en los hospitales a todo el itinerario del paciente a lo largo de los años, o incluso de toda su vida. Estos cambios tendrían que haberse acometido hace tiempo, pero cada vez son más urgentes. El cambio a una gestión de la atención extendida durante amplios períodos temporales y múltiples ámbitos tiene diversas consecuencias para la seguridad. Los pacientes permanecen menos tiempo en el hospital, viven con su enfermedad durante años en su propio domicilio, con la consecuente transferencia de responsabilidad de los hospitales a la atención primaria. Esto exige una coordinación eficaz entre todas las instituciones sanitarias, en particular en los puntos de transición, para mitigar el riesgo y posibilitar los resultados positivos. Es fundamental reducir la complejidad.

Por último, los pacientes tienen más conocimientos e información que anteriormente. Son cada vez más conscientes de su derecho a la información y al acceso a la sanidad. La población espera un sistema que cubra sus necesidades de una manera integral e integrada, con un sistema fluido de comunicación eficaz entre los puntos de transición. Por último, existe un énfasis creciente en la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud. Esto convierte el concepto del itinerario del paciente en un concepto del itinerario de la persona o del ciudadano.

La combinación de la austeridad, los crecientes costes de la asistencia sanitaria y el aumento de los estándares y de la demanda ejercerán una enorme presión sobre los sistemas sanitarios, lo que incrementará la probabilidad de fallos graves en la atención. Al mismo tiempo, las innovaciones en la prestación de atención a domicilio y en el ámbito extrahospitalario, aunque proporcionan nuevos beneficios, también producirán

nuevas formas de riesgo. Nuestros modelos de seguridad actuales no se adaptan bien a este nuevo escenario.

En este capítulo hemos señalado diversos desafíos para la seguridad del paciente. En los próximos tres capítulos comenzaremos a analizar cómo ha de hacerse frente a estos retos y estableceremos las bases para los capítulos más prácticos y estratégicos que se presentan más tarde en el libro. No obstante, primero estableceremos los cimientos, comenzando con la sencilla noción de que la atención proporcionada a los pacientes tiene distintos estándares y, lo que es igualmente importante, que la atención proporcionada a un paciente es muy diferente a lo largo de su itinerario.

Puntos clave

- En muchos países se han realizado importantes avances en la valoración de la naturaleza y la escala del daño a los pacientes. Una cantidad considerable de intervenciones de diversos tipos ha demostrado que los errores pueden reducirse y que es posible lograr procesos más fiables.
- Las mejoras de seguridad más espectaculares obtenidas hasta ahora han sido aquellas que estaban fuertemente dirigidas a una cuestión asistencial central y en una escala temporal relativamente reducida. Ha resultado mucho más difícil mejorar la seguridad en las instituciones en su conjunto.
- Mejorar la seguridad de la población ha sido un desafío aún mayor, y los resultados generalmente han sido decepcionantes.
- En muchos sentidos, la seguridad es un blanco en continuo movimiento. Los límites se han ampliado a lo largo de tiempo, al haberse identificado nuevas formas de daño como problemas de seguridad.
- La seguridad del paciente ha evolucionado y se ha desarrollado en el contexto de la atención hospitalaria. Los conceptos que guían los estudios sobre seguridad en los hospitales siguen siendo relevantes en atención primaria y en el domicilio, pero puede que se necesiten nuevos modelos para estas formas de prestación de la asistencia sanitaria más diferenciadas.

- La seguridad del paciente ha evolucionado y se ha desarrollado en el contexto de la atención hospitalaria. Los conceptos que guían los estudios sobre seguridad en los hospitales siguen siendo relevantes en atención primaria y en el domicilio, pero puede que se necesiten nuevos modelos para estas formas de prestación de la asistencia sanitaria más diferenciadas.
- El éxito de la asistencia sanitaria y de las mejoras de las condiciones de vida suponen que las personas viven más tiempo con enfermedades crónicas que antes eran mortales. Esto ha llevado a una importante transferencia de la responsabilidad de los hospitales al domicilio y a la atención primaria. Los modelos de seguridad, los métodos de seguridad y las intervenciones estratégicas deben cambiar en consecuencia.
- La combinación de la austeridad, los crecientes costes de la asistencia sanitaria y el aumento de los estándares y de la demanda ejercerán una enorme presión sobre los sistemas sanitarios, lo que incrementará la probabilidad de fallos graves en la atención. Las innovaciones en la prestación de asistencia a domicilio y en el ámbito extrahospitalario, aunque proporcionan nuevos beneficios, también producirán nuevas formas de riesgo. Nuestros modelos de seguridad actuales no se adaptan bien a este nuevo escenario.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

Amalberti R, Brami J (2012) 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 21(9):729-736

- Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreeuwenberg P, Wagner C (2015) How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf*. doi:[10.1136/bmjqs-2014-003702](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003702)
- Benning A, Dixon-Woods M, Nwulu U, Ghaleb M, Dawson J, Barber N, Franklin BD, Girling A, Hemming K, Carmalt M, Rudge G, Naicker T, Kotecha A, Derrington MC, Lilford R (2011) Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase. *BMJ* 342:dl99. doi:[10.1136/bmj.dl99](https://doi.org/10.1136/bmj.dl99)
- Brami J, Amalberti R (2010) *La sécurité du patient en médecine générale (Patient safety in primary care)*. Springer Science & Business Media, París
- Calland JF, Guerlain S, Adams RB, Tribble CG, Foley E, Chekan EG (2002) A systems approach to surgical safety. *Surg Endosc Other Interv Tech* 16(6): 1005-1014
- Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL (eds) (2009) *Patient safety in emergency medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Boermeester MA (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 363(20): 1928-1937
- De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 17(3):216-223
- Francis R (2012) The Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust public enquiry, <http://www.mid-staffs publicinquiry.com/report>
- Gaba DM (2000) Structural and organizational issues in patient safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. *Calif Manage Rev* 43(1)
- Graber ML (2013) The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf* 22(Suppl 2): ii21-ii27
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Gawande AA (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360(5):491-99
- Hollnagel E (2014) *Safety-I and safety-II: the past and future of safety management*. Ashgate Publishing, Ltd, Farnham, England.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ (2010) Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363(22):2124-2134
- Lee LA, Domino KB (2002) The Closed Claims Project: has it influenced anaesthetic practice and outcome? *Anesthesiol Clin North America* 20(3):485-501

- Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M (2011) Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports) -Mars 2011, Burdeos
- Murphy ME, Waters JH, Wood EM, Yazer MH (2013) Transfusing blood safely and appropriately. *BMJ* 347:f4303
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Goeschel C (2006) An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 355(26):2725-2732
- Reason JT (1997) Managing the risks of organizational accidents, vol 6. Ashgate, Aldershot
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P (2009) Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International J Qual Health Care* 21(1): 18-26
- Sevdalis N, Lyons M, Healey AN, Undre S, Darzi A, Vincent CA (2009) Observational teamwork assessment for surgery: construct validation with expert versus novice raters. *Ann Surg* 249(6):363(20): 1047-1051
- Sharpe VA, Faden AI (1998) Medical Harm: Historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness. Cambridge University Press, Cambridge/Nueva York
- Singh H, Meyer A, Thomas E (2014) The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*.doi:10.1136/bmjqs-2013-002627
- Vincent CA (1989) Research into medical accidents: a case of negligence? *Br Med J* 299(6708): 1150-1153
- Vincent C (2010) Patient safety. Wiley Blackwell, Oxford
- Vincent C, Amalberti R (2015) Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf*. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004403
- Vincent C, Moorthy K, Sarker SK, Chang A, Darzi AW (2004) Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Ann Surg* 239(4):475-82
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation, Londres
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2014) Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf* 23(8):670-677
- Wears RL, Hollnagel E, Braithwaite J (eds) (2015) Resilient health care, vol 2, The resilience of everyday clinical work. Ashgate Publishing, Ltd, Guildford
- World Bank. Health expenditure total (% of GDP). <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?page=1>. Consultado el 1 de agosto 2015

2

Lo ideal y lo real

EN ESTE CAPÍTULO EN PRIMER LUGAR INTENTAREMOS CONVENCER (O RECORDAR) AL LECTOR DE QUE GRAN PARTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA SE APARTA DE LA ATENCIÓN QUE SE PREVÉ POR LOS ESTÁNDARES Y LAS GUÍAS. Sabemos que los estándares y las guías necesitan bastante interpretación y adaptación en el caso de los pacientes con múltiples enfermedades (Tinetti et al. 2004) y, también, que incluso las enfermedades más simples requieren que se tengan en cuenta las preferencias personales y otros factores. No obstante, lo que más nos preocupa es el hecho fundamental de que la atención que se proporciona a los pacientes en muchas ocasiones no está a la altura de los estándares de calidad que los profesionales tratan de prestar y que el consenso general de la profesión consideraría como aceptables y viables. A menudo, los procesos y los sistemas asistenciales no son seguros y, de hecho, la asistencia sanitaria, destinada a ayudar al paciente, perjudica a muchos de ellos. Todo esto es, hasta cierto punto, evidente para cualquiera que trabaje en la primera línea o que estudie la asistencia sanitaria en profundidad. Una de las preguntas a las que intentamos dar respuesta en este libro es cómo gestionar la brecha entre lo «real» y lo «ideal» y cuál es la mejor manera de gestionar los riesgos para los pacientes.

Son muchos los factores que se alían para que la atención óptima sea tan difícil de definir como de lograr (Cuadro 2.1). Las vulnerabilidades del sistema, las actitudes individuales, las dinámicas de equipo y una serie de presiones y limitaciones externas se aúnan para generar un «alejamiento» de la práctica óptima. Esto, a su vez, implica que el personal clínico esté constantemente ocupado en adaptarse, detectar los problemas y darles respuesta. En realidad la seguridad es mucho más un logro de los profesionales de primera línea que de los estándares impuestos. Más

adelante profundizaremos en esta idea, para argumentar que las estrategias de seguridad para gestionar estos riesgos necesitan fomentar las habilidades adaptativas tanto a nivel individual como organizativo.

Cuadro 2.1 Observación de pacientes con riesgo de suicidio: cuando las condiciones de trabajo dificultan seguir los procedimientos

En el Reino Unido, en un período de un año, se produjo una media de 18 suicidios de pacientes hospitalizados en observación. El 91% de las muertes tuvo lugar cuando los pacientes se encontraban en el nivel de observación 2 (intermitente).

Las muertes presentaron una tendencia a ocurrir cuando no se habían seguido las guías o los procedimientos (incluido el tiempo entre observaciones), por ejemplo:

- Cuando el personal estaba distraído por otros sucesos en la planta.
- En los períodos de mucha actividad, como en el de 7:00 a 9:00.
- Cuando faltaba personal.
- Cuando el diseño de la planta obstaculizaba la observación.

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2015)

LAS REALIDADES DEL DÍA A DÍA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Cuando trabajamos, normalmente es la tarea que tenemos entre manos la que nos preocupa y no tenemos la capacidad de atención para reflexionar al mismo tiempo sobre el entorno de trabajo o recordar las dificultades que nos encontramos a lo largo del día. Es más, No nos resulta fácil comparar nuestra experiencia en largos periodos de tiempo. Por ejemplo, un médico puede saber que las historias clínicas se pierden con frecuencia en las consultas externas, pero tendrá problemas para realizar una estimación de con cuánta frecuencia ocurre esto en un año. Además, a las personas les cuesta mucho llegar a entender de verdad los fallos y las vulnerabilidades

de toda un área técnica. Los pacientes y sus familias tienen una perspectiva privilegiada dado que sólo ellos siguen todo el proceso asistencial, pero nuestro punto de vista como pacientes es obviamente subjetivo, puesto que no conocemos el funcionamiento íntegro del hospital o el consultorio. La combinación de estos factores hace que para cualquiera de nosotros sea difícil valorar o controlar los estándares generales de la atención. Sin embargo, son numerosas las pruebas que respaldan la idea básica de que la asistencia a menudo se encuentra por debajo de los estándares esperados. Examinemos algunos ejemplos.

Comparar la asistencia real con la asistencia que persiguen las guías

Importantes estudios, tanto en los Estados Unidos como en Australia, sugieren que los pacientes normalmente reciben sólo una parte de la atención que marcan las guías. Algunos estudios en los Estados Unidos indican que muchos pacientes reciben solamente la mitad de la atención recomendada, aunque otros pacientes son sometidos a pruebas complementarias y reciben tratamientos que no son necesarios (McGlynn et al. 2003). En un importante estudio australiano, los pacientes adultos recibieron sólo un 57% de la atención recomendada con un cumplimiento que oscilaba entre el 13% para el alcoholismo y el 90% para las arteriopatías coronarias (Runciman et al. 2012). Estos estudios no evaluaron las repercusiones directas en los pacientes afectados, pero otros estudios han vinculado los fallos en la atención prestada con el daño ulterior. Por ejemplo Taylor y otros (2008) entrevistaron a 228 pacientes durante y después de su tratamiento y hallaron 183 deficiencias en la calidad del servicio, cada una de las cuales aumentó en más del doble el riesgo de evento adverso o de que se pusiera en compromiso la vida del paciente. Las deficiencias en la calidad del servicio constituidas por la falta de coordinación de la atención se asociaban en particular con la incidencia de eventos adversos y errores médicos. En otro ejemplo, los investigadores analizaron 1566 entradas en las historias clínicas de 20 hospitales que anotaban comentarios basados en el criterio en las fases de la prestación de asistencia y la atención general. Se consideró que aproximadamente una quinta parte de los pacientes había

recibido una atención por debajo de lo satisfactorio y a menudo experimentaron una serie de eventos adversos (Hutchinson et al. 2013).

Fiabilidad de los sistemas clínicos del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico

Algunos procesos asistenciales, como la administración de radioterapia, consiguen niveles muy elevados de fiabilidad. Otros procesos son, cuando menos, poco sistemáticos. Burnett y otros (2012) examinaron la fiabilidad de cuatro sistemas clínicos en el Sistema Nacional de Salud (NHS): la información clínica en las consultas externas de cirugía, la prescripción para pacientes hospitalizados, el equipamiento de los quirófanos y la inserción de catéteres intravenosos periféricos. La fiabilidad se definió como el funcionamiento 100% libre de fallos, como cuando, por ejemplo, todos los pacientes contaban con toda la información disponible en el momento de su cita.

Se obtuvo como resultado que la fiabilidad en los sistemas estudiados se situaba entre el 81 y el 87%, con significativas diferencias entre las instituciones en el caso de algunos sistemas; los sistemas asistenciales por lo tanto fallaron en un 13-19% de las veces. Esto supone, si estos resultados son representativos, que en un hospital inglés: los médicos están lidiando con falta de información clínica en tres de cada 20 consultas externas y que falta equipamiento o que éste es defectuoso en una de cada siete intervenciones quirúrgicas realizadas. En todos los casos en los que se valoró, en torno a un 20% de los fallos de fiabilidad se asociaron a un riesgo de daño. Con estos resultados no sorprende que en los hospitales del NHS la seguridad del paciente se vea a menudo comprometida y que el personal clínico termine por aceptar la escasa fiabilidad como parte de la vida diaria.

Cumplir las normas: la fiabilidad de la conducta humana

Prestar una asistencia sanitaria segura y de elevada calidad supone una interacción entre la conducta disciplinada y regulada y la adaptación y la flexibilidad necesarias. Las normas y los procedimientos nunca son una solución

total a los problemas de seguridad y, a veces, es necesario apartarse de los procedimientos de referencia en busca de la seguridad. No obstante, los protocolos para las tareas de rutina están estandarizados y especificados porque estas tareas son fundamentales para una atención segura y de alta calidad.

Este tipo de protocolos son equivalentes a las normas de seguridad de otras industrias y consisten en formas definidas de conducta cuando se realizan tareas en las que la seguridad es fundamental (Hale y Swuste 1998). Los ejemplos en la asistencia sanitaria incluyen: comprobación del equipo, lavarse las manos, no recetar medicamentos cuando no se tiene autorización para ello, seguir los procedimientos cuando se administran medicamentos por vía intravenosa y verificar periódicamente la identidad de los pacientes. Estas rutinas y procedimientos son las bases para una organización segura, pero existen abundantes pruebas de que esas reglas se ignoran sistemáticamente:

- Lavado de manos. Una de las fuentes principales de infecciones es la que se produce a través de las manos y la higiene de éstas es una de las medidas más importantes para evitar las infecciones. Los estudios han demostrado que los niveles medios de cumplimiento, antes de que se llevaran a cabo campañas importantes, ha variado del 16 al 81 % (Pittet et al. 2004).
- Administración intravenosa de los medicamentos. Los resultados de los estudios muestran que en aproximadamente la mitad de ellas se produce un error, ya sea en la preparación del medicamento o en su administración. Los errores habituales fueron la preparación de una dosis incorrecta o la elección de un disolvente incorrecto (Taxis y Barber 2003).
- La profilaxis como modo de combatir las infecciones y las embolias. Tan sólo el 55 % de los pacientes recibe profilaxis antibiótica (Bratzler et al. 2005) y sólo el 58 % de aquellos con riesgo de tromboembolia venosa reciben el tratamiento preventivo recomendado (Cohen et al. 2008).

Son muchas las causas por las que se producen desviaciones de los estándares. En algunos contextos el entorno de trabajo es lo bastante tranquilo y ordenado, por lo que el personal puede seguir protocolos claros y acatar

los estándares fundamentales. En otros contextos, sin embargo, la presión es alta, el entorno ruidoso y caótico y el personal intenta hacer su trabajo lo mejor posible dadas las circunstancias. En todos los sistemas hay presión para alcanzar una mayor productividad, un menor uso de recursos y limitar las situaciones en las que la falta de equipamiento o el funcionamiento defectuoso de este obliga a hacer adaptaciones y a tomar atajos; a todo esto se le añade que todos, ya sea de vez en cuando o a menudo, tenemos prisa por llegar a casa, pasar al próximo paciente, estamos cansados o estresados y somos propensos a intentar ahorrarnos trabajo. Los estándares pueden ser poco realistas o demasiado complicados; puede que el personal no esté lo bastante cualificado o que no tenga la formación necesaria. Trabajar en estas condiciones forma parte del día a día de muchos profesionales sanitarios y actúa como un recordatorio constante de la atención que les gustaría prestar frente a la atención que son capaces de proporcionar. Con el tiempo, estas desviaciones de los estándares pueden convertirse en una práctica ampliamente tolerada y, a la larga, se vuelven invisibles (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2 Presiones externas y migración a las fronteras de la seguridad

Los descuidos aislados cada vez se toleran más y los sistemas pueden degradarse progresivamente y, a la larga, se vuelven peligrosos. La expresión «infracción normal» transmite la realidad del día a día de muchos sistemas en los que las desviaciones de los procedimientos estándar (la infracción) están ampliamente extendidas, pero no generan especial inquietud (se convierten en normales). El concepto de infracciones habituales no forma parte de las ideas de los gestores y las autoridades normativas; la verdad es que resulta incómodo darse cuenta de que gran parte de los sistemas actuales, tanto los de asistencia sanitaria como de transporte o la industria, operan en una zona de «infracción normal». El sistema continúa en esta situación porque las infracciones conllevan considerables beneficios, tanto para las personas involucradas como para los gestores, que pueden tolerarlas, o hasta fomentarlas, con la pretensión de ajustarse a los criterios de productividad.

Con el tiempo, estas infracciones se vuelven más frecuentes y más graves y, de este modo, el sistema «migra» a las fronteras de la seguridad. Las infracciones se vuelven tan habituales y tan frecuentes que se hacen casi invisibles para los trabajadores y para los gestores. La organización se ha acostumbrado entonces a operar en los límites de la seguridad. En esta fase, cualquier progreso en las desviaciones fácilmente puede tener como resultado un daño a los pacientes, y serán consideradas, en general, como negligencia o temeridad.

Amalberti et al. (2006).

LO IDEAL Y LO REAL: CINCO ESTÁNDARES DE ATENCIÓN

Vamos a ocuparnos ahora de las consecuencias que tiene esta brecha entre la atención que prevén los estándares y las guías y la atención que de verdad se presta a los pacientes. Hemos llegado a la conclusión de que resulta útil distinguir cinco estándares de atención, en los que cada estándar o nivel se aparta más del ideal que el anterior y, como indicamos, según bajamos de nivel se incrementa la probabilidad de daño.

1. El nivel 1 se corresponde con la atención óptima prevista por los estándares (aunque la atención óptima no puede nunca restringirse sólo a los estándares). Estos estándares se establecen por las instituciones nacionales y profesionales y representan un consenso sobre qué puede ser considerado como la atención óptima que es viable ateniéndonos a las limitaciones presupuestarias. Este nivel proporciona una referencia compartida ideal de la excelencia en la atención, aunque rara vez se logra totalmente a lo largo del itinerario íntegro del paciente.
2. El nivel 2 representa el estándar de atención que los expertos consideran que proporciona un buen resultado para el paciente y también resulta viable en el ejercicio cotidiano de la profesión. La atención tiene un buen nivel y el resultado es bueno, aunque puede que haya variaciones y problemas de escasa importancia.

Las desviaciones de la práctica óptima carecen relativamente de importancia en la atención general prestada al paciente.

3. El nivel 3 representa el primero de los niveles en los que la seguridad del paciente puede peligrar. Creemos, por las razones expuestas anteriormente, que una parte considerable de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes encaja, a grandes rasgos, dentro de esta categoría. En este nivel, las desviaciones de la práctica óptima son frecuentes y se presentan por una extensa variedad de motivos y constituye una amenaza para los pacientes. Por ejemplo, puede que no haya un control puntual del grado de anticoagulación tras la prescripción de heparina. Nos hemos referido antes a este nivel como de «infracción normal» (Amalberti et al. 2006) (Cuadro 2.2).
4. El nivel 4 representa una desviación de los estándares suficiente para producir daño evitable. Por ejemplo, un paciente de 68 años se somete a una colecistectomía y contrae una infección asociada al catéter urinario tras la cirugía. El análisis del incidente mostró que el catéter no era revisado con regularidad y que se dejó colocado demasiado tiempo. Esto es una desviación clara de la atención esperada. No obstante, se inició el tratamiento rápidamente y la infección quedó totalmente controlada 10 días después. El paciente sufrió un daño evitable y tuvo que permanecer en el hospital una semana más, pero después se recuperó por completo.
5. El nivel 5 hace referencia a la asistencia deficiente durante un prolongado período de tiempo y que coloca al paciente en situación de riesgo de daño importante y duradero. Por ejemplo, si en el caso descrito anteriormente, el paciente no sólo hubiera contraído la infección, sino que también se hubiera fracasado en identificarla y en tratarla de forma eficaz. Esto podría tener como consecuencia un retraso en la recuperación y un aumento de la debilidad, pero también un posible desenlace mortal.

A grandes rasgos, vemos que el nivel 1 de atención óptima constituye, por supuesto, una valiosa aspiración e inspiración, pero es muy difícil de lograr en la práctica y en muchos contextos no es fácil de definir. La atención óptima es relativamente fácil de especificar en los entor-

nos asistenciales muy estandarizados y estructurados, pero en muchos ámbitos, especialmente en el de la atención primaria, la atención prestada se desarrolla y se desenvuelve en un contexto social complejo (Cuadro 2.3). El nivel 2 es un nivel de atención más realista, en el que hay mínimas imperfecciones, pero la atención sanitaria es de muy buen nivel. El nivel 3 constituye un claro deterioro con múltiples equivocaciones en la atención, pero que no son lo suficientemente importantes como para que el resultado a largo plazo se vea demasiado afectado. Los niveles 4 y 5, por el contrario, presentan peligro de daños, por la omisión de aspectos fundamentales de la atención, errores o descuidos graves. Según se interpretan normalmente estos términos, las aspiraciones a una atención de primera calidad se asocian con los niveles 1 y 2, y cuando lo que se pretende está relacionado con la seguridad se intentan evitar los niveles 4 y 5.

La Figura 2.1 es parecida a muchos de los diagramas que representan la variación en los estándares de atención y que distinguen entre instituciones o departamentos buenos, medios y deficientes. Sin duda, son muchas las instituciones que prestan una atención deficiente durante períodos prolongados, e incluso los sistemas nacionales pueden tener etapas de alto riesgo y momentos de crisis. No obstante, nos proponemos capturar una realidad más flexible en la que el paciente está expuesto al riesgo de un empeoramiento repentino de los estándares y en riesgo de daño en muchas ocasiones a lo largo de su itinerario asistencial. La seguridad puede menoscabarse de manera bastante repentina en todos los equipos e instituciones, del mismo modo que siempre hay un riesgo de accidente hasta con el coche más seguro, aunque lo conduzca el mejor conductor en la más segura de las carreteras. Por tanto, no sólo nos interesan las estrategias que podrían ayudar a los equipos o instituciones en apuros, sino también desarrollar estrategias e intervenciones para gestionar el riesgo en el día a día.

Cuadro 2.3 A menudo no se puede definir con precisión la atención óptima

Existen muchas situaciones asistenciales en las que la asistencia óptima no se puede definir con precisión. Esto puede deberse a que la enfermedad no se entiende bien, es poco frecuente o se manifiesta de modo poco habitual. Aunque es más frecuente que el paciente, debilitado o anciano, sufra varias enfermedades y presente un cuadro complicado y cambiante. En estos pacientes, que son habituales en la atención primaria y en la asistencia de salud mental, el criterio clínico y la toma de decisiones delicadas de modo compartido tienen un papel fundamental:

No creo que sea posible definir a qué nos referimos por «excelencia» en gran parte de lo que hacemos en la asistencia sanitaria, sobre todo en atención primaria, ni tampoco que podamos codificarlo a través de guías y estándares. Podemos reducir las prestaciones sanitarias a las partes que las integran y fingir que estas reflejan la totalidad, pero esto ignora las paradojas inherentes a los beneficios contrapuestos y las compensaciones con otros objetivos. El modo de pensar que domina el mundo de la seguridad es a veces demasiado racional. Veo a montones de profesionales sanitarios que entienden la discrepancia entre lo ideal y lo real, para los cuales la tensión es siempre parte de su orden del día, y gestionan con cuidado esa tensión, dado que aceptan que viven en un mundo que lo que quiere es simplificar.

M. Marshall, 2015, comunicación personal

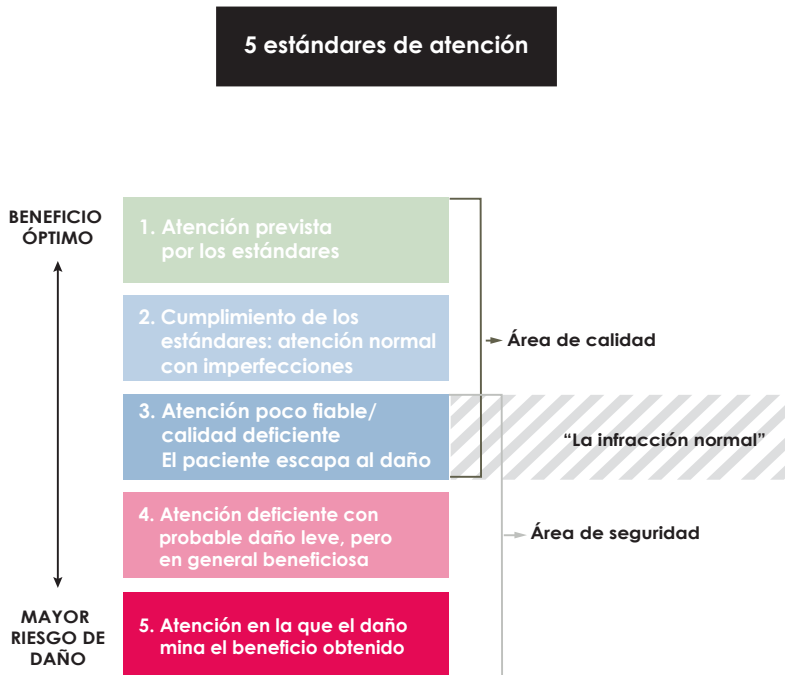


Fig. 2.1 Cinco estándares de atención

EL EFECTO ACUMULATIVO DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD INSUFICIENTE

Los pacientes pueden recibir algunos tratamientos con calidad deficiente, entendiendo por deficiente que son poco sistemáticos y que la observancia de los estándares aceptados es poco consistente, y aún así no sufrir daño alguno. No obstante, apuntamos que el daño es mucho más probable cuando la asistencia sanitaria se aleja de la práctica óptima (niveles 4 y 5). Esto se debe a que desviaciones obvias de los estándares (como no comprobar la identidad del paciente) pueden acarrear daño inmediato, pero el mayor riesgo para el paciente posiblemente se derive del efecto acumulativo de problemas de menor importancia (Hutchinson et al. 2013).

Imaginemos, por ejemplo, un paciente sano de 26 años que tiene programada para un miércoles una operación abdominal por enfermedad intestinal inflamatoria. Debido a la falta de camas se sitúa al paciente en la

planta de traumatología, con personal de enfermería, farmacéuticos y otros miembros del personal sanitario que no están acostumbrados a tratar este tipo de problema. La operación es difícil y compleja; se extirpa una parte del intestino y se realiza una nueva conexión entre los extremos del intestino restante. El sábado por la noche el paciente presenta fiebre de 39 °C y dolor abdominal, lo que podría indicar una fuga en la nueva conexión. La joven médica de guardia durante el fin de semana es suplente, y no conoce al paciente. Intenta leer la nota sobre la operación, pero ésta no es del todo legible. No se percata de la gravedad potencial y no busca el consejo de un compañero con más experiencia. En las siguientes 24 horas el paciente sigue empeorando, pero el personal no se da cuenta de la importancia de los síntomas. El lunes por la mañana, el paciente presenta un cuadro tan agudo que sufre un paro cardíaco y, finalmente, fallece el lunes por la noche tras pasar inútilmente por el quirófano durante el día.

Este escenario describe una serie de errores, omisiones y complicaciones normales y corrientes, que en combinación tienen un efecto catastrófico. Claramente hubo problemas en la valoración de los síntomas, en la intensificación, el mantenimiento de la historia, la comunicación, la coordinación de la atención y la gestión de la disponibilidad de las camas, posiblemente agravados por las presiones externas. Ninguno de los errores, por separado, está fuera de lo normal ni es especialmente alarmante, pero se combinan para dar lugar a una catástrofe.

El impacto del efecto acumulativo de la atención deficiente indica que puede que sea necesario ampliar el margen temporal de los análisis de eventos adversos y resultados deficientes. Esto tendrá especial importancia una vez que consideremos la seguridad en el domicilio y en el contexto del impacto general de la asistencia sanitaria en la vida y el bienestar de una persona. Sin embargo, también puede ser que en el futuro veamos una incidencia del daño mucho mayor debido al efecto acumulativo de fallos menores por el número y la complejidad de las transiciones durante el itinerario del paciente.

Analizar los efectos acumulativos de la asistencia deficiente también tiene repercusiones sobre cómo valoramos las prioridades en materia de seguridad del paciente. Incidentes dramáticos, como las muertes debidas a la administración de vincristina por vía intratecal (Franklin et al. 2014), son objeto de considerable atención y resultan trágicos para los

involucrados, pero desvían la dirección de las iniciativas de seguridad del paciente hacia eventos relativamente infrecuentes. En el campo de la cirugía, los incidentes que acaparan la mayor parte de la atención son aquellos con desenlaces repentinos y dramáticos y con causas bastante inmediatas. Se trata de incidentes como las operaciones al paciente equivocado o el olvido de cuerpos extraños, que son infrecuentes pero a menudo catastróficos cuando ocurren; el riesgo es pequeño, pero son «altamente temidos» en el lenguaje de la psicología del riesgo. No obstante, los mayores riesgos que corren los pacientes quirúrgicos se deben a la atención que es simplemente de baja calidad por la razón que sea. Por ejemplo, en Europa la mortalidad por cirugía varía mucho. En una reciente e importante evaluación se estudió a 46 539 pacientes de los cuales 1855 (4%) murieron antes de que se les diera el alta (Pearse et al. 2012). Las tasas brutas de mortalidad variaron mucho entre países en parámetros que abarcaban desde el 1,2% de Islandia hasta el 21,5% para Letonia. Las diferencias sustanciales se mantuvieron incluso después de ajustar los factores de confusión. Lo que sugiere que mucha de la atención proporcionada se encuentra, usando nuestros propios términos, en los niveles 3, 4 y 5, incluso según los estándares de cada uno de los países. Una vez que comenzamos a contemplar la seguridad en estos términos se hace evidente que el daño por abordaje deficiente de las complicaciones posoperatorias hace que parezca pequeño el problema de las complicaciones quirúrgicas graves y evitables, que es mucho más notorio.

Por tanto, tenemos que reflexionar sobre las prioridades generales desde el punto de vista de la salud pública. Este proceso ya ha comenzado, con el aumento de la atención que se da a los programas para reducir las caídas, las escaras decúbito, las lesiones renales agudas y a las infecciones de todo tipo. Es necesario ampliar el campo de acción de la seguridad del paciente para que abarque consideraciones sobre todo tipo de asistencia deficiente y para integrarse con aquellos que buscan entender y reducir las fuentes de variabilidad. Asimismo, debemos recordar que la mayor parte de los estudios realizados a nivel hospitalario se centran en un tipo particular de evento adverso (como por ejemplo las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria) o en un servicio (como podría ser la cirugía). Muy pocos estudios valoran todo el rango de incidentes que aquejan a los pacientes o su efecto acumulativo a lo largo del tiempo.

ES FUNDAMENTAL UN DEBATE EXPLÍCITO SOBRE EL ESTÁNDAR REAL DE LA ATENCIÓN

Llegamos ahora a un problema y desafío fundamental: no es fácil debatir el estándar de atención de manera explícita. Sin duda los equipos asistenciales lo entienden de forma tácita y cada nuevo miembro acepta los estándares de calidad asistencial para su servicio concreto, que pueden ser más altos o más bajos que aquéllos a los que estaban acostumbrados en otros servicios. Cuando alguien comienza a trabajar en una unidad o pasa tiempo en otra unidad, puede que de entrada le alarme descubrir un estándar y una tolerancia hacia las desviaciones de los estándares muy diferentes a los que aplicaba en otros servicios. La variación en lo que se considera una atención lo bastante buena entre los distintos equipos asistenciales es enorme y depende de las normas y valores sociales de cada servicio. La asistencia que se considera normal en una planta puede ser considerada como grave falta de cumplimiento de los estándares en otra. La mayoría de los profesionales sanitarios son conscientes de que mucha de la atención sanitaria que se facilita se encuentra dentro del rango de la «infracción normal» y reconocen el concepto de inmediato cuando se les expone. Saben que la atención sanitaria que prestan a menudo es inferior a la que les gustaría prestar, pero se mueven con pericia en el sistema sanitario para proporcionar la mejor asistencia posible dadas las circunstancias.

No obstante, las instituciones, y aún en mayor medida los gobiernos, no pueden admitir abiertamente que gran parte de la atención se encuentra en un nivel 3 y es habitual que descienda hasta los niveles 4 y 5. Esto tiene importantes consecuencias para la gestión del riesgo. En primer lugar, resulta muy difícil estudiar o evaluar las muy diversas maneras en las que el personal se las arregla para evitar que los pacientes sufran daños en un entorno complicado. En segundo lugar, y más relevante para nuestros planteamientos, puede que los intentos para mejorar la seguridad no se estén dirigiendo a los estándares adecuados o a las conductas oportunas. Más adelante sostendremos que la mayoría de las intervenciones de seguridad son primordialmente esfuerzos para mejorar la fiabilidad y, en definitiva, para lograr que toda la atención se aproxime al nivel 1. Esta estrategia es importante y necesaria, pero, según nuestro punto de vista, sólo es aplicable en determinadas circunstancias. Este enfoque se tiene que complementar también con

estrategias que se dirijan a mantener la atención en el nivel 3 y que prevengan que descienda a los niveles 4 y 5. Esto mismo podríamos expresarlo diciendo que en la prestación de la atención del día a día es más urgente que nuestros sistemas prioricen el logro de estándares básicos fiables antes que perseguir ideales inalcanzables. Si la atención se encuentra generalmente en el nivel 3, el objetivo principal debería ser mejorar la fiabilidad y avanzar al nivel 2. Si, no obstante, la atención sanitaria se encuentra a menudo en los niveles 4 o 5, que son francamente peligrosos, la detección y la respuesta a las amenazas debería ser entonces la mayor prioridad (Figura. 2.2)

Aspirar a la excelencia es importante y no es algo de lo que debamos reírnos o ridiculizar como poco realista. El problema radica en que la retórica de la excelencia enmascara la discusión que es urgentemente necesaria sobre las realidades de la «atención habitual». Si nuestras aspiraciones se centran sólo en prestar una atención «suficientemente buena», existe un peligro de que haya más variación y que los estándares desciendan y el peligro se eleve. La definición y la aspiración a la atención óptima siguen siendo fundamentales, pero también lo es la discusión sobre la realidad actual.

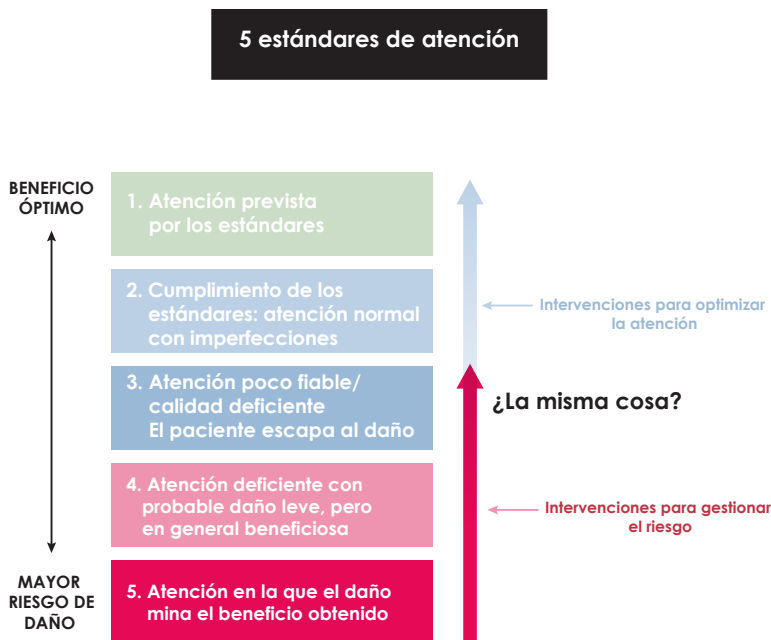


Fig. 2.2 Optimización y gestión del riesgo

¿QUÉ IMPACTO TIENE LA MEJORA DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD?

La innovación y la aspiración a mejorar continuamente son parte esencial del ejercicio de la medicina. Sin embargo, la introducción de nuevos tratamientos y de nuevos estándares de atención puede imponerle exigencias al personal y a las instituciones poco ajustadas a la realidad. Por ejemplo, antaño se consideraba que la embolia cerebral no podía tratarse. Se pensaba que las células del cerebro morían unos minutos después del comienzo de la embolia y el tratamiento consistía principalmente en «esperar a ver qué pasaba». Hoy en día ya hace una década que sabemos que el tratamiento tras una embolia cerebral, sobre todo si se inicia dentro de las tres horas desde que comenzó, puede proteger el tejido cerebral. Las guías clínicas generalmente recomiendan un tiempo puerta-aguja (intervalo de tiempo desde la llegada al servicio hasta que se administra la terapia trombolítica) de 60 minutos. No obstante, en 2011 sólo una tercera parte de los pacientes fueron tratados en el tiempo puerta-aguja recomendado por las guías (Fonarow et al. 2013). Muchos países han establecido importantes programas para mejorar la eficacia de los tratamientos de la embolia cerebral, que han obtenido grandes mejoras en los resultados.

No criticamos la atención prestada o los retrasos en el establecimiento de nuevos estándares para la prestación de asistencia. Más bien queremos señalar el inevitable aumento de las desviaciones de las guías que se produce cuando se especifica un nuevo estándar. Hace diez años había escasos «incidentes» relacionados con fallos en el tratamiento temprano de la embolia cerebral porque los estándares de atención aún no se habían establecido. Ahora, al haberse mejorado la asistencia, podemos señalar un gran número de incidentes graves, porque los pacientes no han obtenido asistencia dentro del plazo de 3 horas desde el comienzo de la embolia debido a fallos en el sistema sanitario. Al mejorarse los estándares es probable que aumente el número de incidentes relacionados con omisiones en la atención. Lo que en 2015 se considera «incidente» en 2005 habría sido considerado simplemente la práctica habitual; ésta es una consideración muy frecuente en los procesos judiciales que se fallan algunos años después de que suceda el hecho

que los origina. Los nuevos estándares, enormemente beneficiosos para los pacientes, generan nuevas clases de incidentes y de problemas de seguridad (Vincent y Amalberti [2015](#)).

ESTÁNDARES DE ATENCIÓN Y ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD

La mejora de los estándares de la atención prestada y el establecimiento progresivo de estándares más elevados es, sin duda, una aspiración constructiva y necesaria. Sin embargo, al hacerlo es necesario que seamos conscientes de que estamos redefiniendo la calidad y la seguridad e incrementando la presión sobre los individuos y las instituciones. Los defensores de los nuevos estándares predominarán y establecerán cambios, pero muchas instituciones necesitarán tiempo para poder cumplir los nuevos estándares y las más débiles puede que incluso se vean desestabilizadas por las exigencias en aumento.

En la actualidad contamos con muy pocas estrategias para gestionar el período de transición o para responder de forma constructiva a la brecha inevitable entre los estándares previstos y la realidad organizativa. Durante estos períodos de transición, tendremos que hacer algo más que exigir y hostigar a las instituciones para que cumplan con los nuevos estándares. También tenemos que ser conscientes de que es inevitable que se produzcan retrasos en la adaptación y utilizar estrategias que hagan hincapié en la detección de los problemas, la concienciación sobre las condiciones que merman la seguridad y a las personas y reforzar la gestión de los equipos de atención potencialmente dañina. Estas consideraciones se desarrollarán en profundidad en el capítulo 7.

Puntos clave

- Muchos pacientes no reciben la atención deseada. Podemos hacer mucho para mejorar la fiabilidad y lograr unos estándares de atención más elevados. No obstante, creemos que en la asistencia sanitaria siempre habrá una brecha entre lo ideal y lo real.
- Distinguimos cinco estándares de atención en los que cada nivel se aparta más del ideal que el anterior y, como indicamos, según bajamos de nivel se incrementa la probabilidad de daño.
 - El nivel 1 se corresponde con la atención óptima prevista por los estándares. Este nivel proporciona una referencia compartida de la excelencia en la atención, aunque rara vez se logra por completo a lo largo del itinerario íntegro del paciente.
 - El nivel 2 representa el estándar de atención que los expertos consideran que proporciona un buen resultado para el paciente y también resulta viable en el ejercicio cotidiano de la profesión.
 - El nivel 3 representa el primero de los niveles en los que la seguridad del paciente puede peligrar. En este nivel las desviaciones de la práctica óptima son frecuentes y se presentan por una extensa variedad de motivos.
 - El nivel 4 representa una desviación de los estándares que resulta suficiente para producir daño evitable, pero que no basta para afectar de modo sustancial al resultado general.
 - El nivel 5 hace referencia a la atención deficiente durante un prolongado período de tiempo y que coloca al paciente en situación de riesgo de daño importante y duradero.

- Señalamos que a las instituciones y a los gobiernos les resulta difícil analizar abiertamente las amenazas y la variabilidad en los estándares de atención que se producen a diario. Esto tiene consecuencias relevantes. En primer lugar, resulta muy difícil estudiar o evaluar las muy diversas maneras en las que el personal se adapta para evitar que los pacientes sufran daños. En segundo término, es posible que los intentos para mejorar la seguridad no se estén dirigiendo a los estándares adecuados o a las conductas oportunas.
- Aspirar a la excelencia es importante y no es algo que debemos ridiculizar como poco realista. El problema radica en que la retórica de la excelencia enmascara la discusión categórica que es urgentemente necesaria sobre las realidades de la «asistencia habitual».
- Planteamos que la mayor parte de las intervenciones de seguridad son básicamente intentos para mejorar la fiabilidad. Esto constituye un enfoque importante y necesario, pero tiene que ser complementado con estrategias adicionales que se dirijan a la gestión del riesgo y a proteger a los pacientes de los errores graves en la asistencia.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Amalberti R, Vincent C, Auroy Y, de Saint Maurice G (2006) Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Saf Health Care* 15(suppl I): i66-i71
- Bratzler DW, Houck PM, Richards C, Steele L, Dellinger EP, Fry DE, Red L (2005) Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project. *Arch Surg* 140(2): 174-182
- Burke JP (2003) Infection control—a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 348(7):651-656

- Burnett S, Franklin BD, Moorthy K, Cooke MW, Vincent C (2012) How reliable are clinical systems in the UK NHS? A study of seven NHS organisations. *BMJ Qual Saf*. doi: [10.1136/ bmjqs-2011-000442](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000442)
- Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, Huang W, Zayaruzny M, Emery L, Anderson FA Jr, Endorse Investigators (2008) Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. *Lancet* 371(9610): 3 87-3 94
- Fonarow GC, Liang L, Smith EE, Reeves MJ, Saver JL, Xian Y et al (2013) Comparison of performance achievement award recognition with primary stroke centre certification for acute ischemic stroke care. *J Am Heart Assoc* 2(5), e00045
- Franklin BD, Panesar S, Vincent C, Donaldson L (2014) Identifying systems failures in the pathway to a catastrophic event: an analysis of national incident report data relating to vinca alkaloids. *BMJ Qual Saf* 23(9):765-772
- Hale AR, Swuste PHJJ (1998) Safety rules: procedural freedom or action constraint? *Saf Sci* 29(3):163-177
- Hutchinson A, Coster JE, Cooper KL, Pearson M, McIntosh A, Bath PA (2013) A structured judgement method to enhance mortality case note review: development and evaluation. *BMJ Qual Saf* 22(12): 1032-1040
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 348(26):2635-2645
- National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (NCISH) (2015) In-patient suicide under observation. University of Manchester, Manchester
- Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Rhodes A (2012) Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 380(9847): 1059-1065
- Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV (2004) Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 141(1):1-8
- Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW, Braithwaite J (2012) CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Med J Aust* 197(10):549
- Taxis K, Barber N (2003) Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Qual Saf HealthCare* 12(5):343-347

- Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, Carbo A, Bergmann M, Davis RB, Weingart SN (2008) Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Med Care* 46(2):224-228
- Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV (2004) Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 351(27):2870-2874
- Vincent C, Amalberti R (2015) Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf.* doi: [10.1136/ bmjqs-2015-004403](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004403)

3

Modelos de seguridad: no a todo le vale la talla única

EN EL CAPÍTULO ANTERIOR ESTABLECIMOS CINCO ESTÁNDARES DE ATENCIÓN SIGUIENDO EL CRITERIO DE DEFINIR LOS NIVELES SEGÚN CUÁNTO SE AJUSTASEN A LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN PREVISTOS. Argumentamos que la asistencia prestada a los pacientes se aparta con frecuencia de los estándares de atención previstos y que esto tiene significativas repercusiones en la gestión de la seguridad. La mayoría de las estrategias para mejorar la seguridad se dirigen a la mejora de la fiabilidad de la atención y en acercarse a la atención óptima. Planteamos que estas estrategias tienen que complementarse con estrategias más dirigidas a detectar y reaccionar al riesgo y que admitan que la atención a menudo se presta en condiciones de trabajo complicadas.

Este razonamiento podría interpretarse como una simple admisión de la derrota. Podría parecer que lo que decimos es que la asistencia sanitaria nunca alcanzará los estándares de seguridad de la aviación comercial, y que debemos aceptarlo y gestionar las imperfecciones lo mejor que podamos. Los errores ocurrirán inevitablemente, los pacientes a veces sufrirán daños y lo máximo que podemos esperar es que se responda rápidamente y que se minimice el daño. Aceptaríamos que las condiciones de trabajo y los niveles de fiabilidad son con frecuencia innecesariamente deficientes y que las estrategias para gestionar estos riesgos para los pacientes son muy necesarias. Sin embargo, hay razones mucho más esenciales para que extendamos nuestra perspectiva sobre la seguridad más allá del intento de mejorar la fiabilidad. La cuestión clave es que los diferentes desafíos y los diferentes tipos de tareas necesitan distintas estrategias de seguridad. Una talla única de seguridad no vale para todo.

MODELOS DE GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS AMENAZAS: ACEPTAR, GESTIONAR O EVITAR

La metáfora del escalador y la pared de roca nos servirá como esquema para presentar nuestro análisis de los modelos distintos de seguridad. Las amenazas en la asistencia sanitaria son como las paredes de roca para los escaladores, una parte inevitable de la vida diaria. Las amenazas tienen que afrontarse, pero esto se puede realizar de modos muy distintos. Podemos minimizar el riesgo negándonos a escalar a menos que las condiciones sean perfectas (plan A). Otra posibilidad sería aceptar un riesgo más alto, pero preparándonos para gestionar el riesgo de una manera eficaz. Un escalador o un equipo de escaladores pueden intentar escalar una pared peligrosa, pero sólo después de prepararse minuciosamente y establecer procedimientos de seguridad claros y planes para enfrentarse a las emergencias. Un equipo bien preparado y con buena coordinación puede lograr estándares de seguridad mucho más altos que una persona sola (plan B). Por último, un escalador puede aceptar el riesgo y confiar en su pericia y su capacidad de adaptación para enfrentarse a todo lo que surja. Podría escalar sin el equipo adecuado, sin entrenamiento o en malas condiciones climatológicas; o lo que es aún más peligroso, podría atreverse a escalar paredes de roca que no conoce corriendo un altísimo riesgo llevado por el ánimo de superación personal y de obtener logros deportivos (plan C). Todos estos escaladores están preocupados por la seguridad, pero son diferentes en cuanto al riesgo que están dispuestos a aceptar y a las estrategias que adoptan (Amalberti 2013).

Algunos profesionales, como los pilotos de combate, los capitanes de los barcos de pesca de altura y los montañeros profesionales, se ganan la vida literalmente exponiéndose al riesgo. En estas profesiones, correr riesgos, e incluso buscarlos, es parte esencial del trabajo. Sin embargo, en estas profesiones también se busca mejorar la seguridad. Varios estudios realizados entre pilotos de combate (Amalberti y Deblon 1992) y capitanes de pesca de altura (Morel et al. 2008, 2009) demuestran que hay un deseo real de seguridad. Por ejemplo, a los capitanes de pesca de altura les gustaría tener un sistema anticolidión inteligente que les proporcionara una mejor protección en zonas de alta mar con poca visibilidad, lo que les daría una mayor movilidad para la pesca de arrastre. A los pilotos de

combate les gustaría contar con una red electrónica de seguridad que les proporcionara una mayor protección cuando están ejecutando maniobras en las que pueden perder la conciencia.

Aquellos que confían en su pericia y su resiliencia no son temerarios, unos pocos puede que sí, pero éstos probablemente no vivan para contarlo. Normalmente, tienen un conjunto básico de procedimientos de seguridad que toman muy en serio. El problema radica en que el entorno cambiante en el que trabajan no se presta a la gestión del riesgo mediante normas y procedimientos. (Si lo hiciera, se pasaría a un modelo de plan B). En cambio, la respuesta es necesariamente *ad hoc*, porque el entorno cambia constantemente y porque los factores económicos a menudo llevan a los individuos a correr mayores riesgos. Las soluciones del plan B se basan fundamentalmente en la resiliencia: ganar más experiencia, ser capaces de valorar la dificultad de la tarea, ser realistas sobre las propias capacidades y obtener experiencia que facilite la adaptación a condiciones inciertas y peligrosas.

Por el contrario, los elevados niveles de seguridad en la aviación civil se logran de forma muy diferente. Aquí, las soluciones son radicalmente distintas y a menudo suponen no exponer a las tripulaciones a condiciones peligrosas que aumenten el riesgo de accidentes. Por ejemplo, la erupción del volcán Eyjafjallajokull en Islandia en 2010 ocasionó que todas las aeronaves europeas se quedasen en tierra debido a un planteamiento básico: no exponerse al riesgo de forma innecesaria. La pesca de altura y la aviación comercial muestran estrategias opuestas para gestionar el riesgo. La primera, típica de las actividades muy competitivas y peligrosas, implica depender de la inteligencia y la resiliencia de los operadores de primera línea y proporcionarles material de apoyo para enfrentarse al riesgo; la otra se basa en la organización, el control y la vigilancia y asegura que los operadores no se vean expuestos al riesgo. Ambos modelos toman la seguridad muy seriamente, pero la gestionan de modos muy distintos (Figura 3.1).

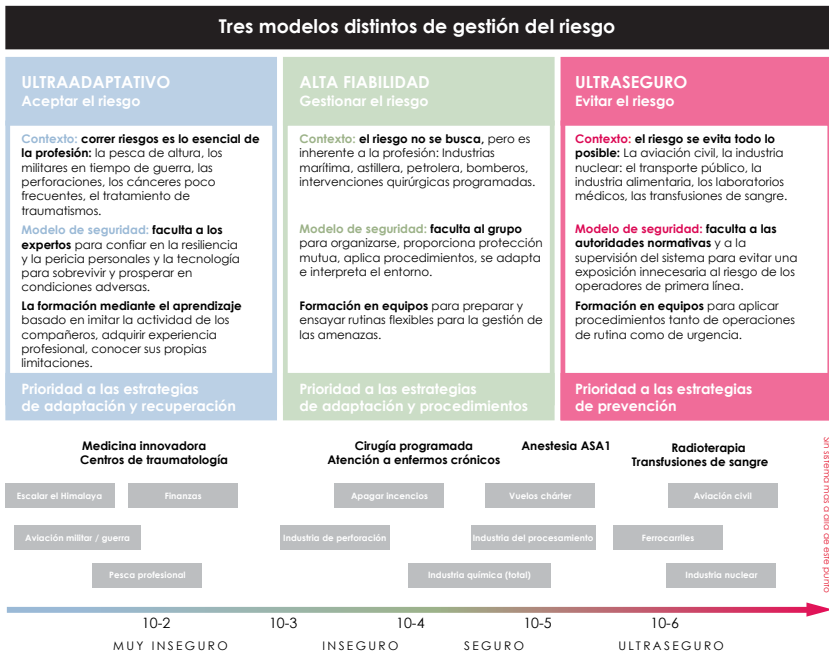


Fig. 3.1 Tres modelos distintos de gestión del riesgo

TRES MODELOS DE GESTIÓN DEL RIESGO

Podemos distinguir tres modelos generales de gestión del riesgo, cada uno de ellos 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 (Grote 2012; Amalberti 2013). 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 (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1 Un apunte sobre la terminología

Hemos elegido tres términos para describir estos modelos distintos en materia de seguridad: «ultraadaptativo», alta fiabilidad y «ultra-seguro». Todos estos términos, en especial los dos primeros, están relacionados con diversas teorías y conceptos. En este libro emplearemos estos términos con un sentido más descriptivo. «Ultraadaptativo» significa simplemente que este modelo depende en gran medida del criterio, la capacidad de adaptación y la resiliencia de las personas, «alta fiabilidad» sí refleja los estudios sobre organizaciones de alta fiabilidad (High Reliability Organisations, HRO), pero aquí lo utilizamos principalmente para indicar la respuesta flexible pero preparada de los equipos en lo relativo a la gestión de riesgos; «ultraseguro» se refiere a la prioridad absoluta que la seguridad tiene en estos entornos y a los medios para lograrla.

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 (Wolfe 1979). 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. Sin

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 personales 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 a la manera de «batallitas» de ganadores.

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 (Morel et al. 2009). 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 cambiar a un modelo de seguridad distinto, que a su vez exigirá una aproximación distinta a las actividades implicadas (Amalberti 2013).

Gestionar el riesgo: el modelo de alta fiabilidad

El término alta fiabilidad u organizaciones de alta fiabilidad (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. (Vincent et al. 2010). 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 (Weick y Sutcliffe 2007).

Esta aproximación también se asocia a entornos peligrosos, pero el riesgo, aunque no sea totalmente predecible, se conoce y se comprende. En estas profesiones la gestión de riesgos es un problema diario, aunque el objetivo principal sea gestionarlo y evitar toda exposición innecesaria al mismo. Los bomberos, 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 distinto 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 estos «tienen sentido» dentro del grupo y se comunica a todo el mundo. El modelo de las HRO 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 los fallos y buscan entender los motivos que subyacen

a éstos. Las enseñanzas que se obtienen de estos análisis versan sobre cómo podrían gestionarse mejor en el futuro otras situaciones similares. Por 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.

Evitar el riesgo: el modelo ultraseguro

Con este modelo nos apartamos radicalmente de la dependencia de la pericia y las habilidades humanas para aproximarnos a un enfoque que confía en la estandarización, la automatización y la evitación 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 10.¹

NORMAS Y ADAPTACIÓN

Normalmente asumimos que la seguridad se logra mediante la imposición de normas y restringiendo la autonomía de la dirección y de los trabajadores. Sin embargo, sabemos que redactar un plan de seguridad, mediante el establecimiento de normas y el cumplimiento de las exigencias legales, no ofrece garantía alguna de que el plan se lleve finalmente a la práctica. Contamos con abundantes pruebas sobre el alcance de la falta de cumplimiento de normas y los estándares de seguridad y también con una lista de cuáles son las razones recurrentes para no seguir las normas: son demasiadas, no se entienden, no son aplicables a casos atípicos, existen contradicciones entre normas, etc., etc. (Lawton 1998; Carthey et al. 2011). Es más, los trabajadores de muchas instituciones consideran que a menudo es necesario soslayar las normas para realizar el trabajo en un tiempo razonable; se trata de las «infracciones optimizadoras», usando la memorable expresión de James Reason.

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 (Amalberti 2001; Amalberti et al. 2005). De forma gráfica podrían expresarse como puntos de una curva que refleja el equilibrio existente entre

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://www.iata.org/pressroom/pr/pages/2011-02-23-01.aspx>

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. La plantilla 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 (Carthey et al. 2011). 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.

¿CUÁNTOS MODELOS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA?

Para simplificar las cosas, hemos analizado cada industria como si estuviera asociada principalmente a un modelo concreto. Pero la realidad es más complicada. Por ejemplo, la actividad de las perforaciones petrolíferas obligatoriamente implica asumir riesgos, pero, por otra parte, el refino del petróleo, aunque peligroso, puede ser gestionado de modo en que el riesgo se minimice.

La asistencia sanitaria es un entorno especialmente complejo. Ya hemos hecho alusión a este tema cuando comentamos que la asistencia sanitaria era como «veinte industrias diferentes». Pensemos en el ámbito hospitalario con distintos tipos de trabajo, muchas profesiones diferentes y condiciones de trabajo sumamente diversas en cada uno de los ámbitos clínicos. Hay áreas en las que la asistencia está muy estandarizada, que se ajustan muy

fielmente a nuestro 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. Dentro del ámbito hospitalario mucho más caótico hay áreas de fiabilidad. Por el contrario, gran parte de la atención en planta se corresponde con nuestro modelo intermedio de atención de equipo donde estándares y protocolos proporcionan importantes controles del peligro (como infecciones por una deficiente higiene de las manos), pero en los que el criterio profesional y la flexibilidad son esenciales para prestar una asistencia sanitaria segura y de calidad.

Otros departamentos hospitalarios, como la cirugía de urgencia, se enfrentan continuamente a casos complicados y tienen que trabajar en condiciones muy difíciles. El trabajo puede organizarse y planificarse, pero 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. Además, gran parte de la actividad asistencial podría estar mucho más controlada de lo que a menudo es el caso. En muchos hospitales aún son los mismos equipos los que llevan a cabo la cirugía programada y la de urgencias dentro de una misma jornada, lo que hace inevitables las constantes interrupciones de los procedimientos establecidos y la falta de concentración en los pacientes de urgencias, haciendo que todo el sistema se desplace a un funcionamiento altamente adaptativo. La separación de las operaciones programadas de las de urgencia y su adjudicación a distintos equipos permite que ambas áreas operen de manera altamente fiable.

Todas estas actividades profesionales tienen que adaptarse a unos turnos de la plantilla cambiantes y a otras presiones en el sistema. Un «martes por la mañana» (condiciones de trabajo óptimas) puede que al equipo de cirugía de urgencia le resulte posible adoptar las características de un sistema de alta fiabilidad (HRO). Por el contrario, el «sábado por la noche» (con falta de personal, de miembros del personal con más experiencia y de instalaciones de laboratorio), el equipo se ve obligado a basarse en un

modelo más adaptativo. La asistencia sanitaria es un estupendo escenario para estudiar la seguridad, probablemente mucho mejor que ningún otro contexto, porque es posible encontrar todo el abanico de modelos y estrategias en una sola industria.

PASAR DE UN MODELO A OTRO

A veces damos por sentado que el ideal de seguridad es el modelo ultraseguro de la aviación comercial y otros procesos de elevada estandarización. Esto es, en cierto sentido, correcto, pues este modelo es de hecho muy seguro, pero ya hemos explicado que sólo es viable en condiciones muy determinadas y con fuertes limitaciones a la actividad de riesgo. El modelo puede no ser apropiado, o incluso viable, en otros contextos. A pesar de ello, en algunas actividades podemos percibir cómo nos movemos entre los distintos modelos dependiendo de las circunstancias.

El caso de los pilotos de combate es un caso de contexto dual especial y particularmente interesante: en tiempos de paz, la fuerza aérea necesita operar en un modelo fundamentalmente ultraseguro, pero una vez que se despliega para entrar en servicio activo, el modelo operativo se vuelve de modo inmediato un modelo de adaptación y resiliencia. El cambio entre estos dos modos operativos puede provocar sorpresas tanto agradables como desagradables. Puede que los pilotos que vuelven de campañas militares se aferren a un comportamiento de resiliencia y que se aparta de las reglas mientras intentan adaptarse a las condiciones de los tiempos de paz. A la inversa, cuando los pilotos son trasladados de una situación de paz a una situación operativa, se pueden perder importantes oportunidades en los primeros días de intervención militar, dada la falta de práctica en el modelo de resiliencia.

La cirugía ofrece un paralelismo similar porque distintas formas de cirugía se corresponden con diferentes modelos y los mismos cirujanos tienen que adaptarse a modelos diferentes. La cirugía altamente innovadora, como los nuevos trasplantes, o la cirugía realizada en entornos poco usuales como los hospitales de campaña, claramente necesitan un enfoque que acepte el riesgo y que sea altamente adaptativo. La frase «cirugía heroica» expresa con precisión este tipo de intervención, aludiendo a las

cualidades personales que se requieren en el cirujano, aunque probablemente el mayor heroísmo es el que se necesita por parte del paciente. Podemos ver también cómo los pacientes pueden elegir estrategias que implican un gran riesgo, pero que aun así vienen justificadas por la gravedad de la enfermedad o el beneficio potencial.

Con el tiempo, ciertas clases de cirugía pueden evolucionar a un modelo distinto, al iniciar su andadura como procedimientos experimentales de alto riesgo, pasando luego a una etapa en la que los riesgos pueden paliarse y después a una fase de atención muy constante, segura y altamente estandarizada. Gran parte de la cirugía depende de estrategias de equipo basadas en el modelo intermedio, pero algunos tipos específicos que en la actualidad se comprenden y conocen perfectamente pueden considerarse pertenecientes a la categoría ultrasegura. Las unidades que se centran totalmente en un sólo tipo de intervención quirúrgica, como las cataratas o la hernia, logran resultados muy estables y altos niveles de seguridad, aunque esto, en parte, se puede conseguir gracias a una selección de pacientes muy minuciosa. Debemos admitir que el empleo de este enfoque no es algo que pueda decidirse sólo por el equipo, pues la cirugía ultrasegura necesita un entorno muy estable y controlado, sustentado en unos procedimientos básicos muy fiables.

En circunstancias extraordinarias, todos los equipos, por muy procedimentado que esté el entorno, tendrán que adaptarse, responder y recuperar. A la inversa, los equipos altamente adaptativos también necesitan seguir fielmente un conjunto de procedimientos sólidos. En una misma tarde, un equipo de asistencia sanitaria podría trabajar de forma ultrasegura en algunos aspectos, como cuando el protocolo sanitario está claramente definido y es totalmente adecuado para el paciente; trabajar con alta fiabilidad en la mayor parte del trabajo, y, por reducidos espacios de tiempo, podrían trabajar de manera ultraadaptativa. No obstante, las estrategias a largo plazo para el modelo de fondo requieren ajustes importantes, no sólo en el equipo, sino también en toda la institución y posiblemente en el ámbito regulador.

El cambio a un nuevo modelo de seguridad es posible en algunas circunstancias, pero a menudo sólo se produce tras algún acontecimiento que afecta a toda la profesión y a su economía. Por ejemplo, la industria química, que en algunos casos aún se basa en modelos adaptativos surgidos

en la década de los años sesenta y setenta del siglo pasado, cambió a un modelo de HRO tras los episodios de Seveso, en Italia, en 1976, y la directiva europea que se dictó después en 1982. En este caso, y en muchos otros, la transición al nuevo modelo no surgió dentro de la propia industria, sino que vino impuesta por las autoridades legislativas y el gobierno. Cuando esto ocurre, se hace necesario un largo período de ajuste, durante el cual el sistema migra de manera gradual y pierde las ventajas que ofrecía el sistema anterior (un mayor nivel de adaptación y flexibilidad), pero consigue las ventajas del modelo nuevo (sobre todo en términos de seguridad). Un cambio duradero en el modelo de seguridad no puede producirse sin cambiar las condiciones de trabajo que vienen impuestas por el ámbito externo. Un cambio de modelo también tiene que contar con la aceptación de los operadores de primera línea y ser congruente con los valores y la cultura de toda la institución. Si no se pueden cambiar esas condiciones, las mejoras en materia de seguridad serán modestas y limitadas a mejoras en áreas concretas. Si nos mantenemos «dentro del modelo», podremos mejorar la seguridad en una proporción de 10, mientras que si es posible proteger el sistema y dotarlo de estabilidad, entonces se puede pasar a una categoría diferente con grandes mejoras en materia de seguridad.

CONSIDERACIONES SOBRE EL IDEAL DE SEGURIDAD

La idea de un único modelo de seguridad que resulte aplicable a todo y que tenga como objetivo la eliminación total de los accidentes es demasiado simplista. La seguridad sólo se contempla en relación con otros objetivos, y esos otros objetivos pueden ser importantes, pero también implicar riesgo. Nunca estamos en posición de establecer como objetivo la seguridad absoluta, sino tan sólo de operar con tanta seguridad como sea posible tomando en cuenta nuestros objetivos y nuestra tolerancia al riesgo. Diferentes contextos generan distintos modelos de seguridad, cada uno con sus modelos, ventajas y limitaciones. Las diferencias entre estos modelos residen en el equilibrio entre los beneficios de la adaptabilidad y los beneficios del control y la seguridad. Un modelo diferente podría ser más efectivo intrínsecamente, pero puede que no sea viable en el contexto en cuestión. Por ejemplo, muchos aspectos de la asistencia

sanitaria se basan en un modelo de alta fiabilidad, pero no pueden avanzar a un modelo ultraseguro sin recursos complementarios y control de la demanda. Sin embargo, aunque podrían conseguirse algunos cambios en la asistencia sanitaria, un ajuste de mayor relevancia seguramente exigiría una estrategia para la gestión de la demanda radicalmente diferente, lo que actualmente no es viable desde un punto de vista de carácter político. Los modelos de seguridad son, en última instancia, dependientes del contexto y serán diferentes según la disciplina, la institución, la forma de gobierno y la competencia de que se trate.

Puntos clave

- La seguridad se aborda de maneras muy distintas en distintos ámbitos. En algunos ámbitos y profesiones el riesgo se acepta, en algunos se gestiona y en otros se controla.
- Distinguimos tres clases de modelos de seguridad: un modelo ultraadaptativo asociado a la aceptación del riesgo, un modelo de alta fiabilidad que gestiona el riesgo y un modelo ultraseguro que depende en gran medida de la evitación del riesgo.
- Los tres modelos reflejan hasta qué punto un contexto es inestable e impredecible. Solo es posible lograr niveles muy elevados de seguridad en ámbitos muy controlados.
- Las estrategias de intervención deben adaptarse a estos modelos, otorgándole importancia a los expertos, en el contexto ultraadaptativo; al trabajo en equipo, en los contextos de HRO; y a la estandarización, la vigilancia y el control en los contextos ultraseguros.
- La asistencia sanitaria cuenta con muchos tipos distintos de actividad y de ámbitos asistenciales. Las áreas de atención altamente estandarizada, como la radioterapia, se ajustan al modelo ultraseguro. Por el contrario, gran parte de la atención en planta se corresponde con el modelo intermedio, basado en el equipo, y que emplea una combinación de estándares y protocolos, criterio profesional y flexibilidad.

- Algunas actividades asistenciales como la cirugía de urgencia son necesariamente más adaptativas. El trabajo puede organizarse y planificarse, pero 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.
- Todas las áreas clínicas, sin importar cómo de adaptativas sean, dependen de su cimentación en unos procedimientos esenciales; «adaptativo» es un término relativo y no supone una invitación a abandonar todas las pautas y a que cada uno tome decisiones a su manera.
- Un cambio duradero en el modelo de seguridad no puede producirse sin cambiar las condiciones de trabajo que vienen impuestas por el ámbito externo. Un cambio de modelo también tiene que contar con la aceptación de los operadores de primera línea y ser congruente con los valores y la cultura de toda la institución.
- Diferentes contextos generan distintos modelos de seguridad, cada uno con sus aproximaciones, ventajas y limitaciones. Las diferencias entre estos modelos residen en el equilibrio entre los beneficios de la adaptabilidad y los beneficios del control y la seguridad. Un modelo distinto puede ser intrínsecamente más seguro, pero puede que no sea viable en un contexto determinado.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente

REFERENCIAS

- Amalberti R (2001) The paradoxes of almost totally safe transportation systems. *Saf Sci* 37(2): 109-126
- Amalberti R (2013) Navigating safety: necessary compromises and trade-offs – theory and practice. Springer, Heidelberg
- Amalberti R, Deblon F (1992) Cognitive modelling of fighter aircraft process control: a step towards an intelligent on-board assistance system. *Int J Man Mach Stud* 36(5):639-671

- Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P (2005) Five system barriers to achieving ultra-safe health care. *Ann Intern Med* 142(9):756-764
- Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH (2011) Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 343:d5283
- Grote G (2012) Safety management in different high-risk domains-all the same? *Saf Sci* 50(10):1983-1992
- Lawton R (1998) Not working to rule: understanding procedural violations at work. *Saf Sci* 28(2):77-95
- Morel G, Amalberti R, Chauvin C (2008) Articulating the differences between safety and resilience: the decision-making process of professional sea-fishing skippers. *Hum Factors* 50(1):1-16
- Morel G, Amalberti R, Chauvin C (2009) How good micro/macro ergonomics may improve resilience, but not necessarily safety. *Saf Sci* 47(2):285-294
- Reason JT (1997) *Managing the risks of organizational accidents* (Vol. 6). Aldershot: Ashgate.
- Vincent C, Benn J, Hanna GB (2010) High reliability in health care. *BMJ* 340:x84
- Weick KE, Sutcliffe KM (2007) *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. Wiley, San Francisco
- Wolfe T (1979) *The right stuff*. Random House, Nueva York

4

Contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente

EL DAÑO AL PACIENTE OCURRE EN TODOS Y CADA UNO DE LOS ÁMBITOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA: EN EL DOMICILIO DURANTE LA CONVALECENCIA, EN FISIOTERAPIA EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS, en la sala de operaciones bajo el efecto de la anestesia, en el pasillo del hospital solo en una camilla, en el centro de salud con el pediatra, en urgencias esperando la valoración del médico. El daño se produce como resultado de los fallos en la atención al paciente, más que por la evolución natural de la enfermedad o los achaques. El daño se puede deber a un diagnóstico erróneo o a la falta del mismo, el retraso en las citas, la falta de higiene, la confusión de la identidad, los síntomas que pasan inadvertidos, una conducta hostil, el mal funcionamiento de los dispositivos, instrucciones poco claras, un lenguaje falto de sensibilidad y un entorno peligroso.

El curso del daño comienza con una inesperada experiencia de daño que surge o que está relacionada con la prestación de atención, incluyendo tanto la acción como la omisión. La consecuencia inicial del daño puede ser fugaz, pasajera o permanente, e incluir la muerte. Puede que el daño no desaparezca ni siquiera cuando se pone fin a la causa. El paciente puede sufrir daño durante el episodio de atención, cuando se produjo el error, o más tarde, cuando transcurre algún tiempo. El daño que se soporta al principio puede evolucionar, transformarse y diseminarse. Con el tiempo, el daño que no se ha tratado puede llegar a perjudicar aún más a la víctima inicial de éste, tanto de modo pasajero como permanente, y a otros muchos (Canfield 2013).

Consideremos estas reflexiones sobre el daño al paciente escritas por Carolyn Canfield, que vio lo deficiente que fue la atención a su marido al final de su vida. Ésta es una descripción del daño escrita desde la

perspectiva del paciente y, en muchos sentidos, es sorprendentemente distinta de la de los informes sobre incidentes y eventos adversos identificados por los profesionales sanitarios. Tres cuestiones destacan particularmente:

- En primer lugar, el daño se concibe de manera muy amplia, abarcando tanto las alteraciones graves en el tratamiento como los eventos de menor importancia que causan más angustia que daño.
- En segundo lugar, para el paciente el daño incluye tanto los fallos graves en la administración del tratamiento adecuado como los daños que se producen más allá del tratamiento proporcionado. La atención de mala calidad es, por tanto, considerada dañina y se incluye dentro de la seguridad del paciente.
- En tercer lugar, y quizá más importante, el daño no se considera desde el punto de vista de los incidentes, sino como una trayectoria dentro de la vida de la persona. Tanto el origen como las consecuencias del daño se producen a lo largo del tiempo y la escala temporal es mucho más amplia que la que normalmente se considera. Los profesionales sanitarios observan solamente los incidentes, pero aunque éstos son importantes, ofrecen una perspectiva incompleta.

Ahora nos estamos planteando una visión bastante diferente sobre la seguridad del paciente. Nuestra anterior perspectiva podría explicarse fundadamente como la de una asistencia sanitaria de alta calidad en general, interrumpida de vez en cuando por incidentes de seguridad y eventos adversos. Ahora volvemos a reformular la seguridad del paciente como el examen de los fallos y daños graves a lo largo del itinerario del paciente, lo que, sin duda, debe analizarse en el contexto de los beneficios de la asistencia sanitaria recibida. Esto exige que contemplemos tanto los beneficios como los daños a través de los ojos del paciente, no porque sea lo ideológica o políticamente correcto, sino porque se trata de la realidad que tenemos que captar.

¿A QUÉ NOS REFERIMOS CUANDO HABLAMOS DE DAÑO?

En sus comienzos, la seguridad del paciente se centraba en eventos poco frecuentes y, a menudo, trágicos. No obstante, conforme se fue estudiando la seguridad de manera más sistemática, se evidenció que la frecuencia de los errores y los daños era mucho mayor de lo que se había percibido anteriormente y que era necesario ocuparse de la seguridad de todos los pacientes. La mayor parte de los pacientes son, hasta cierto punto, vulnerables a las infecciones, los eventos adversos por medicamentos y las complicaciones de la cirugía y otros tratamientos. Los pacientes de más edad, más frágiles o que padecen varias enfermedades pueden experimentar eventos adversos por exceso de tratamiento, polimedicación excesiva y otros muchos problemas como el síndrome confusional, la deshidratación o la nutrición inadecuada. Además, los pacientes pueden sufrir daños por eventos infrecuentes e imprevisibles, como resultado de tratamientos o equipamientos nuevos o combinaciones poco usuales de problemas que no resultan fáciles de prever. Si queremos valorar el daño que se deriva de la asistencia sanitaria, tendremos que considerar estas tres clases de evento.

El daño puede definirse de distintas maneras y no hay ningún límite absoluto, sobre todo teniendo en cuenta que el perímetro de la seguridad del paciente se amplía de manera constante, tal y como ya hemos expuesto. Algunos tipos de eventos, como la sobredosis con consecuencias para el paciente, pueden caracterizarse como eventos dañinos ocasionados por la asistencia sanitaria. El daño que es resultado de un fallo en el tratamiento resulta más complicado. Por ejemplo, si a un paciente no se le administra la medicación profiláctica adecuada y sufre una tromboembolia, el daño, o al menos su causa, no resulta tan nítido. Con los retrasos en el diagnóstico, el concepto de daño es aún más complicado. Cada vez es más frecuente que la falta de reconocimiento del deterioro y la falta de inicio del tratamiento se consideren como problemas de seguridad del paciente (Brady et al. 2013). Con independencia de si todos estos eventos podrían considerarse como dañinos, podemos aceptar de común acuerdo que son efectos indeseables y suponen fallos graves en la atención a los pacientes implicados (Cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Ejemplos de los tipos de daño en asistencia sanitaria

Daño general derivado de la asistencia sanitaria

Las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria, las caídas, el síndrome confusional y la deshidratación, son ejemplos de los problemas que pueden afectar a los pacientes con enfermedades graves.

Daño debido a un tratamiento específico

El daño asociado a un tratamiento específico o al tratamiento de una enfermedad determinada, que puede ser inevitable. Incluiría los eventos adversos por medicamentos, las complicaciones quirúrgicas y los eventos adversos de la quimioterapia.

Daño debido al exceso de tratamiento

También resulta posible causar daño a los pacientes por administrarles demasiado tratamiento, ya se deba al error (por ejemplo, sobredosis de medicamentos) o a la intervención excesiva aunque bien intencionada. Por ejemplo, el empleo excesivo de tranquilizantes aumenta el riesgo de caídas, o los pacientes casi al final de su vida pueden recibir tratamientos que ocasionan dolor y que no les reportan beneficio alguno.

Daño debido a la falta de administración del tratamiento adecuado

Muchos pacientes no reciben atención de referencia basada en la evidencia y para algunos esto supone que su enfermedad avanza más rápido de lo que debería. Ejemplos de esto serían la falta de rapidez en la administración de tratamiento trombolítico para la embolia cerebral, la falta de tratamiento para el infarto de miocardio y la falta de administración de antibióticos profilácticos antes de la cirugía.

Daño resultante de la demora o inadecuación del diagnóstico

Algunos daños se producen porque la enfermedad del paciente no se reconoce o se diagnostica incorrectamente. Por ejemplo, un paciente puede recibir un diagnóstico equivocado por su médico de atención primaria, que no le deriva a un especialista; el cáncer avanza y puede que tenga un peor desenlace.

Daño psicológico y sentimiento de inseguridad

Las situaciones de falta de amabilidad pueden fijarse en la memoria de las personas vulnerables y afectar a cómo abordan las próximas citas con los profesionales sanitarios. Tomar conciencia de la inseguridad puede tener mayores consecuencias si conlleva una pérdida de la confianza. Por ejemplo, puede hacer que se rehuyan las vacunas, la donación de sangre o de órganos.

Adaptado de Vincent et al. (2013)

Al reflexionar sobre las muchas maneras con las que la asistencia sanitaria puede fallar o causar daño al paciente, se hace patente que gran parte de ellas son graduales, avanzan con lentitud y, si no reciben atención, pueden devenir en una crisis que tenga como consecuencia el ingreso en el hospital u otro tratamiento urgente. En el hospital, un paciente frágil que padece un síndrome confusional recibe una atención de mala calidad, hasta el punto de que resulta dañina, pero esto realmente no queda reflejado si pensamos sólo en términos de error o incidentes. Cuando consideramos la atención fuera del hospital, el concepto de incidente resulta aún menos útil. Pensemos, por ejemplo, en un paciente que tiene una reacción adversa a la medicación antidepresiva que se le ha recetado, y que la toma durante varios meses hasta que culmina en un ingreso hospitalario. Sabemos que las reacciones adversas a los medicamentos están implicadas en aproximadamente un 5% de los ingresos hospitalarios (Winterstein et al. 2002; Stausberg et al. 2011), pero el daño que precede a estos eventos tiene una escala temporal de meses. Es más, el daño de esta clase no puede contemplarse desde el punto de vista del «error», al menos no como un error cometido en una ocasión específica.

LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LOS OJOS DEL PACIENTE

Cuando consideramos la atención como pacientes tenemos presente todo el curso de la enfermedad y el tratamiento recibido a lo largo de

nuestra vida. Por supuesto, hay episodios de atención concretos, pero valoramos nuestra experiencia y el impacto de la asistencia sanitaria en función de la totalidad de nuestro tratamiento y el balance global entre el beneficio y el daño. ¿Cómo podemos representar esto desde el punto de vista de la seguridad y la calidad de la asistencia y de los distintos escenarios que podríamos querer abarcar?

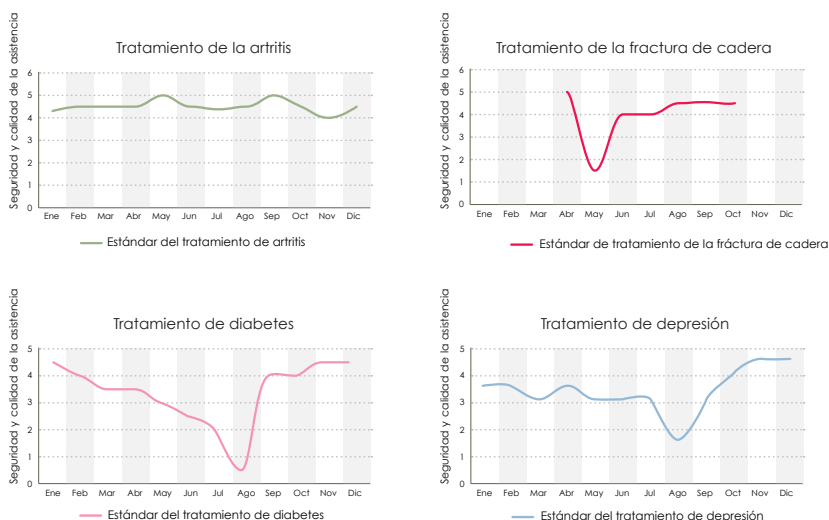


Fig. 4.1 Cuatro itinerarios del paciente

Consideremos los cuatro itinerarios del paciente representados en la Figura 4.1. En cada uno de los casos la gráfica proporciona una representación simple de la calidad de la atención recibida por cada paciente a lo largo de 1 año de tratamiento para distintas enfermedades. El eje de abscisas representa el tiempo y el eje de ordenadas muestra el nivel de la atención proporcionada (no la salud del paciente o la gravedad de su enfermedad). Los cinco estándares que analizamos en el capítulo 2 se muestran a la izquierda, con la atención óptima en la parte de arriba de las gráficas y la atención deteriorada o peligrosa representada en los niveles más bajos.

- La primera persona recibe tratamiento a largo plazo por osteoartritis. Tanto el tratamiento como la supervisión tienen una calidad alta, son estables a lo largo del tiempo y la calidad global es excelente.

- La segunda persona padece una fractura de cadera en abril. El tratamiento inicial es excelente, con un ingreso a tiempo en el hospital y una cirugía rápida y eficaz. No obstante, durante el posoperatorio el paciente contrae una infección grave de la herida, que no es reconocida inmediatamente por la enfermera que le atiende en su domicilio. La infección empeora, y requiere un segundo ingreso hospitalario, pero la infección es tratada eficazmente y se recupera sin complicaciones. La calidad global de la asistencia es buena, con una equivocación grave en el mes de mayo.
- La tercera persona recibe tratamiento para la diabetes, que es eficaz inicialmente. Sin embargo, a principios de año la atención empeora, dado que no hay una vigilancia eficaz y ésta se vuelve progresivamente más esporádica, lo que tiene como resultado un ingreso hospitalario en agosto, con complicaciones que podrían poner en peligro la vida del paciente. La atención hospitalaria, sin embargo, es excelente y el paciente se recupera bien.
- La cuarta persona recibe tratamiento para la depresión, que es parcialmente eficaz. La supervisión es infrecuente, el tratamiento no es óptimo, pero no se presentan crisis durante el año. La calidad de la atención ronda el nivel 3; deficiente, pero aun aceptablemente segura.

Estos tres escenarios son relativamente sencillos y, en muchos niveles asistenciales, la atención y la evolución del paciente podrían vigilarse más o menos bien. Podríamos valorar el resultado de la prótesis de cadera, registrar la infección posoperatoria y supervisar la frecuencia del tratamiento para la artritis, la diabetes y la depresión en atención primaria. Sin embargo, ahora vamos a considerar una situación diferente pero más realista, que representa con mayor fidelidad el equilibrio entre el beneficio y el daño que de forma ideal nos gustaría registrar, entender y modificar. Se trata de la persona que sufre varias enfermedades y recibe tratamiento para todas ellas al mismo tiempo.

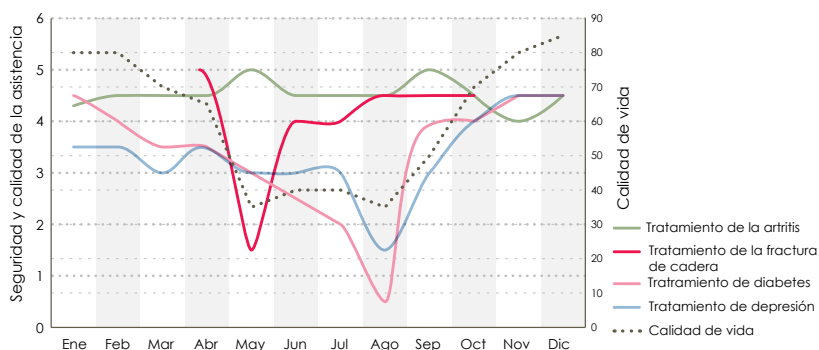


Fig. 4.2 Cambios en los estándares de la atención a lo largo del tiempo

Pensemos en una persona que sufre artritis, diabetes y depresión y que tiene una fractura de cadera durante el año. La Figura 4.2 muestra las cuatro gráficas distintas combinadas en este paciente con un eje adicional que muestra la valoración de la calidad de vida general para el paciente durante este año de aflicciones. Como antes, la atención que recibe para la artritis sigue siendo de alta calidad durante todo el año, la atención de la fractura de cadera es también en general muy buena, pero interrumpida por una infección posoperatoria inicialmente no reconocida. El tratamiento para la diabetes sigue siendo problemático y, si nos fijamos en la bajada de calidad de la atención tras el mes de abril, podemos intuir que es probable que el ingreso hospitalario y las infecciones ulteriores interrumpieran el seguimiento habitual. Vemos también muy claramente lo compleja que resulta la asistencia sanitaria desde la perspectiva del paciente y que, posiblemente, muy pocos de los profesionales sanitarios involucrados tendrán cierta noción del impacto que una buena o deficiente asistencia sanitaria tiene en la vida de la persona.

LA SEGURIDAD A TRAVÉS DE LOS OJOS DEL PACIENTE

En este capítulo hemos conceptualizado la seguridad en el contexto del itinerario asistencial del paciente, que muestra una atención de buena calidad, pero también varios tipos de fallos y daños graves. Las reper-

cusiones que una aproximación de este tipo tiene para la seguridad se analizarán en detalle en la segunda parte de este libro, pero resultará útil anticipar ahora algunas orientaciones generales.

El paciente tiene, potencialmente, la mejor visión de conjunto

La cuestión más obvia que surge del análisis del tratamiento a lo largo del tiempo es que el paciente, sobre todo en el hospital, es un testigo privilegiado. Las medidas para que el paciente informe de sus resultados ya son, sin duda, una prioridad importante, pero claramente necesitamos encontrar modos de dar seguimiento a la experiencia de asistencia sanitaria a lo largo del tiempo y de integrar esta información con la información clínica disponible. Es fácil decirlo, pero seguramente esta tarea implique una dificultad considerable.

La visión de los profesionales sanitarios es forzosamente incompleta

Cada uno de los profesionales sanitarios que entran en relación con un paciente tendrá sólo una perspectiva parcial del itinerario de este paciente. Hasta en el hospital, tanto si las notas se realizan de forma electrónica como si se hacen en papel, puede resultar difícil interpretar el itinerario asistencial del paciente. El problema se torna aún más grave fuera del hospital. Un buen médico de familia o de cabecera se encuentra en un lugar privilegiado para comprender el itinerario asistencial del paciente en su integridad, pero tendremos que crear métodos para representar una perspectiva total de la atención que pueda compartirse a través de distintos niveles.

Los recursos del paciente y su familia son fundamentales para una atención segura

Los pacientes y sus familias cada vez asumen más la compleja tarea de coordinar su atención. La valoración formal de esos recursos financieros, emocionales y prácticos se volverá esencial para la coordinación de la atención, y la idea del paciente como parte del equipo de asistencia sanitaria dejará de ser una aspiración para convertirse en una necesidad. Esto puede, sin duda, conllevar beneficios en cuanto al compromiso y la implicación del paciente, pero también comporta un riesgo, dado que carga al paciente con la responsabilidad de organizar y obtener la prestación de la atención y la responsabilidad por el error médico se traslada de los profesionales a los pacientes y sus familias.

La coordinación de la atención es uno de los principales problemas en materia de seguridad

Los pacientes con múltiples problemas ya cuentan con múltiples profesionales involucrados en su atención y se enfrentan a retos muy importantes en la coordinación de su propia atención. La comunicación deficiente entre los distintos ámbitos es, a menudo, un factor en los estudios sobre los eventos adversos en el hospital y en las investigaciones sobre los fallos significativos en el ámbito extrahospitalario. Las intervenciones de seguridad en estos contextos pueden ser menos una cuestión de paquetes de prácticas clínicas (*bundles*) y estar más relacionadas con intervenciones a nivel institucional en general, para asegurar una respuesta rápida a las crisis y la coordinación entre departamentos.

RECONSIDERAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al comienzo de este capítulo sosteníamos que el modo en que actualmente contemplamos la seguridad del paciente presume una asistencia sanitaria de alta calidad en general, que se ve afectada por incidentes de seguridad y eventos adversos aislados. Somos cada vez más cons-

cientes de que ésta es la visión de la seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Se trata de una perspectiva sincera, dado que los profesionales, naturalmente, dan por sentado que en general están prestando una buena asistencia aunque son conscientes de que se comenten fallos.

En cambio, hemos ampliado nuestra perspectiva sobre el daño y replanteado la seguridad del paciente como el examen de la totalidad de los fallos y daños graves en el itinerario del paciente, que indudablemente debe ponerse en relación con los beneficios de la asistencia sanitaria recibida. Ésta es una visión de la seguridad a través de la perspectiva del paciente, los cuidadores y la familia.

Creemos que la evolución en materia de seguridad en el futuro depende de que se defina la seguridad de esta forma más amplia y de que vinculemos nuestra interpretación de la seguridad a las aspiraciones y objetivos totales del sistema sanitario. Esto quiere decir, considerando los riesgos y los beneficios del tratamiento en una escala temporal mayor, en los diferentes niveles asistenciales y, fundamentalmente, dentro de las realidades de un sistema fragmentado con múltiples vulnerabilidades. Esto exigirá cambiar de un modelo centrado en los errores e incidentes concretos a un examen del origen de los fallos más esenciales en la atención, como, por ejemplo, la hospitalización evitable debida a la falta de reconocimiento del empeoramiento de una enfermedad crónica. El objetivo a largo plazo, tanto para los pacientes en concreto como para la seguridad del paciente, es examinar cómo se pueden minimizar el riesgo y el daño a lo largo del itinerario del paciente, con el afán de lograr el mayor beneficio de la asistencia sanitaria. En los siguientes capítulos desarrollaremos estas ideas más detalladamente y analizaremos cómo este programa, ambicioso pero necesario, puede llevarse a la práctica.

Puntos clave

- Los pacientes tienen una visión del daño distinta a la de los profesionales. El daño se concibe de manera muy amplia, abarcando tanto las alteraciones graves en el tratamiento como los eventos menores que causan más angustia que daño.
- Para el paciente el daño incluye tanto los fallos graves en la administración del tratamiento adecuado como los daños que se producen más allá del tratamiento proporcionado. El daño y el beneficio no se consideran en función de los incidentes, sino como una trayectoria dentro de la vida de la persona.
- Muchos de los eventos identificados por los pacientes no son registrados por el sistema de notificación de incidentes ni anotados en la historia clínica.
- Lo que planteamos es que la seguridad del paciente debe centrarse en la totalidad del daño durante el itinerario del paciente, lo que forzosamente tiene que ser planteado en relación al beneficio obtenido de la asistencia sanitaria recibida. Ésta es una visión de la seguridad a través de los ojos del paciente, los cuidadores y la familia.
- Es necesario involucrar activamente a los pacientes y sus familias en el fomento de la seguridad. Esto, sin duda, conllevará beneficios en cuanto al compromiso y la implicación del paciente, pero también comporta un riesgo, dado que carga al paciente con la responsabilidad de organizar y obtener la prestación de la atención y el error médico se traslada de los profesionales a los pacientes y sus familias.
- Tenemos que considerar los riesgos y los beneficios del tratamiento en una escala temporal mayor, en los diferentes niveles y dentro de las realidades de un sistema fragmentado con múltiples vulnerabilidades. Esto exigirá cambiar de un enfoque centrado en los incidentes concretos a un examen de fallos más esenciales a largo plazo, como la hospitalización evitable debida a la falta de reconocimiento del empeoramiento de una enfermedad crónica.

- Creemos que la evolución en materia de seguridad en el futuro depende de que se defina la seguridad de esta forma más amplia y vinculemos nuestra interpretación de la seguridad a las aspiraciones y objetivos totales del sistema sanitario.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Brady PW, Muething S, Kotagal U, Ashby M, Gallagher R, Hall D, Goodfriend M, White C, Bracke TM, DeCastro V, Geiser M, Simon J, Tucker KM, Olivea J, Conway PH, Wheeler DS (2013) Improving situation awareness to reduce unrecognized clinical deterioration and serious safety events. *Pediatrics* 131(1):e298–e308
- Canfield C (2013) It's a matter of trust: a framework for patient harm. Manuscrito sin publicar.
- Stausberg J, Halim A, Farber R (2011) Concordance and robustness of quality indicator sets for hospitals: an analysis of routine data. *BMC Health Serv Res* 11(1):106. doi:[10.1186/1472-6963-11-106](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-106)
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation, Londres
- Winterstein AG, Sauer BC, Hepler CD, Poole C (2002) Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 36(7-8): 1238–1248

5

Las consecuencias para el análisis de incidentes

TODAS LAS INDUSTRIAS DE ALTO RIESGO DEDICAN MUCHO TIEMPO Y RECURSOS A LA INVESTIGACIÓN Y AL ANÁLISIS DE ACCIDENTES, INCIDENTES Y CUASI INCIDENTES. Estas industrias utilizan otros muchos métodos para evaluar la seguridad, pero la identificación y el análisis de los incidentes y los acontecimientos graves siguen siendo un estímulo y una guía fundamentales para la mejora de la seguridad. Los análisis de los problemas de seguridad siempre exigen la revisión de una serie de informaciones y, por lo general, no deben hacerse recomendaciones tomando como base un acontecimiento aislado. Sin embargo, una estrategia de seguridad integral debe estar, en parte, fundamentada en la comprensión de los eventos adversos, su frecuencia, su gravedad, sus causas y sus factores contribuyentes. En este capítulo estudiaremos cómo podrían ampliarse estos análisis a la luz de los argumentos presentados en los capítulos precedentes.

¿QUÉ PRETENDEMOS APRENDER CUANDO ANALIZAMOS LOS INCIDENTES?

Un escenario asistencial puede examinarse desde distintas perspectivas, cada una de las cuales podría arrojar luz sobre distintos aspectos del caso. Desde tiempo inmemorial, los casos se han empleado para estudiar y reflexionar sobre la naturaleza de la enfermedad. También pueden utilizarse para explicar el proceso de toma de decisiones clínicas, la ponderación de las opciones de tratamiento y, especialmente, cuando se analizan errores, el impacto de los incidentes y accidentes. El análisis de incidentes, con el fin de mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria, puede abarcar todas esas perspectivas, pero, sobre todo, incluye también la reflexión sobre el sistema sanitario en su conjunto.

En el pasado, un reto fundamental para la seguridad del paciente fue la elaboración de una aproximación más concienzuda al error y al daño a los pacientes. Normalmente se culpa al error humano de los accidentes aéreos, ferroviarios, de cirugía compleja o de la asistencia sanitaria en general. Inmediatamente después del accidente se hacen valoraciones rápidas y, con demasiada frecuencia, se culpa a la persona que tiene una relación más evidente con la catástrofe. Se señala rápidamente al piloto del avión, al médico que administró la inyección, al conductor del tren que se saltó el semáforo (Vincent et al. 1998). Richard Cook y David Woods se han referido a esta reacción rápida e irreflexiva como la «primera historia» (Cuadro 5.1). Sin embargo, aunque una determinada acción u omisión puede ser la causa inmediata de un incidente, un análisis más detallado normalmente revela una serie de eventos y desviaciones de las prácticas seguras, cada uno de ellos influenciado por el entorno de trabajo y el contexto total de la organización (Reason 1997; Vincent et al. 2000). La «segunda historia» intenta captar el evento con todos los matices, sin mirar a través del filtro de la retrospectiva que nos impide ver con claridad y contemplándolo desde la perspectiva de todos los involucrados, lo que en el caso de la asistencia sanitaria debe incluir la perspectiva del paciente y su familia

Cuadro 5.1 Primera y segunda historias

La primera historia representa cuál es la primera respuesta, cuando se conoce el desenlace y las consecuencias para las víctimas y las organizaciones, a los fallos en los sistemas de los que dependen. Es un proceso social y político, que generalmente no nos dice demasiado sobre los factores que influyeron en la actuación humana antes del acontecimiento.

Las primeras historias son una narración excesivamente simplificada de la causa aparente del desenlace adverso. A posteriori, el sesgo retrospectivo reduce y distorsiona nuestra visión sobre la actuación. Como consecuencia, el conjunto de contribuyentes que llevaron al fallo se cierra de forma prematura.

Cuando comenzamos a buscar la segunda historia, nuestra atención se dirige a las personas que trabajan en la primera línea del sistema sanitario y a cómo los factores humanos, organizativos y tecnológicos intervienen en la producción del resultado. Tenemos que entender las presiones y los dilemas que guían la actuación humana y cómo las personas y las instituciones trabajan activamente para superar los peligros.

Adaptado de Woods y Cook (2002)

Previamente ampliamos el modelo de Reason y lo adaptamos para su uso en la asistencia sanitaria, clasificando las condiciones que producen errores y los factores organizativos en un marco único general de factores que afectan a la práctica clínica (Vincent et al. 1998; Vincent 2003). El esquema de los «siete niveles de seguridad» clasifica los factores contribuyentes y las influencias en materia de seguridad en siete amplios grupos: factores del paciente, factores de la tarea, factores personales de la plantilla, factores del equipo, condiciones de trabajo, factores organizativos y el contexto institucional total (Tabla 5.1).

Esto dio lugar a un método de análisis de incidentes publicado en el año 2000 al que normalmente nos referimos como ALARM, porque fue elaborado con compañeros de la Association of Litigation and Risk Management (Vincent et al. 2000). El modelo ALARM estaba principalmente dirigido al sector de la medicina intensiva y de urgencias. Una revisión y ampliación realizada más tarde, en 2004, conocida como el «Protocolo de Londres», ha sido traducida a distintas lenguas y puede ser aplicada a todas las áreas de la asistencia sanitaria, incluyendo el sector de la medicina intensiva y urgencias, el de la salud mental y el de la atención primaria. El método de análisis es conocido por distintos nombres en distintos países; algunos siguen llamándolo ALARM y otros se refieren a él como Protocolo de Londres. Usaremos el término ALARM/LONDRES para referirnos a los elementos fundamentales de las versiones anteriores, lo que aunque es un poco tosco resulta útil para evitar la confusión. También proponemos un nuevo modelo ampliado, que hemos llamado ALARME para indicar que se le ha dado un nuevo tono europeo.

Tabla 5.1 El esquema ALARM/LONDRES de factores contribuyentes

Tipos de factores	Ejemplos de factores contribuyentes
Factores del paciente	Complejidad y gravedad de las enfermedades
	Lenguaje y comunicación
	Personalidad y factores sociales
Factores de las tareas y de tecnología	Diseño y claridad de las tareas
	Disponibilidad y uso de los protocolos
	Disponibilidad y precisión de los resultados de las pruebas
	Herramientas de apoyo en la toma de decisiones
Factores individuales (de la plantilla)	Actitud, conocimientos y habilidades
	Competencia
	Salud mental y física
Factores de equipo	Comunicación verbal
	Comunicación escrita
	Supervisión y búsqueda de ayuda
	Estructura de equipo (congruencia, consistencia y liderazgo)
Factores del entorno de trabajo	Niveles de dotación de plantilla y mezcla de habilidades
	Carga de trabajo y turnos de la plantilla
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento del equipo
	Apoyo administrativo y de gestión
	Entorno físico
Factores organizativos y de gestión	Recursos y limitaciones financieras
	Estructura organizativa
	Políticas, estándares y objetivos
	Cultura de seguridad y prioridades
Factores del contexto institucional	Contexto económico y normativo
	Ámbito general de los servicios sanitarios
	Vínculos con organizaciones externas

El modelo elaborado por James Reason y cols. ha sido enormemente fructífero y ha ampliado mucho nuestra comprensión sobre las causas y la prevención del daño. Ahora, la pregunta que nos planteamos es si es necesario adaptar o ampliar esta perspectiva a la luz de los razonamientos previos. El modelo actual ha resultado eficaz en muchos ámbitos clínicos distintos, pero se dirige prioritariamente al análisis de eventos relativamente aislados; puede que sea necesario hacer algunas revisiones si vamos a ampliar nuestro análisis a los fallos y daños graves que evolucionan a lo largo de meses o de años. Es posible que tengamos que ampliar en distintos sentidos nuestro modelo de investigación y análisis de incidentes.

LOS CONCEPTOS PRINCIPALES DE ALARME

El modelo ALARM/LONDRES estableció una metodología y un enfoque estructurado para la reflexión sobre los muchos factores que pueden contribuir a un incidente. Durante una investigación, la información se obtiene de distintas fuentes: se analizan los datos recogidos, las declaraciones y otra documentación relevante y se llevan a cabo entrevistas con el personal y, a poder ser, con el paciente y su familia. Una vez que logra aclararse la cronología de los hechos, hay tres consideraciones fundamentales: los problemas detectados en la atención prestada en relación con la cronología, el contexto clínico para cada uno de ellos y los factores que contribuyeron a la aparición de los problemas en la prestación de asistencia. Las preguntas clave son: ¿Qué sucedió? (el desenlace y la cronología); ¿Cómo ocurrió? (los problemas de la prestación de asistencia) y ¿Por qué ocurrió? (los factores contribuyentes) (Vincent et al. 2000).

En el contexto de este libro deben examinarse otras cuatro cuestiones nuevas:

- En primer lugar, tenemos que observar un tipo de eventos más amplio con efecto sobre el paciente. Además de los que señalan los profesionales, algunos de los eventos a analizar tienen que ser escogidos utilizando la perspectiva del paciente.
- En segundo lugar, tenemos que ampliar el análisis para examinar un episodio de atención dentro del itinerario del paciente más que como un

incidente aislado. El marco se amplía para incluir el «itinerario del evento» de manera íntegra. ALARME propone un enfoque más amplio que aplica la plantilla tradicional de factores contribuyentes a cada uno de los problemas detectados en la prestación de asistencia dentro de la historia en desarrollo del «daño emergente» considerada para el análisis inicial.

- En tercer lugar, tenemos que prestar más atención tanto a los aciertos como a los fallos en la detección, la anticipación y la recuperación. Ahora no sólo tenemos que considerar los problemas, sino también los aciertos, la detección y la recuperación y de qué modo se combinan para dar lugar a la relación global de beneficio y daño para el paciente. Esto, a su vez, afecta al carácter del aprendizaje y a las consiguientes intervenciones de seguridad que podríamos recomendar.
- En cuarto lugar, es posible que tengamos que adaptar tanto los métodos de análisis como las recomendaciones a los distintos niveles asistenciales y modelos de seguridad.
- Nuestro procedimiento de investigación ampliado mantiene el modelo básico de ALARM/LONDRES y la lista original de factores contribuyentes, pero amplía la escala temporal e incluye el análisis y la reflexión sobre los aciertos, la detección y la recuperación (Figura 5.1 y Tabla 5.2). Los cambios que proponemos exigirían una importante inversión e investigación para la elaboración de nuevos métodos, pero lo creemos fundamental si la seguridad ha de gestionarse, con eficacia, en diferentes contextos clínicos.

ELEGIR EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES

Ya sabemos que los pacientes y sus familias pueden detectar de forma fiable eventos adversos que no han sido detectados por los profesionales. Se ha demostrado en distintos estudios que los pacientes informan de errores y de eventos adversos con precisión y que proporcionan información adicional no disponible para los profesionales sanitarios.

ALARME. Análisis de la seguridad a lo largo del itinerario del paciente

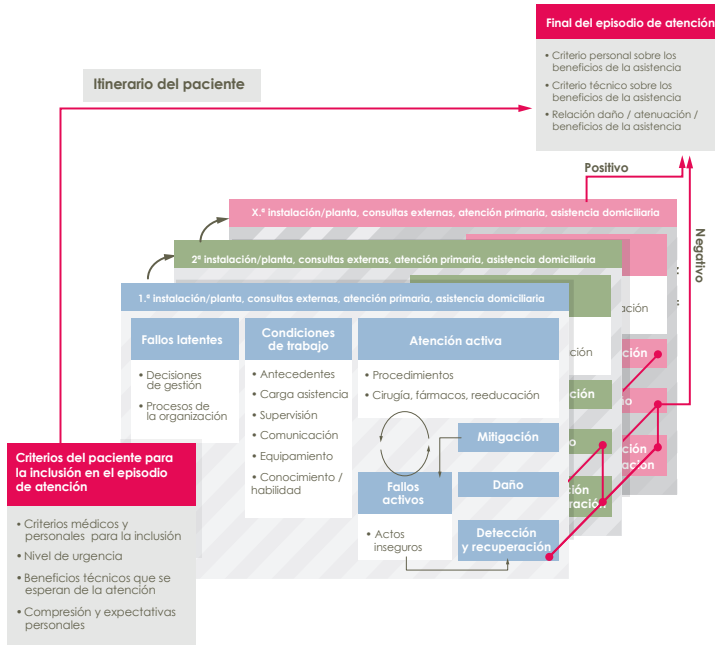


Fig. 5.1 Análisis de la seguridad a lo largo del itinerario del paciente

Muchos de los eventos identificados por los pacientes no son recogidos en el sistema de notificación de incidentes del hospital ni en la historia clínica (Weingart et al. 2005; Weissman et al. 2008). Los resultados de diferentes encuestas realizadas a los pacientes indican que éstos señalan una frecuencia de errores y eventos adversos de algún tipo mucho más elevado que los datos publicados basados en el análisis de los registros hospitalarios (King et al. 2010; Lehmann et al. 2010). Por lo tanto, incluso en los hospitales, ya hay razones para seleccionar algunos de los incidentes detectados por los pacientes para que sean analizados; fuera del hospital, donde los pacientes y los cuidadores cuentan con la visión más completa sobre la atención, las razones son todavía mayores.

Tabla 5.2 Características nuevas de ALARME

ALARM/LONDRES	ALARME
Identificación y decisión de investigar	Pide a los pacientes que cuenten su versión del episodio de atención, centrándose tanto en lo que fue bien como en lo deficiente. Selecciona algunos de esos casos para su análisis
Selecciona a los integrantes del equipo de investigación	Cuando sea posible incluye al paciente y su familia
Organización y recopilación de datos	Pide al paciente y a su familia que cuenten su versión y reflexiona sobre los factores contribuyentes
Determina la cronología del accidente	Amplia el marco temporal a todo el itinerario del paciente
Detecta los problemas en la prestación de asistencia (CDP, por sus siglas en inglés)	Detecta tanto los beneficios de la atención como los problemas, e incluye la detección y la recuperación de los problemas
Detecta los factores contribuyentes	Detecta los factores contribuyentes a cada problema concreto y a la detección y la recuperación
El apoyo a los pacientes, las familias y el personal no se contempla específicamente	Reflexiona y comenta el procedimiento de divulgación y el apoyo a los pacientes, las familias y el personal
Recomendaciones y elaboración de un plan de acción	Selecciona entre todo el catálogo de estrategias e intervenciones

En nuestra opinión los eventos que se deben considerar para el análisis tienen que seleccionarse tanto desde el punto de vista del paciente como del de los profesionales. Sin duda las tragedias merecen una investigación completa y detallada, pero una buena comprensión de la seguridad puede derivarse de eventos de muy diverso tipo. Aún desconocemos qué otro tipo de eventos podrían señalar los pacientes y sus familias como merecedores de investigación. Lo que hace que un evento sea «anómalo» y, por tanto, sea

un posible candidato a ser analizado, es una cuestión de sorpresa, excepcionalidad, intensidad, gravedad y, quizá, también cierta sensación elemental de injusticia al sufrir daño en un lugar seguro. Los eventos identificados por los pacientes y sus familias pueden ser muy diferentes de los identificados por los profesionales.

Los futuros sistemas de notificación de incidentes que traten de involucrar a los pacientes y sus familias necesitarán un equilibrio entre los relatos abiertos y las preguntas cerradas para el análisis y la clasificación de las causas (King et al. 2010). Los estudios sobre las notificaciones proporcionadas por pacientes de atención primaria han empleado una combinación de métodos como la presentación escrita, a través de Internet o por teléfono y la captación por teléfono, con una entrevista de seguimiento cara a cara. Entrevistar a los pacientes en persona es especialmente eficaz en el caso del seguimiento de pacientes ingresados en el hospital; la tasa de respuesta global más alta publicada es del 96 %, alcanzada a través de entrevistas personales realizadas por defensores del paciente en una unidad hospitalaria determinada. No obstante, todavía existen muchas las barreras para utilizar la información obtenida del paciente, sobre todo por la falta de apoyo a los valores de la atención centrada en el paciente, y el consecuente riesgo de que se conceda poco valor a la participación del paciente (Davies y Cleary 2005).

AMPLIAR EL MARCO TEMPORAL DEL ANÁLISIS: EXAMINAR EL ITINERARIO DEL PACIENTE

Muchos de los eventos graves se producen debido a múltiples fallos en la asistencia a un mismo paciente, más que por un único y dramático fallo. A veces, estos fallos separados se combinan en un solo momento, cuando, por ejemplo, un médico joven, sin supervisión en el turno de noche, trabaja con un equipamiento insuficiente, un equipo difícil y un paciente muy enfermo. Aunque, más a menudo, en la asistencia sanitaria prestada a un paciente a lo largo del tiempo, lo que vemos es una degradación de la atención que se produce de manera progresiva, debido a una combinación de errores y vulnerabilidades del sistema y, a veces, negligencia. Los avances en la seguridad del paciente se ven seriamente obstaculizados por

lo restringido del marco temporal empleado en la detección y el análisis de los incidentes.

Ya sabemos que tras la producción de un accidente tenemos que mirar atrás, a la serie de eventos que llevaron al problema y que están directa o indirectamente vinculados a él.

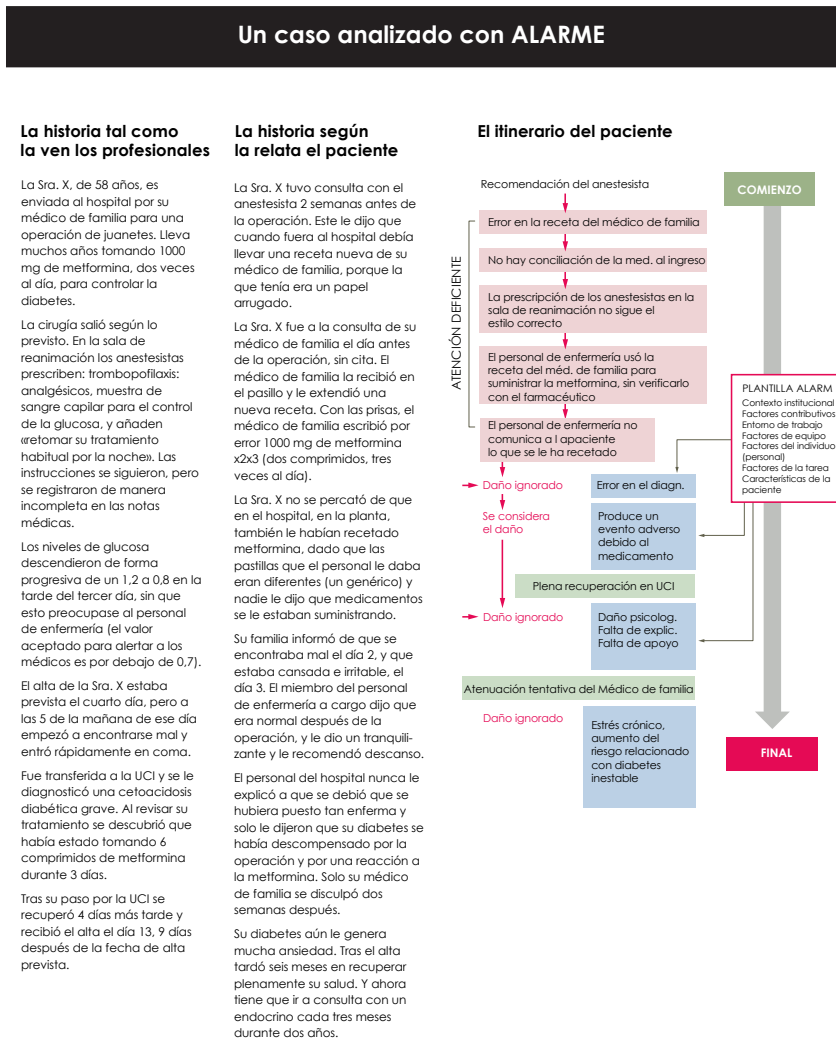
Amalberti y cols. (2011) han argumentado previamente que debemos ampliar el marco temporal de análisis para considerar un «itinerario del evento» (Amalberti et al. 2011). No obstante, para examinar la seguridad a lo largo de períodos de tiempo más largos, especialmente en contextos extrahospitalarios, creemos que deberíamos hablar simplemente del itinerario del paciente. Esto supone bucear en los antecedentes médicos del paciente en busca de todos los eventos que han marcado su itinerario y contribuido al desenlace final, tanto si en el momento en que ocurrieron estos eventos se percibieron como graves como si no, y valorar si el problema se detectó y se resolvió. Y lo que es más importante, el evento se examinará, a ser posible, desde la perspectiva del paciente y su familia y también desde la perspectiva de los profesionales.

La selección del marco temporal del análisis depende de la enfermedad que padezca el paciente, la naturaleza de los problemas detectados y la complejidad del itinerario del paciente. Los episodios de atención normales se identifican con facilidad: la implantación de una prótesis de cadera, por ejemplo, podría abarcar desde el momento de la decisión inicial de operar hasta que finaliza el proceso de recuperación. En cambio, según la naturaleza de los problemas de seguridad que se detecten, nos podríamos centrar en un período concreto, como desde la operación hasta la rehabilitación en el domicilio. El avance más importante consiste en comenzar examinando un período de asistencia más que un incidente concreto y sus antecedentes. Tengamos en cuenta tres marcos temporales distintos para detectar y analizar eventos relacionados con la aparición de complicaciones. El marco temporal más breve (A) abarcaría los problemas sencillos relacionados con un vínculo directo entre una acción equivocada y una consecuencia inmediata para el paciente (como, por ejemplo, una identificación errónea). Un marco temporal algo mayor (B) abarcaría los eventos que condujeron a las complicaciones médicas y su abordaje posterior, lo que podría abarcar un episodio integral de atención de urgencias y cuidados intensivos desde el ingreso

inicial, hasta el alta y la rehabilitación. El marco temporal más extenso (C) podría abarcar varios meses anteriores a un ingreso hospitalario evitable, el tiempo pasado en el hospital y la recuperación subsiguiente. La mortalidad intrahospitalaria y a corto plazo tras el alta (de 30 a 60 días) podría usarse como punto de partida para la investigación de objetivos oportunos como mortalidad evitable y otros indicadores de complicaciones.

El protocolo original de ALARM/LONDRES proponía que, después de identificar los incidentes asociados a la asistencia sanitaria, debía analizarse cada uno de ellos por separado para valorar los factores contribuyentes (Vincent et al. 2000). En una secuencia de problemas puede que diferentes grupos de factores contribuyentes estén asociados a cada problema específico. Por ejemplo, un joven profesional de enfermería o un médico joven podría no pedir consejo sobre el deterioro de un paciente por falta de experiencia, falta de supervisión o deficiencias en el equipo de trabajo; y en cambio, puede que más tarde este mismo paciente no reciba la medicación correcta, pero esto puede deberse ahora una inadecuada dotación de personal y a una mala organización de la atención. En la práctica el análisis integral se lleva a cabo en raras ocasiones y todos los factores contribuyentes se consideran a la vez, como si todos ellos fueran relevantes para un único evento. No obstante, esta perspectiva más sutil se vuelve mucho más importante con una escala temporal más amplia, dado que podrían detectarse series de problemas claramente independientes en tiempo y contexto. Cada uno de ellos podría analizarse independientemente empleando la plantilla ALARM para elaborar un panorama mucho más detallado de las vulnerabilidades del sistema.

La Figura 5.2, que describe las causas y las respuestas a un evento adverso causado por un medicamento, nos da un ejemplo del nuevo modelo. El ejemplo muestra el valor por triplicado de ALARME: en primer lugar, obtención del relato del itinerario del evento desde la perspectiva del paciente para realizar un informe más preciso; en segundo lugar, ampliación del alcance del análisis a todo el itinerario del paciente para incluir el preingreso hospitalario y los eventos tras el alta; en un tercer lugar, identificación y análisis de otros eventos que por lo general se ignoran para mostrar el impacto acumulativo de la asistencia sanitaria deficiente, el deterioro inicial y finalmente la recuperación.



herramientas para controlar los resultados de laboratorio de cada uno de los pacientes, para registrar la naturaleza y la duración de las interrupciones en la continuidad asistencial. Un panorama completo requerirá que se realice un seguimiento de todas las afecciones que padece el paciente y no sólo las enfermedades aisladas.

LOGROS Y FALLOS EN LA DETECCIÓN Y LA RECUPERACIÓN

En la mayor parte de los sistemas los errores son relativamente frecuentes, pero son pocos los que tienen un impacto en la seguridad, dada la capacidad de las organizaciones y los seres humanos para recuperarse de los errores. En el sector de la aviación, por ejemplo, muchos estudios muestran que los pilotos cometen al menos un error evidente cada hora, sean cuales sean las circunstancias y la calidad del diseño del lugar de trabajo (Helmreich 2000; Amalberti 2001). La gran mayoría de los errores cometidos se detectan rápidamente por la persona que los cometió, y los errores habituales se detectan mejor que las equivocaciones nuevas. Sin duda, los expertos cometen menos errores en general que los novatos, pero el mayor indicador del nivel de pericia radica en la capacidad para detectar los errores más que en cometerlos o no. El indicador de verdad de la pericia es que se logre detectar los errores, y no la producción de estos. La detección y la recuperación se ven afectadas por las altas cargas de trabajo, las interrupciones de la tarea y los sistemas de gestión de tiempo (Amalberti et al. 2011; Degos et al. 2009).

¿Qué repercusiones tiene para la seguridad y para el análisis de los incidentes? Normalmente damos por sentado que la mejor manera de hacer que un sistema sea más seguro es reducir el número de errores y de fallos. Esto, en muchos casos, está totalmente fundado. La automatización, por ejemplo, o los sistemas de recordatorio, pueden tener un impacto enorme en los errores de menor importancia. Un procedimiento más organizado durante el traspaso del paciente podría mejorar la transferencia de la información fundamental. No obstante, eliminar todos los errores, lo que sin duda supondría restringir en gran medida la conducta humana, no es posible y se podría sostener que no es conveniente.

En la práctica necesitamos distinguir los errores que tienen consecuencias inmediatas para los pacientes de aquellos que pueden ser considerados como desviaciones de menor importancia del procedimiento de trabajo y que pueden percibirse y corregirse. El primer tipo de errores necesita, de hecho, normas formales y rigurosas para proteger al paciente, por ejemplo, protocolos claros para la gestión de electrolitos o la comprobación de la identificación del paciente múltiple y reiterativa. Para los millones de errores de menor importancia resulta más eficiente y efectivo depender de la detección y la recuperación mediante la toma de conciencia y la buena coordinación y comunicación con el equipo. Estos resultados sugieren también que una interacción fiable entre el ser humano y el sistema se puede alcanzar más fácilmente diseñando interfaces que minimicen las posibilidades de injerencia en el control y contribuyan a la recuperación de los errores. En otras palabras, debería centrarse la atención en controlar los efectos de los errores más que en la eliminación del error en sí mismo (Rasmussen y Vicente 1989).

El enfoque tradicional para el análisis de incidentes en asistencia sanitaria se ha centrado principalmente en identificar las causas y los factores contribuyentes del evento, con la idea de que esto nos permitirá eliminar estos problemas y mejorar la seguridad. Estas estrategias tienen sentido en todos los sistemas que estén muy estandarizados o, al menos, estén aceptablemente bien controlados, dado que es claramente posible poner en práctica cambios que se dirijan a las vulnerabilidades. Las recomendaciones que realizan los análisis de incidentes de la asistencia sanitaria son fundamentalmente recomendaciones para mejorar la fiabilidad (como, por ejemplo, más formación o más procedimientos) u ocuparse de los factores contribuyentes de manera más amplia (como la comunicación deficiente o las condiciones de trabajo inadecuadas). En todos los casos, intentamos, como es lógico, hacer el sistema más fiable y, por tanto, más seguro.

No obstante, podemos ampliar el alcance de nuestra investigación y nuestro análisis. Es mucho lo que se puede aprender de la habilidad del sistema para detectar y recuperarse de los fallos y de los cuasi accidentes (Wu 2011). Por ejemplo, además de detectar los fallos y los factores contribuyentes podríamos preguntar «¿qué fallos de recuperación ocurrieron en la atención a este paciente?» y «¿cómo podemos mejorar la detección

y la recuperación en semejantes contextos?». Esto podría tener consecuencias en el modo en que interpretamos los eventos y, lo que es más importante, en las recomendaciones que se desprenderán de tales análisis que podrían ampliarse para incorporar un énfasis mucho mayor en la elaboración de estrategias de detección y de recuperación.

ADAPTAR EL ANÁLISIS AL CONTEXTO

Además de los avances explicados en el párrafo anterior, creemos que es posible que también tengamos que pensar de modo más amplio, adaptando los métodos de análisis a los diferentes contextos y a los modelos de seguridad que hemos perfilado. Llegados a este punto, debemos dejar claro que no sabemos, aún, cómo lograrlo. Muchos autores, en especial Erik Hollnagel, han llamado la atención sobre la necesidad de una muestra más amplia de modelos de accidentes, mejor adaptados a los ámbitos variables y dinámicos (Hollnagel 2014). Sin embargo, todavía no sabemos lo bastante como para poder asignar modelos a ámbitos y, sin duda, no hemos elaborado métodos de análisis prácticos que se adapten según sea preciso a diversos contextos. No obstante, podemos ya plantear cómo sería un análisis de este tipo. Supongamos que analizamos un accidente en un ámbito no estructurado y con mucho riesgo: como podría ser la pesca de altura o un incidente ocurrido en la asistencia domiciliar relacionada con un paciente con problemas de salud mental graves. ¿Estamos buscando el mismo tipo de causas y de factores contribuyentes que buscaríamos en un ámbito mucho más estructurado? Los factores podrían ser distintos, como también podría serlo el equilibrio entre factores. Por ejemplo, el esquema de factores contribuyentes (Vincent et al. 1998) identifica los factores relacionados con el paciente como factores con capacidad de contribuir a un incidente. En ámbitos altamente estandarizados, como podría ser el departamento de radioterapia, las características personales desempeñan un papel mucho menos importante que en las situaciones en las que una persona es responsable de su propia atención. Las personas con problemas graves de salud mental o cognitivos están más expuestas al riesgo de cometer errores en su propia atención. Por tanto, la importancia y la influencia de los distintos tipos de factores contribuyentes deben ser

diferentes en diferentes contextos. Esto, hasta donde nosotros sabemos, no se ha tratado de forma empírica, pero debería ser totalmente viable. El paso siguiente consiste en preguntar si, en distintos niveles asistenciales, deberíamos identificar diferentes clases de recomendaciones, dependiendo del contexto clínico. Esto a su vez depende de cómo creamos que se logra y se percibe la seguridad en los distintos contextos. Sin embargo, antes de que podamos examinar con detalle este tema, tenemos que establecer, en los próximos capítulos, nuestras propuestas para una aproximación estratégica a las intervenciones de seguridad.

Puntos clave

- Toda industria de alto riesgo dedica mucho tiempo y recursos a la investigación y al análisis de accidentes, incidentes y cuasi incidentes.
- Un análisis efectivo de incidentes exige un marco de trabajo que incluya recomendaciones para la selección de incidentes y sobre cómo deberían llevarse a cabo la investigación y el análisis de los mismos.
- Nuestro esquema actual (conocido como ALARM y como Protocolo de Londres) para el análisis de incidentes en medicina: (i) identifica eventos para ser analizados elegidos por los profesionales (ii) se basa en un modelo de seguridad que examina las causas y los factores contribuyentes y (iii) emplea el esquema de los «siete niveles de seguridad» para guiar la identificación de los factores contribuyentes y de las intervenciones posibles.
- El esquema actual sigue siendo importante, pero es necesario realizar adaptaciones significativas para reflejar los nuevos desafíos en materia de seguridad.
- Tenemos que incluir los eventos que reflejen el daño según la perspectiva de los pacientes, pues estos pueden detectar problemas que los profesionales no necesariamente ven.
- Tenemos que elaborar un modelo que refleje la trascendencia de una atención deficiente que se produce a lo largo del tiempo, la cual, a su vez, afecta al carácter del aprendizaje y de las estrategias de seguridad que ponemos en práctica después.

- Proponemos un nuevo modelo para el análisis de incidentes (ALARME) que considera factores contributivos a lo largo de todo el itinerario del paciente y que incluye la atención a los aciertos, los fallos, la recuperación y la atenuación.
- Esta nueva aproximación al análisis de incidentes implica la participación del paciente y de su familia, así como de los facultativos del hospital y los del ámbito extrahospitalario.
- Puede ser necesario incluir información nueva, como los antecedentes personales del paciente y los resultados individuales de laboratorio a lo largo del tiempo.
- Los cambios que proponemos exigirían una importante inversión e investigación para la elaboración de nuevos métodos, pero lo creemos fundamental si la seguridad ha de gestionarse, en efecto, en diferentes contextos clínicos.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Amalberti R (2001) The paradoxes of almost totally safe transportation systems. *Saf Sci* 37(2): 109-126
- Amalberti R, Benhamou D, Auroy Y, Degos L (2011) Adverse events in medicine: easy to count, complicated to understand, and complex to prevent. *J Biomed Inform* 44(3):390-394
- Davies E, Cleary PD (2005) Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Qual Saf Health Care* 14(6):428-432
- Degos L, Amalberti R, Bacou J, Bruneau C, Carlet J (2009) The frontiers of patient safety: breaking the traditional mould. *BMJ* 338:b2585
- Helmreich RL (2000) On error management: lessons from aviation. *BMJ* 320(7237):781
- Hollnagel E (2014) *Safety-I and safety-II: the past and future of safety management*. Ashgate Publishing, Guildford

- King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM (2010) Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care* 19(2): 148-157
- Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH (2010) Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *J Clin Anesth* 22(1): 13-21
- Rasmussen J, Vicente KJ (1989) Coping with human errors through system design: implications for ecological interface design. *Int J Man Mach Stud* 31(5):517-534
- Reason J (1997) Managing the risk of organizational accidents. Ashgate, Aldershot
- Vincent C (2003) Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 348(11): 1051-1056
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 316(7138): 1154-1157
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A (2000) How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *Br Med J* 320(7237):777
- Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, Bates DW, Phillips RS (2005) What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 20(9):830-836
- Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelmann S, Annas CL, Ridley N, Kirle L, Gatsonis C (2008) Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 149(2): 100-108
- Woods DD, Cook RI (2002) Nine steps to move forward from error. *Cogn Technol Work* 4(2): 137-144
- Wu AW (2011) The value of close calls in improving patient safety: learning how to avoid and mitigate patient harm. Joint Commission Resources, Washington

6

Estrategias para la seguridad

IMAGINE QUE ES USTED EL DIRECTOR DE UN SERVICIO O UNA INSTITUCIÓN SANITARIA. Le preocupa la seguridad, pero (como siempre) cuenta con tiempo y recursos limitados. Diseña un programa inicialmente para 1 año, que quizá se pueda prorrogar hasta los 5 años.

- ¿Qué debe hacer para mejorar la seguridad?
- ¿Con qué tipo de estrategias puede contar?
- ¿Cuál es la manera de combinar estas estrategias de la forma más eficaz?

Puede que primero examine los estándares de seguridad de su institución y los indicios de la necesidad de mejorar la seguridad. De este análisis, probablemente sacará la conclusión, como ya hemos expuesto anteriormente, de que hay muchas desviaciones de los estándares básicos y de que la tarea más apremiante es mejorar el respeto a los procedimientos de seguridad básicos fundamentales. Por supuesto, esto se dice muy pronto, pero lograrlo es más complicado, aunque es la base de la mayoría de las intervenciones de seguridad en asistencia sanitaria, con independencia de que se trate de reducir las infecciones, mejorar la valoración del riesgo, evitar la cirugía en el sitio erróneo o mejorar la seguridad de los medicamentos. Llegados a este punto del libro, sin embargo, se habrá dado cuenta de que en muchos, si no todos, los ámbitos de la asistencia sanitaria, es prácticamente imposible proporcionar siempre una atención óptima que se corresponda con los estándares. El cumplimiento de los estándares proporciona una base fundamental, pero no una visión integral. Puede que tengamos que pensar de manera un poco más abierta.

¿QUÉ OPCIONES TENEMOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD?

Debemos tener cuidado para que no todas las intervenciones futuras en materia de seguridad se hagan a imagen y semejanza de nuestros logros más evidentes. En algunas áreas altamente estandarizadas, como la radioterapia o el manejo de los hemoderivados, se produce una mezcla de automatización y procedimientos muy estandarizados que dan como resultado sistemas verdaderamente ultraseguros. No obstante, en el otro extremo, consideremos la atención a un paciente con psicosis en el ámbito extrahospitalario. No podemos ni debemos imponer estándares y procedimientos en la atención prestada por el paciente y su familia. La gestión del riesgo en tales niveles asistenciales claramente requiere un enfoque distinto, con más base en la anticipación y la detección de los problemas incipientes y en una respuesta rápida. Tenemos que aceptar y valorar una mayor autonomía y, esta mayor libertad lleva aparejado un mayor riesgo. Esto quiere decir que las estrategias de seguridad tienen que descansar menos en las normas y en los estándares y más en la detección de los problemas y en la respuesta diligente a los mismos.

En el resto de este capítulo apuntaremos las estrategias principales que nuestro gestor o director clínico imaginario podría usar para mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria. Tenemos la esperanza de que proporcionando una amplia estructura de estrategias ayudaremos a las instituciones y a los directores de primera línea a concebir un programa de seguridad eficaz. Más que adoptar soluciones fragmentarias, creemos que se necesita articular una perspectiva detallada sobre qué estrategias están disponibles y cómo podrían emplearse en cada ámbito. Como veremos, algunas estrategias resultan más útiles en áreas de trabajo altamente estandarizadas, mientras que otras resultan mejores en ámbitos más flexibles y dinámicos. Ninguna de ellas, de forma aislada, proporciona un nivel alto de seguridad del paciente. El objetivo es encontrar una mezcla de estrategias y de intervenciones que sean adecuadas para el contexto y la institución.

CINCO ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

Hemos apuntado cinco estrategias generales (Cuadro 6.1), cada una de las cuales se asocia a un grupo de intervenciones. Las estrategias son, creemos, aplicables a todos los niveles del sistema sanitario, desde la primera línea hasta la normativa y la dirección del sistema. Dos de estas estrategias que vamos a analizar se dirigen a optimizar la atención proporcionada al paciente. El resto de los modelos se centran en la gestión del riesgo y en la evitación del daño.

Cuadro 6.1 Cinco estrategias de seguridad

La seguridad como práctica óptima: aspira a los estándares: mediante la reducción de los daños específicos y la mejora de los procesos asistenciales.

Mejora del sistema y los procesos sanitarios: mediante la intervención para prestar apoyo a los individuos y a los equipos, mejorar las condiciones de trabajo y las prácticas de la organización.

Control de riesgos: estableciendo restricciones en la actuación, la demanda o las condiciones de trabajo

Mejora de la capacidad de vigilancia, adaptación y respuesta.

Atenuación: previsión del posible daño y la recuperación.

Las dos primeras estrategias se dirigen, hablando en términos generales, a lograr la seguridad mediante la optimización de la atención al paciente. En este sentido, la seguridad y la calidad son equiparables: el objetivo es proporcionar atención de nivel 1 y 2. Dentro de este modelo general, distinguimos programas de seguridad dirigidos a daños específicos o a procesos asistenciales específicos (la seguridad equivale a la práctica óptima) e intentos más generales de mejorar los sistemas y procesos de trabajo en varios ámbitos asistenciales (mejora del sistema). Estos modelos están bien establecidos en la bibliografía sobre seguridad del paciente y sólo vamos a resumir brevemente sus características principales, dado que nuestra intención principal es dirigir la atención a otros modelos complementarios que son también importantes.

La optimización de los sistemas y los procesos es realmente óptima cuando se logra que funcione. La dificultad radica en que en la vida real la atención óptima normalmente no se puede lograr todo el tiempo. La pregunta que surge cuando se hace patente que existe una desviación importante de la práctica óptima es: ¿cuál es la mejor manera posible de gestionar estas desviaciones y el riesgo que llevan aparejadas? Los otros tres modelos son: control de riesgos; vigilancia, adaptación y respuesta; y atenuación. Las estrategias de optimización mejoran la eficacia y otros aspectos de la calidad tanto como mejoran la seguridad. En cambio, las estrategias de control de riesgos, adaptación y recuperación están más enfocadas a mejorar la seguridad.

Los problemas de seguridad a veces también se resuelven porque se introduce una forma completamente nueva de investigación o de tratar una enfermedad. Por ejemplo, el desarrollo y la rápida implantación de la cirugía laparoscópica supone que los pacientes ya no tienen que padecer grandes heridas debidas a incisiones de gran tamaño, y por esto son menos vulnerables a las infecciones y su estancia en el hospital es mucho más corta. Reducir las infecciones es uno de los principales objetivos en materia de seguridad, pero en este caso se ha logrado de forma indirecta debido a una importante innovación quirúrgica. Aunque admitimos que la innovación a menudo mejora la seguridad, no nos parece que se pueda considerar como una estrategia de seguridad, en el sentido de plan que puede ser puesto en práctica con relativa rapidez, porque las innovaciones significativas normalmente necesitan mucho tiempo y sólo pueden aplicarse una vez que se han ensayado y puesto a prueba.

ESTRATEGIA I: LA SEGURIDAD COMO PRÁCTICA ÓPTIMA

Las mejoras de seguridad más espectaculares hasta ahora han sido aquellas que estaban fuertemente centradas en una cuestión asistencial fundamental o en un proceso asistencial específico. Puede que se centren en la reducción de una forma de daño específico como las caídas o las infecciones debidas a catéteres venosos centrales, o que mejoren la fiabilidad de un proceso asistencial específico, como las comprobaciones del preoperatorio. En un principio conceptualizamos este enfoque como

«aspiración a los estándares» dado que estimamos que los estándares y los procesos son la base de los sistemas seguros, no obstante, admitimos que para cada paciente individual la atención óptima implica mucho más que el que se logren los estándares. En los términos que utilizamos, «práctica óptima» indica que un equipo o institución intenta, y cree, que puede prestar atención de nivel 1 y 2 (Tabla 6.1)

Tabla 6.1 La seguridad como práctica óptima: aspirar a los estándares

Intervenciones	Ejemplos
Programas de seguridad dirigida a un aspecto concreto: reducción del daño	Intervenciones para reducir las infecciones de las vías centrales
	Programas de reducción de las caídas de los pacientes ingresados
	Intervenciones para reducir el empleo de la sonda y las infecciones relacionadas con ésta
	Intervenciones para reducir las escaras decúbito
Mejora de la fiabilidad de los procesos selectivos	Seguridad quirúrgica y otras listas de verificación de la OMS
	Conciliación de la medicación
	Paquetes de prácticas clínicas (<i>bundles</i>) para la neumonía asociada al respirador

Una revisión reciente de los estudios en materia de seguridad del paciente (Shekelle et al. 2011) detectó sólo diez intervenciones cuya puesta en práctica podría recomendarse actualmente; casi todas ellas podrían definirse como intervenciones de seguridad dirigida a un aspecto concreto. La idea esencial es que ajustarse a las evidencias comprobadas y a los estándares dará como resultado una calidad y una seguridad óptimas. Muchos pacientes sufren daño porque los estándares consolidados y con base científica no se siguen de forma fidedigna. Las intervenciones de seguridad de este tipo presentan en primer lugar las pruebas científicas, después, detectan las

prácticas fundamentales e intentan aplicar estas prácticas de forma fiable a la atención al paciente.

Parece simple: identificamos un conjunto de procedimientos de seguridad de referencia y ayudamos al personal a que los cumpla. No obstante, en la práctica estas intervenciones son siempre complejas, intervenciones multifacéticas que implican técnicas, organización y liderazgo (Pronovost et al. 2008). Sin duda, el éxito de estas intervenciones dista de ser simple, y sólo se obtienen logros debido a un modelo sofisticado que incluye compromiso clínico y implementación de la práctica asistencial (Cuadro 6.2). Por ejemplo, la reducción de las infecciones por catéteres venosos centrales exige cambios en la organización de la atención, en el equipamiento usado, en la simplificación de las recomendaciones, en el compromiso de los equipos multidisciplinares involucrados, un programa de formación del personal y un plan para la aplicación.

Cuadro 6.2 Mejorar la seguridad mediante la práctica clínica óptima

- Explica de manera clara la teoría en la que se apoya la intervención elegida o facilita un modelo lógico explícito para explicar por qué esta práctica de seguridad del paciente debe funcionar.
- Describe la práctica de seguridad del paciente con suficiente detalle, de modo que puede ser reproducida de forma exacta, incluyendo los efectos que se prevén en las funciones del personal.
- Detalla el proceso de aplicación, los efectos reales en las funciones del personal y cómo la aplicación o la intervención cambió a lo largo del tiempo
- Valora el efecto de la práctica de seguridad del paciente en los desenlaces y los posibles efectos imprevistos, incluyendo datos sobre los costes cuando estos estén disponibles.
- Para los estudios con intervenciones en múltiples centros, valora la influencia del contexto en la efectividad de la intervención y la aplicación.

Adaptado de Shekelle et al. (2011)

ESTRATEGIA II: MEJORA DE LOS PROCESOS Y SISTEMAS DE TRABAJO

El análisis de incidentes y accidentes y otros métodos revelan mucho sobre las vulnerabilidades de nuestros sistemas y nos muestran la gama de factores de los que tenemos que ocuparnos si queremos diseñar un sistema sanitario más seguro y de elevada calidad. Los análisis detallados de incidentes graves revelan una serie de factores contribuyentes en relación con el paciente, la tarea y la tecnología, el personal, los equipos, el entorno de trabajo, los factores institucionales y de la organización (Vincent et al. 1998). Éste es el ámbito habitual de los accidentes organizacionales, en los que se identifican errores y fallos inminentes que están en gran medida influenciados por factores de la organización en su integridad. Estos mismos factores también señalan los medios para la intervención y las diferentes maneras de optimizar el sistema sanitario. Por ejemplo, la aproximación a la seguridad del paciente basada en la ingeniería de sistemas de Pascale Carayon incide en las interacciones entre las personas y su entorno que contribuyen al rendimiento, la seguridad y la salud, la calidad de vida en el trabajo y los bienes o servicios producidos (Carayon et al. 2006) (Tabla 6.2).

Tabla 6.2 Mejora del sistema sanitario y de los procesos

Intervenciones	Ejemplos
Personal individual	Formación en procesos asistenciales clave
	Retroalimentación sobre el rendimiento
Intervenciones sobre la tarea	Estandarización y simplificación de los procesos
	Automatización de los procesos clave
	Mejora del diseño y de la disponibilidad del equipamiento

Intervenciones	Ejemplos
Estandarización y especificación del equipo	Prácticas de traspaso estructuradas
	Formalización de las funciones y las responsabilidades
	Claridad en el liderazgo y la subordinación
	Organización de la atención en planta
Condiciones de trabajo	Mejora de la iluminación
	Reducción del ruido y las molestias
	Mejora del diseño del puesto de trabajo
Intervenciones organizativas	Mejora del nivel y la organización de la dotación de personal
	Creación de nuevos puestos para la mejora de la coordinación de la atención al paciente

Ejemplos de mejoras en el sistema que, entre otros objetivos, repercutirán significativamente en la seguridad son:

- La introducción de los códigos de barras y del soporte a decisiones en la extracción de sangre y las transfusiones (Murphy et al. [2009](#)).
- La mejora de la comunicación y de las prácticas de traspaso en los protocolos quirúrgicos (De Vries et al. [2010](#)).
- Empleo de la informática para reducir los errores en la medicación (Bates [2000](#); Avery et al. [2012](#)).
- Empleo de hojas de objetivos diarios para mejorar la fiabilidad de la atención en planta (Pronovost et al. [2003](#)).

La mejora de los sistemas sanitarios es una materia de enorme extensión, y hay incontables ejemplos de análisis y, en menor medida, intervenciones dentro de esta tradición. No podemos analizarlos en detalle, pero en cualquier caso contamos con estudios en los que se analizan ampliamente (Carayon 2011). La ingeniería de sistemas, los factores humanos y las disciplinas asociadas no se limitan a estrategias de optimización, dado que, en ocasiones, también consideran el control de riesgos, la vigilancia, la adaptación y la recuperación. Sin embargo, sostenemos que su motivación y su prioridad principales son la optimización del sistema sanitario.

ESTRATEGIA III: CONTROL DE RIESGOS

La siguiente estrategia y grupo de intervenciones asociadas a la misma es muy diferente de los modelos optimizadores analizados anteriormente. En muchas industrias, la seguridad se logra mediante la evitación del riesgo innecesario o mediante el establecimiento de restricciones en las condiciones operativas. Por el contrario, la asistencia sanitaria rara vez impone límites a la autonomía de los profesionales o a la productividad, incluso aunque la seguridad se ponga seriamente en riesgo. Puede que parezca que el control de riesgos es la respuesta a todos los riesgos, pero evitar el riesgo a veces puede significar perder la posible ganancia que afrontar el riesgo habría permitido. Un aumento en la reglamentación sobre los riesgos en los hospitales puede llevar a que se evite tratar a los pacientes con enfermedades que impliquen mayor riesgo en favor de pacientes que presenten un riesgo menor (McGivern y Fischer 2012). La evitación del riesgo no es tampoco necesariamente una buena opción para los pacientes, pues existen muchas circunstancias en las que claramente tomar una decisión con riesgo es totalmente lógico. Sin embargo, el control de riesgos no se dirige a evitar una decisión que esté siendo considerada (si implica riesgo), sino a mejorar la probabilidad de que tenga un buen desenlace una vez que la decisión fue tomada.

El control de riesgos es ampliamente utilizado en otras industrias de alto riesgo. Los sistemas de seguridad en las instalaciones nucleares y

de otros tipos incluyen muchas características que detendrán el proceso si las condiciones se vuelven potencialmente peligrosas. La aviación comercial emplea un enfoque similar en muchas circunstancias. Por ejemplo, una tormenta en Miami tendrá como resultado que se queden en tierra todos los vuelos en su aeropuerto de salida o que se desvíen a otros aeropuertos. Los análisis de seguridad, que son el proceso que evalúa las instalaciones petroleras y de otros tipos, se desconocen casi por completo en la asistencia sanitaria. Se abren o, por supuesto, se cierran nuevos servicios clínicos de acuerdo con la necesidad y el coste, sin una valoración formal del riesgo. Los análisis de seguridad están diseñados para ofrecer una garantía y una valoración profesional de que las instalaciones pueden funcionar de modo seguro, y además establecer las condiciones en las cuales esto puede producirse y desarrollar los procedimientos o la automatización para restringir la actividad cuando sea necesario. Todos éstos son ejemplos del control de riesgos mediante el establecimiento de límites o restricciones de la actividad productiva en favor de la seguridad (Tabla 6.3).

Tabla 6.3 Control de riesgos

Intervenciones	Ejemplos
Supresión de servicios	Cierre de los servicios ante la evidencia de problemas de seguridad
	Cierre de los servicios de manera temporal mientras se realizan las evaluaciones de seguridad
Reducción de la demanda	Reducción de la demanda en general
	Reducción del flujo de pacientes temporal o permanentemente
Establecer restricciones en los servicios	Restringir los servicios temporal o permanentemente

Intervenciones	Ejemplos
Establecer restricciones en los individuos o las condiciones de funcionamiento	Definir condiciones <i>No go</i> (Parar) para los análisis y los tratamientos
	Retirar a determinados miembros del personal o fijarles limitaciones temporales o permanentes
Asignar prioridades	Seleccionar y subrayar los estándares de seguridad fundamentales al tiempo que se permiten reducciones de otras prácticas temporal o permanentemente

En la asistencia sanitaria existen ejemplos de control de riesgos, pero éstos rara vez se analizan en el contexto de la seguridad del paciente. Por ejemplo, en 2013, el director médico del NHS británico decidió cerrar de modo temporal una importante unidad de cirugía del corazón porque había indicios de una mortalidad excesiva. Dejó claro que se trataba tan sólo de una medida de precaución. Unas semanas más tarde, después de que se realizase una investigación más profunda, la unidad reabrió. Esto fue visto como una intervención muy poco común y causó bastante alboroto. Aún sí, en la aviación, los aeropuertos se cierran tan pronto como se identifica cualquier tipo de riesgo importante.

También se puede conseguir controlar el riesgo limitando drásticamente las circunstancias en las que se permite operar a una unidad. Pensemos, por ejemplo, en la manera en que el sistema sanitario australiano establece límites muy rigurosos a lo que se puede o no hacer en algunas clínicas (New South Wales Government Private Facilities 2007). A algunas clínicas sólo se les permite dedicarse a determinadas áreas médicas, y tienen dotaciones de personal y equipamiento en consecuencia. Dentro de sus áreas, los centros están obligados a aceptar pacientes y a prestar una atención sanitaria segura, fuera de estas no se les permite que presten atención alguna y deben trasladar a los pacientes a un centro con competencia.

El control de riesgos puede incluir la supresión de los servicios o el cierre de las instalaciones cuando se vuelven peligrosas. No obstante, la

idea clave de este modelo consiste en la restricción de las condiciones en las que pueden realizarse las pruebas o los tratamientos. Por ejemplo, la prestación del servicio de radioterapia está regida por normas muy estrictas, pero casi no existen limitaciones a las condiciones en las que se puede llevar a cabo una operación. Creemos que es necesario otorgarle mucha más importancia al control de riesgos, a fin de evitar que tanto los pacientes como el personal se vean envueltos en actividades de riesgo.

ESTRATEGIA IV: VIGILANCIA, ADAPTACIÓN Y RESPUESTA

La seguridad se logra, en parte, intentando reducir los errores, pero también gestionando de forma activa los problemas y las desviaciones que inevitablemente se producen. Una vez que asumimos que los errores y los fallos ocurren con frecuencia en todos los sistemas, entendemos que es necesario elaborar métodos de vigilancia, adaptación y respuesta y recuperación de los errores. La adaptación y respuesta a los problemas sucede continuamente en la asistencia sanitaria, y es importante tanto para la dirección como para el personal de primera línea. La dirección, especialmente, se pasa la vida resolviendo problemas urgentes y «apagando fuegos», pero esto tiende a hacerse de manera individual y según las necesidades del momento. La cuestión de la que nos ocupamos aquí es si estas adaptaciones, a menudo improvisadas, pueden transformarse en estrategias de seguridad de carácter formal, en el sentido de que se pueda integrar activamente este recurso en los sistemas sanitarios. Idealmente, los médicos y los gestores con más experiencia mantendrían la seguridad en un nivel apropiado, utilizando un abanico de ajustes culturales y organizativos conocidos y ensayados.

La adaptación y la respuesta son mucho más importantes en la pesca de altura que en una línea de montaje, pero todo trabajo necesita de ellas en alguna medida. Estar atento a los problemas, adaptándose y buscando soluciones alternativas ante las dificultades es parte de todos los trabajos. En las industrias de alto riesgo, como en la asistencia sanitaria, el esquema es el mismo, pero lo que está en juego es más importante y la capacidad de respuesta y recuperación rápidas pueden ser, literalmente, una cues-

tión de vida o muerte. Este grupo de intervenciones es paradójicamente el más usado en las actividades asistenciales cotidianas, pero no se ha elaborado adecuadamente como realidad estratégica en la seguridad del paciente.

El gran potencial de la adaptación y respuesta ha sido ampliamente analizado por los estudios sobre el tema y le ha concedido un papel angular en algunos modelos de seguridad como la ingeniería de la resiliencia (Hollnagel et al. 2007). El término resiliencia se emplea de muy diferentes maneras (Macrae 2014): a veces de manera muy amplia para intentar explicar y articular las cualidades de las organizaciones seguras, otras veces con el sentido más restringido de la capacidad de adaptarse y recuperarse de circunstancias extremas o excepcionales. Somos de la opinión de que la resiliencia es un concepto importante al que se le debe conceder especial atención y que debe investigarse y explorarse en la práctica con mayor profundidad. Sin embargo, para evitar posibles confusiones empleamos los términos más cotidianos de vigilancia, adaptación y recuperación para referirnos a las situaciones en las que se han identificado peligros o fallos que se corrigen o gestionan activamente.

Vamos a explicar distintas intervenciones relacionadas con este modelo en los siguientes capítulos, por lo que aquí sólo apuntamos unos breves ejemplos (Tabla 6.4). Para fomentar la disposición a denunciar e intervenir si un paciente está expuesto al riesgo es extremadamente importante poner especial atención a que los líderes con experiencia analicen abiertamente los errores y los fallos del sistema. Los equipos asistenciales emplean muchos mecanismos de adaptación, tanto formales como informales, para gestionar la seguridad en el día a día. Por ejemplo, los anestelistas tienen un repertorio normalizado de rutinas de urgencia preparadas, a las que se recurre en ciertas situaciones. Estas rutinas se utilizan en raras ocasiones y se perfeccionan y estandarizan premeditadamente de modo que puedan seguirse en los momentos en los que existe una presión considerable. A nivel institucional podemos considerar del mismo modo los preparativos para un posible brote de infección (Zingg et al. 2015). El personal de planta, los equipos de quirófano y los directivos de asistencia sanitaria pueden valerse de reuniones informativas y de análisis y reflexión para vigilar las amenazas a la seguridad que ocurren a diario. Por ejemplo, las reuniones informativas que se llevan a cabo por

los equipos de quirófano brindan la posibilidad de detectar y resolver problemas con el equipamiento, la dotación de personal o en el orden del parte de quirófano antes de ocuparse de un paciente. El análisis y la reflexión al final del parte de quirófano contribuyen al aprendizaje basado en la reflexión sobre lo que fue bien y lo que podría funcionar mejor en el futuro.

Tabla 6.4 Mejorar la capacidad de vigilancia, adaptación y respuesta

Intervenciones	Ejemplos
Mejorar la cultura de seguridad	Involucrar a los pacientes y la familia
	Cultura de transparencia con respecto al error y los fallos
Vigilancia, adaptación y respuesta en equipos asistenciales	Respuesta rápida ante el deterioro
	Desarrollar sistemas y rutinas de respuesta en caso de urgencia
	Elaborar verificaciones de equipo y vigilancia de la seguridad
	Integrar las reuniones informativas y la anticipación en las rutinas asistenciales
Mejorar la gestión de las presiones y prioridades de las instituciones	Desarrollar métodos para predecir los momentos en los que puede haber falta de dotación de plantilla u otras presiones
	Mejorar la capacidad de gestión para afrontar las situaciones peligrosas
Compromiso normativo y adaptación	Negociar el momento en que cambiar a nuevos estándares
	Gestionar la seguridad activamente durante los periodos de transición

Las reuniones informativas y las de análisis y reflexión se han ido introduciendo de manera gradual en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, como en la protección de adultos vulnerables y en los equipos de salud mental (Vincent et al. 2013).

ESTRATEGIA V: ATENUACIÓN

La atenuación es la acción de reducir la gravedad, la importancia y el dolor producido por un daño. Esta estrategia reconoce que los pacientes y el personal en ocasiones se verán gravemente afectados o perjudicados durante la asistencia sanitaria y, especialmente, que la institución involucrada tiene la responsabilidad de atenuar el daño. En particular, creemos que las instituciones tienen que contar con sistemas eficaces para ayudar a los pacientes, los cuidadores y el personal tras un fallo o daño de importancia. Éste es quizá uno de los aspectos más descuidados de la seguridad del paciente (Tabla 6.5).

Aceptar el riesgo en asistencia sanitaria puede parecer a primera vista una admisión de la derrota o un menosprecio al paciente. Sin embargo, esta estrategia es bastante más sutil y más importante, tanto a nivel institucional como asistencial, de lo que podríamos pensar. Aunque pueda parecer que hacer planes para estas ocasiones es un indicio de que se acepta el daño resignadamente, en realidad la previsión de la recuperación es humanitaria y necesaria. Un enfoque integral de la seguridad puede incluir la atenuación del daño, aunque la gestión de las reclamaciones y los pleitos no es algo que deba predominar en los intentos de mejorar la seguridad.

Tabla 6.5 Atenuación

Intervenciones	Ejemplos
Apoyo a los pacientes y los cuidadores	Respuesta rápida y claridad en la comunicación
	Designación del seguimiento y del apoyo psicológico y físico
	Previsión de servicios asistenciales para responder a las complicaciones conocidas

Intervenciones	Ejemplos
Apoyo para el personal	Programas de apoyo entre iguales
	Relevo temporal de las funciones asistenciales
	Suministro de apoyo a largo plazo
Respuesta económica, legal y mediática	Seguro para las instituciones
	Protección legal de la institución ante las reclamaciones injustificadas
	Capacidad de respuesta rápida y proactiva

Las organizaciones, de todos los tipos, deben contar con seguros contra el riesgo, enfrentarse a las reclamaciones y a los pleitos y gestionar la respuesta mediática y normativa. Las instituciones también tienen que contratar seguros para hacer frente a las compensaciones a los pacientes que hayan sufrido daño. A nivel nacional, los países crean regímenes de seguros médicos, como la compensación sin perjuicio de la responsabilidad, para ayudar a los pacientes que han sufrido daños. En la mayoría de los países, el reto de hacer frente al error médico exige un meticuloso replanteamiento de los mecanismos legales usados actualmente para tratar el error y el daño en la asistencia sanitaria.

Las necesidades fundamentales de los pacientes que han sufrido un daño han estado claras desde hace 20 años (Vincent et al. 1994). Todos agradecemos, en mayor o menor grado, una disculpa, una explicación, que se nos informe de las medidas que se han tomado para que no vuelva a ocurrir y posiblemente ayuda económica y práctica. Muchos pacientes padecen errores durante su tratamiento, tanto si se dan cuenta de ello como si no, y algunos sufren daños como consecuencia de la asistencia sanitaria. El daño puede ser poco importante y ocasionar tan sólo incomodidad o molestias, pero también puede provocar incapacidad grave o incluso la muerte. Prácticamente todos los desenlaces perjudiciales

tendrán consecuencias psicológicas tanto para los pacientes como para el personal, que pueden ir desde la preocupación o la ansiedad de escasa importancia a la depresión o hasta la desesperación. Las experiencias de estas personas no suelen ser apreciadas en su integridad y, aun así, comprender el impacto de este tipo de daños es un requisito previo para poder proporcionar ayuda útil y eficaz (Vincent 2010). Los servicios de apoyo al paciente o al personal tras un evento adverso con los que cuentan las instituciones sanitarias son extremadamente limitados.

También sabemos que el personal padece diversas consecuencias dado que es lo Albert Wu ha denominado, muy elocuentemente, la «segunda víctima»; expresión que no supone que las experiencias del personal sean necesariamente comparables a las de los pacientes que han sufrido daño (Wu 2000). También tenemos que tener en cuenta que un profesional que se ha visto afectado de forma grave puede tener un rendimiento deficiente y constituir un riesgo para futuros pacientes, ésta es una cuestión que no se aborda con demasiada frecuencia. Hay algunos ejemplos innovadores de programas de apoyo para los pacientes y el personal (Van Pelt 2008), pero aún se necesitan considerables avances en esta área de la gestión de la seguridad. Creemos que esto debe ser una estrategia de seguridad fundamental; la planificación de la recuperación debe incluir estos elementos humanitarios básicos, así como la gestión del riesgo y del mantenimiento de la reputación.

INNOVACIÓN

Los problemas de seguridad a veces se resuelven porque se introduce un nuevo método para la investigación o para tratar una enfermedad, o un nuevo modo de prestar y organizar la asistencia. La innovación en la asistencia sanitaria puede adoptar muchas formas, que abarcan desde la farmacoterapia o los procedimientos, dispositivos y pruebas quirúrgicos, hasta nuevos métodos para la formación del personal, la educación del paciente o los modelos de financiación o de prestación del servicio. Estas innovaciones, por lo general, se dirigen a proporcionar a los pacientes una atención mejor o más eficaz, pero la seguridad también puede mejorarse como un efecto secundario positivo de la acción.

El ritmo y el alcance de la innovación en la asistencia sanitaria son extraordinarios, lo que, por un lado, mejora la seguridad, como ya hemos expuesto, y, por otro, supone un desafío a los límites de lo que se considera aceptable y crea a su vez nuevos problemas de seguridad. El ritmo de la innovación es tal que los conocimientos médicos quedan desactualizados rápidamente. En 2007, el tiempo medio que tenía que transcurrir para que los conocimientos necesitaran actualizarse significativamente era de tan sólo 5 años; el 23% de las revisiones sistemáticas necesitaban actualizarse cada 2 años y el 15% en 1 (Shojania et al. 2007). Según el National Institute of Clinical Excellence y la American Heart Association la mayoría de las recomendaciones y pautas de tratamiento necesitan ser ajustadas cada 5 años (Alderson et al. 2014; Neuman et al. 2014).

Muchas de las innovaciones en el diagnóstico y el tratamiento tienen un impacto positivo en la seguridad. Por ejemplo, la anestesia es diez veces mejor ahora que hace 20 años, y la opinión es unánime sobre que las mayores mejoras han surgido de la introducción de nuevos fármacos y nuevas técnicas para la vigilancia y para la anestesia local y ambulatoria (Lanier 2006). La rápida implantación y difusión de la cirugía laparoscópica ha reducido la duración de la estancia hospitalaria, ha llevado a una mayor rapidez en la recuperación y ha reducido el riesgo de infección y otros problemas (Shabanzadeh y Sorensen 2012).

La seguridad también puede mejorarse de forma indirecta mediante la reorganización del sistema sanitario, en especial mediante la reorientación a un planteamiento más centrado en el paciente. Muchos de los errores en la atención extrahospitalaria se deben a errores en la coordinación y en la comunicación entre agencias y entre distintas partes del sistema. Uno de los aspectos de la «carga del tratamiento» (Mair y May 2014) que padecen los pacientes y sus familias es tener que organizar y coordinar su propia atención para compensar los fallos del sistema sanitario. Si logramos crear sistemas de atención más integrados entre los diferentes niveles asistenciales y poblaciones estos problemas deberían reducirse. Los pacientes estarían más seguros y padecerían menos fallos, aunque los cambios no estén dirigidos específicamente a la seguridad.

Las innovaciones no son realmente una estrategia de seguridad, aunque las intervenciones de seguridad pueden ser innovadoras. Los nuevos tratamientos o tecnologías, por lo general, se dirigen a beneficios más

amplios para el paciente, y la reducción del riesgo es un beneficio secundario. Y lo que es más importante, en este contexto no se puede aplicar la «innovación» a modo de estrategia del mismo modo que la optimización, el control y la recuperación. Nuestro director imaginario no puede depender de la innovación en un horizonte de 3 a 5 años para solucionar sus problemas con la seguridad, aunque sí tiene que estar atento a los nuevos avances que puedan cambiar la naturaleza de los problemas a los que se enfrenta.

En resumen, la innovación es un buen ejemplo de una herramienta de doble filo en lo relativo a la seguridad. De una parte, es un factor fundamental y un medio (quizá el más relevante) para mejorar la seguridad a largo plazo. La innovación también puede introducir nuevos riesgos al tiempo que resuelve otros, sobre todo a corto plazo durante el período de transición y de alteraciones (Dixon-Woods et al. 2011). Puede que a corto plazo la seguridad se vea mermada debido a la rápida difusión de nuevos métodos, que no han sido probados lo suficiente, y a la experimentación individual sin control.

SELECCIÓN Y ADAPTACIÓN DE ESTRATEGIAS AL CONTEXTO CLÍNICO

Esperamos que la delimitación de estas cinco estrategias y sus intervenciones asociadas resulte útil como medio para reflexionar sobre los modelos que podrían adoptarse para gestionar el riesgo en cada uno de los ámbitos sanitarios. Estas estrategias globales rara vez se diferencian nítidamente y algunos programas de seguridad combinan, sin darse cuenta, distintos tipos con objetivos ligeramente diferentes. Creemos que muchas situaciones necesitan una combinación de distintos modelos, pero que tiene que estar claro cuándo y cómo se debe implantar cada una de las estrategias. También es necesario que contemplemos cómo estas estrategias y las intervenciones asociadas podrían combinarse y en qué proporciones. Cada entorno clínico lleva aparejados sus propios desafíos y necesita de una combinación distinta. Hemos establecido tres modelos generales de trabajo asistencial para explicar esto y puede que sea necesario describir otros. La gestión del riesgo en el ámbito extrahospitalario,

por ejemplo en sistemas tan dispersos como los de la atención socio sanitaria, puede requerir un modelo de distinto tipo.



Fig. 6.1 Análisis, contexto y estrategias

En los siguientes capítulos vamos a analizar estas ideas con mayor detalle y vamos a proporcionar ejemplos de estrategias de seguridad en distintos niveles. No obstante podemos aclarar la idea general de que tras la etapa inicial del diagnóstico del problema de seguridad, de la cual nuestro modelo para la medición y control de la seguridad constituye un ejemplo, la «óptica» del contexto clínico determinará la mezcla de estrategias concretas (véase la Figura 6.1). En los niveles en los que la atención se puede definir y delimitar con precisión, predominarán las estrategias para controlar la exposición al riesgo y mantener los estándares, con un poco de suerte acompañadas por estrategias concurrentes para mejorar las condiciones de trabajo y darle apoyo al personal. En cambio, en entornos más dinámicos y flexibles, las estrategias para mejorar la vigilancia y la adaptación podrían tener mayor importancia, aunque en todos los entornos se necesite una

sólida base procedimental. En los tres capítulos siguientes desarrollaremos y aclararemos estas ideas en el contexto de la atención hospitalaria, domiciliaria y primaria

Puntos clave

- Apuntamos un catálogo de cinco estrategias para mejorar la seguridad en la asistencia sanitaria, cada una de las cuales lleva aparejado un grupo de intervenciones.
- La seguridad equivale a la práctica óptima. Mejora de los procesos y estándares asistenciales.
- Mejora del sistema y los procesos sanitarios: mediante la intervención para prestar apoyo a los individuos y a los equipos, mejorar las condiciones de trabajo y las prácticas de la organización.
- Control de riesgos: estableciendo restricciones en la actuación, la demanda o las condiciones de trabajo.
- Mejora de la capacidad de vigilancia, adaptación y respuesta.
- Atenuación: prever el posible daño y la recuperación.
- Los problemas de seguridad a veces se resuelven porque se introduce un nuevo método para la investigación o para tratar una enfermedad. Estas innovaciones por lo general, se dirigen a proporcionar a los pacientes una atención mejor o más eficaz, pero puede que la seguridad mejore como efecto secundario favorable de la innovación.
- En los niveles en los que la atención puede ser delimitada con precisión, predominarán las estrategias para controlar la exposición al daño y para mantener los estándares. En cambio, en entornos más dinámicos y flexibles las estrategias para mejorar la vigilancia y la adaptación podrían tener mayor importancia, aunque en todos los entornos se necesite una sólida base procedimental.
- Cada entorno clínico lleva aparejados sus propios desafíos y necesita de una combinación de estrategias distinta. La gestión del riesgo en el ámbito extrahospitalario, por ejemplo sistemas tan dispersos como los de la de atención socio sanitaria, puede requerir un modelo de distinto tipo.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Alderson LJ, Alderson P, Tan T (2014) Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 67(1):52-55
- Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA, Armstrong S, Cresswell K, Eden M, Elliott RA, Howard R, Kendrick D, Morris CJ, Prescott RJ, Swanwick G, Franklin M, Putman K, Boyd M, Sheikh A (2012) A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 379(9823):1310-1319
- Bates DW (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BrMedJ* 320(7237):788
- Carayon P (ed) (2011) *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. CRC Press, Nueva York
- Carayon P, Hundt AS, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Brennan PF (2006) Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care* 15(suppl 1):i50-i58
- DeVries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Schlack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MGW, Smorenburg SM, Boermeester MA (2010) Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 363(20): 1928-1937
- Dixon-Woods M, Amalberti R, Goodman S, Bergman B, Glasziou P (2011) Problems and promises of innovation: why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Qual Saf* 20(suppl):i47-i51
- Hollnagel E, Woods DD, Leveson N (eds) (2007) *Resilience engineering: concepts and precepts*. Ashgate Publishing, Guildford
- Lanier WL (2006) A three-decade perspective on anesthesia safety. *Am Surg* 72(11):985-989
- Macrae C (2014) *Close calls: managing risk and resilience in airline flight safety*. Palgrave Macmillan, London

- Mair FS, May CR (2014) Thinking about the burden of treatment. *BMC Health Serv Res* 14:281
- McGivern G, Fischer MD (2012) Reactivity and reactions to regulatory transparency in medicine, psychotherapy and counselling. *Soc Sci Med* 74(3):289-296
- Murphy MF, Staves J, Davies A, Fraser E, Parker R, Cripps B, Kay J, Vincent C (2009) How do we approach a major change program using the example of the development, evaluation, and implementation of an electronic transfusion management system? *Transfusion* 49(5): 829-837
- Neuman MD, Goldstein JN, Cirullo MA, Schwartz JS (2014) Durability of class I American College of Cardiology and American Heart Association clinical practice guideline recommendations. *JAMA* 311(20):2092-2100
- New South Wales Government Private Facilities Act (2007) <http://www.health.nsw.gov.au/hospi-tals/privatehealth/pages/default.aspx>. Accessed 2 Aug 2015
- Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C (2003) Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 18(2):71-75
- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM (2008) Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ* 337:a1714
- Shabanzadeh DM, Sorensen LT (2012) Laparoscopic surgery compared with open surgery decreases surgical site infection in obese patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 256(6):934-945
- Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, Hempel S, McDonald KM, Ovreteit J, Rubenstein LV, Adams AS, Angood PB, Bates DW, Bickman L, Carayon P, Donaldson L, Duan N, Farley DO, Greenhalgh T, Haughom J, Lake ET, Lilford R, Lohr KN, Meyer GS, Miller MR, Neuhauser DV, Ryan G, Saint S, Shojania KG, Shortell SM, Stevens DP, Walshe K (2011) Advancing the science of patient safety. *Ann Intern Med* 154(10):693-696
- Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D (2007) How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Ann Intern Med* 147(4):224-233
- Van Pelt F (2008) Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 17(4):249-252
- Vincent C (2010) Patient safety, 2.^a edición Wiley Blackwell, Oxford
- Vincent C, Phillips A, Young M (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343(8913):1609-1613
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 316(7138): 1154-1157

- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) The measurement and monitoring of safety. The Health Foundation, Londres
- Wu A (2000) Medical error: the second victim. *Br Med J* 320:726-727
- Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, Allegranzi B, Magiorakos AP, Pittet D (2015) Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis* 15:212-224

Estrategias de seguridad en los hospitales

EN ESTE LIBRO HEMOS ELABORADO UNA SERIE DE IDEAS Y DE PROPUESTAS QUE, EN SU CONJUNTO, CONFORMAN LAS BASES PARA LAS CINCO ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD EXPUESTAS EN EL CAPÍTULO 6. Creemos que contemplar las estrategias de seguridad de esta manera ofrece tres ventajas principales: la primera es que aumenta el abanico de estrategias e intervenciones de seguridad a nuestra disposición; la segunda consiste en que podemos personalizar la mezcla de estrategias para adaptarla a distintos contextos; y la tercera es que el hecho de que las estrategias de seguridad estén muy estructuradas puede contribuir a que seamos capaces de pensar de forma más estratégica sobre la seguridad, tanto en el día a día como a largo plazo.

En este capítulo comenzamos a explorar cómo podrían contribuir estas estrategias a la seguridad en los hospitales. En los capítulos siguientes nos ocuparemos de la atención primaria y de la asistencia domiciliaria. En cada uno de los casos vamos a ofrecer una breve introducción sobre los aspectos más relevantes de cada contexto, pero no nos extenderemos en los datos que están bien establecidos. Nuestro objetivo principal es proporcionar ejemplos de intervenciones asociadas a cada una de las cinco estrategias de seguridad, para ofrecer una idea de las posibilidades de este planteamiento. Tenemos que admitir que, a largo plazo, será necesario seguir avanzando en el trabajo empírico para desarrollar y confirmar (o descartar) nuestras propuestas.

UN POCO DE HISTORIA

La atención hospitalaria ha sido el principal objetivo de la seguridad del paciente durante dos décadas y ahora ya podemos distinguir una serie

de fases de exploración y de intervención. Cada una de las fases obtuvo algunos resultados, pero al mismo tiempo expuso obstáculos y limitaciones, lo que a su vez estimuló una nueva fase de trabajo, en una estrategia de ensayo y error en continuo desarrollo. Con esta experiencia y madurez, hoy entendemos mejor lo que es viable y lo que ha resultado ilusorio. Hoy en día somos mucho más conscientes de lo difícil que es mejorar la seguridad tanto a largo como a corto plazo.

¿Qué se ha hecho en años anteriores? En los últimos quince años podemos distinguir tres etapas principales, cada una de las cuales está asociada a diferentes tipos de acción e intervención. Las estrategias de la fase precedente continuaron mientras aparecían otras nuevas, de modo que ahora contamos con una seguridad con capas, como una tarta, de prácticas e intervenciones.

El entusiasmo de los primeros años: 1995-2002

El trabajo sistemático en seguridad del paciente comenzó a mediados de la década de los noventa del siglo pasado, con la aparición de la delimitación entre la preocupación general acerca de la calidad y el enfoque específico en el daño. Por ejemplo, en Gran Bretaña, el desarrollo de la gestión de riesgos asistenciales, que en un primer momento estaba orientada a la reducción de los litigios, conllevó un nuevo énfasis en el análisis y la reducción de los incidentes y los eventos dañinos (Vincent 1995). Los métodos y las hipótesis, no obstante, siguieron arraigados en la mejora de la calidad; el objetivo era identificar y analizar los errores y los incidentes y, luego, encontrar el modo de evitarlos. El establecimiento de sistemas de notificación de incidentes para detectar y registrar los incidentes era un elemento fundamental de la estrategia. Este modelo pasó rápidamente a ser reconsiderado, debido a una importante infranotificación, sobre todo por parte de los médicos, y a la gradual aceptación de la imposibilidad de resolver el creciente número de problemas detectados en los sistemas de notificación (Stanhope et al. 1999). Era necesaria una perspectiva más amplia, que contara con conceptos sistémicos y herramientas importadas del ámbito industrial.

La llegada del profesionalismo: 2002-2005

A finales de la década de 1990, James Reason dotó a la asistencia sanitaria de una inspiradora perspectiva que proporcionó una delimitación clara entre los modelos tradicionales de mejora de la calidad y los problemas específicos que surgen al ocuparnos de la seguridad (Reason 1997; Reason et al. 2001). Los investigadores del campo de la seguridad, los profesionales sanitarios y los gestores tomaron los conceptos, las técnicas y los métodos propios del campo de la seguridad industrial y los aplicaron a la asistencia sanitaria. Éstos incluían un mayor énfasis en el papel de las condiciones latentes en la organización, que llevó a la elaboración de métodos de análisis de incidentes derivados de este modelo (Vincent et al. 1998, 2000). También se le concedió cada vez más atención a los factores humanos y ergonómicos, tras el éxito en la mejora del diseño de interfaces y equipamientos en la industria, el uso de la informática y una aproximación científica a la gestión de las condiciones de trabajo, el estrés y el cansancio (Bates 2000; Sexton et al. 2000; Carayon 2006). La homologación y la certificación se desarrollaron sobre la base de estos nuevos conocimientos adquiridos al exigir a los hospitales que establecieran programas de gestión de riesgos y nuevos indicadores en la seguridad del paciente. La seguridad y la gestión de riesgos adquirieron mucha mayor relevancia y se produjeron muchas iniciativas nuevas en asistencia sanitaria, pero siguió sin conocerse el impacto en la seguridad de paciente (Pronovost et al. 2006; Wachter 2010). La falta de compromiso clínico fue una de las mayores preocupaciones y la seguridad del paciente continuó siendo territorio para entusiastas y especialistas: una situación bastante curiosa, dado que la seguridad, considerada desde el punto de vista de la responsabilidad personal es, quizá, la principal preocupación de los profesionales sanitarios en su trato diario con los pacientes.

La cultura de seguridad, las intervenciones polifacéticas y el trabajo en equipo: 2005-2011

Los estudios sobre la cultura de seguridad han mostrado inequívocamente que en muchos hospitales y otros ámbitos sanitarios las actitudes

y los valores de seguridad distaban mucho de ser los óptimos. Muchos estudios indican una excesiva cultura de la culpa, presiones para alcanzar mayor rendimiento en detrimento de la seguridad, falta de transparencia de cara al paciente y niveles variables de vigilancia y de trabajo en equipo. También existen enormes variaciones entre hospitales, entre las prácticas clínicas y entre diferentes ámbitos (Tsai et al. 2013). Mientras que en un primer momento se pensó que la cultura de seguridad tenía el potencial de impactar directamente en la seguridad, ahora cada vez existe una mayor conciencia de que puede que ésta sólo proporcione unos cimientos básicos (Flin et al. 2006; Vincent et al. 2010)

No obstante, como ya hemos analizado, han empezado a aparecer pruebas de mejoras destacadas en algunos problemas de seguridad en aspectos concretos, así como de las posibilidades de una aplicación más amplia de estrategias como las listas de verificación, paquetes de prácticas clínicas (*bundles*), etc. (Haynes et al. 2009; Shekelle et al. 2011). Los logros demostrados en la primera línea llevaron al colectivo de la asistencia sanitaria a creer que la seguridad aumentaría de modo progresivo según se fueran estableciendo nuevas intervenciones. Sin embargo, la mejora de la seguridad en las instituciones y en los grupos de población ha resultado ser mucho más complicada. La diferencia principal entre las perspectivas actuales y aquellas que se imaginaban a mediados de la década del año 2000 es que los logros y las recompensas se esperan ahora a medio o largo plazo más que en un plazo muy corto.

Consideraciones sobre la seguridad en los hospitales

Ofrecemos este breve panorama general para destacar el hecho de que los modelos de seguridad en los hospitales han sido sobre todo modelos optimizadores, de uno u otro tipo, aunque la atención otorgada a la optimización integral del sistema, en lugar de a la mejora de prácticas específicas, ha sido, en comparación, bastante escasa. Podría pensarse que la homologación y la reglamentación del sistema son ejemplos de control de riesgos y, sin duda, existen ejemplos en los que los estándares se han establecido a fin de minimizar o evitar riesgos de cierto tipo. Sin embargo, nosotros somos de la opinión de que la mayor parte de la homologa-

ción y reglamentación se dirige a la valoración del cumplimiento o de la falta de ajuste a los estándares de atención establecidos. Las autoridades normativas a veces no tienen más remedio que reconocer que los estándares no pueden cumplirse y, por tanto, es necesario realizar adaptaciones, pero nuestra opinión es que la perspectiva dominante respecto a cómo conseguir la seguridad es una perspectiva centrada en el cumplimiento de los estándares.

LA SEGURIDAD EN EL HOSPITAL: DIFERENCIAR LAS ESTRATEGIAS ACTUALES DE LAS FUTURAS

Lo que proponemos es que orientar nuestra reflexión a una mezcla integral de estrategias destinadas a obtener un alto nivel de seguridad y adaptadas a los distintos niveles será un planteamiento eficaz y eficiente tanto para la gestión de la seguridad en el día a día como para mejorar la seguridad a largo plazo. No obstante, antes de comenzar a ofrecer ejemplos de cómo podrían aplicarse estas cinco estrategias distintas en el ámbito hospitalario, tenemos que analizar una cuestión fundamental: el personal y la organización a menudo tienen que utilizar una estrategia determinada no porque sea necesaria en ese ámbito clínico, sino para compensar otros problemas subyacentes del sistema. Por ejemplo, servicios como la medicina intensiva y de urgencias dependen en gran medida de la adaptación y la recuperación para observar, corregir y recuperarse de las inevitables desviaciones de la práctica óptima y de los problemas inesperados que se presentan. No obstante, el hecho de que el uso de una estrategia esté ampliamente difundido no supone necesariamente que sea conveniente; de hecho, es posible que se sobreemplee para compensar otras deficiencias, como la escasa fiabilidad o la falta de dotación de personal (Cuadro 7.1). Por lo tanto, llegados a este punto, tenemos que distinguir entre:

- La mezcla de estrategias que se usa en la actualidad en una institución.
- La mezcla que podría resultar conveniente.
- Las estrategias que podrían necesitar desarrollo o refuerzo.

Cuadro 7.1 Adaptación y soluciones de compromiso en la planta

Recientemente, mientras estaba de guardia de fin de semana me di cuenta del abatimiento de mi equipo, que intentaba abrirse camino a lo largo de las 27 páginas impresas de trabajos necesarios para pacientes en diez unidades clínicas. No era posible que dos médicos residentes pudieran hacer todo esto ellos solos. Estaban haciendo lo que haría cualquiera cuando la tarea es imposible, buscar soluciones y distinguir lo que era urgente o imprescindible y lo que podía omitirse.

Una gran parte de la carga de trabajo es extracción de sangre, recogida de muestra y obtención de resultados. Los técnicos deberían llevar a cabo estas funciones, pero tienen un contrato fijo de 4 horas, lo que significa que solo se ocupan de una pequeña parte de la carga de trabajo total. Son los equipos de trabajo de los días laborables los que piden las pruebas y las dejan en manos del equipo del fin de semana para que compruebe los resultados, por lo general sin indicaciones claras sobre el objetivo de las pruebas o de qué hacer con los resultados. Si no se ha realizado la extracción de sangre, el equipo de fin de semana solo se da cuenta cuando tratan de comprobar los resultados, con lo que se generará un retraso importante en la supervisión de los pacientes. Hay una gran variabilidad en la claridad con la que se formulan las peticiones, en la información sobre los antecedentes, en la adecuación de la prueba misma y en la información sobre qué hacer con los resultados, lo que se añade a la inexperiencia y a la falta de seguridad de los médicos residentes de guardia el fin de semana.

Inada Kim (Comunicación personal, 2015)

En todos los ámbitos, el personal tiene que buscar soluciones alternativas, como obtener información de los pacientes en lugar de buscarla en la historia médica o usar guantes desechables como torniquetes. En algunos casos, se asumen riesgos como tomar decisiones clínicas sin información o transportar los objetos punzocortantes a recipientes para desechar agujas muy alejados (Burnett et al. 2011). A menudo, la manera en que se las arregla y se adapta la primera línea conduce a «fijaciones» que posponen

la búsqueda de soluciones más relevantes y a largo plazo. Estas soluciones provisionales en la asistencia sanitaria permiten asimismo que los gestores puedan evitar las verdades incómodas y hacen que el peso de la responsabilidad por los fallos se transfiera a los trabajadores de la primera línea (Wears y Vincent 2013).

Por lo tanto, cuando formulamos el modelo general de seguridad, tenemos que tener en cuenta cuál es el modelo en este momento y cuál podría ser la estrategia más efectiva a largo plazo. Sin duda creemos que debemos profundizar en las estrategias adaptativas, en el sentido de que deben planearse y, en cierta medida, formalizarse. No obstante, esto es algo muy distinto de la dependencia existente en la actualidad de la improvisación ad hoc para compensar la falta de información, el equipamiento inadecuado y cuestiones semejantes. La Figura 7.1 ilustra estas ideas en el contexto de la medicina intensiva y de urgencias y sugiere que el aumento de la fiabilidad y el control del flujo y la demanda reducirían la necesidad de adaptación y de improvisación. Teniendo esto presente, pasaremos ahora a dar ejemplos de las cinco estrategias de seguridad en el contexto hospitalario; y trataremos más extensamente el control de riesgos, la adaptación y la atenuación, dado que las otras dos estrategias ya han sido explicadas suficientemente.

Mejorar los sistemas reduce la necesidad de adaptación y recuperación

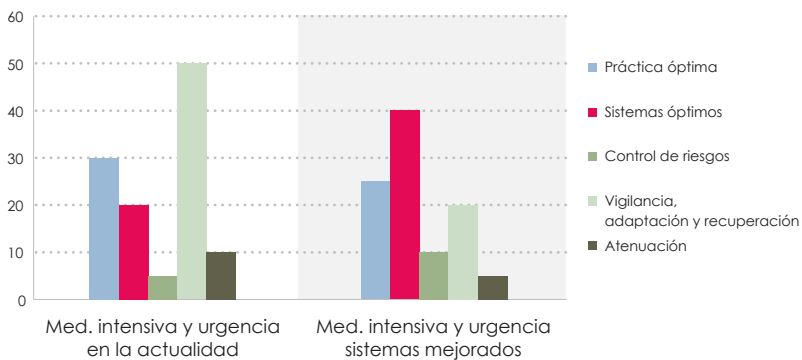


Fig. 7.1 Mejorar los sistemas reduce la necesidad de adaptarlos

LA SEGURIDAD COMO PRÁCTICA ÓPTIMA

En el capítulo 6 y en algunos puntos de los anteriores, ya hemos proporcionado varios ejemplos de las estrategias de optimización en los hospitales. Es obvio que tenemos que consolidar y desarrollar los modelos dirigidos a mejorar el respeto de la práctica clínica óptima y de ese modo hacer que la atención a los pacientes sea más segura. La reducción de las escaras decúbito, la reducción de las infecciones urinarias relacionadas con catéter, la mejora de la identificación del paciente, etc. son, evidentemente, fundamentales. Los procesos y las tareas estandarizadas pueden revisarse de forma periódica para asegurar que los estándares se están manteniendo. Todos los ámbitos hospitalarios, con independencia de que los procesos sean más o menos flexibles y dinámicos, cuentan con numerosos procedimientos básicos que es necesario seguir. Los programas para mejorar el cumplimiento y respeto de los procedimientos básicos son siempre una base importante para mejorar la seguridad, aunque nunca suponen una solución integral.

MEJORAR EL SISTEMA

Aunque el campo de los factores humanos y la ergonomía es enorme y de fundamental importancia en los entornos hospitalarios, no nos ocuparemos de él en detalle en este libro. Esto se debe a que ya se ha analizado ampliamente en otros lugares y a que no se discute su papel como modelo válido y fundamental tanto para la mejora de la seguridad como de la eficacia y la experiencia. Bajo este epígrafe general incluiríamos las mejoras en la administración de los medicamentos en cuanto a la estandarización de los formularios y protocolos, la introducción de la informática en todas sus formas, la formalización de las funciones y responsabilidades en los equipos asistenciales, el empleo de paquetes de prácticas clínicas (*bundles*) y de objetivos diarios para la organización de la atención en las unidades clínicas y todos los esfuerzos para mejorar las condiciones de trabajo básicas. Mejorar la seguridad mediante la práctica óptima y la mejora de los estándares suele exigir un esfuerzo adicional por parte del personal de primera línea, al menos en las primeras etapas.

Es igualmente necesario prestar atención a la mejora del sistema a fin de reducir la carga del personal y, de este modo, dejar más tiempo para la mejora y la supervisión de la seguridad. La mejora de las condiciones de trabajo podría lograrse mediante la mejora del diseño de las interfaces, de la ergonomía del equipamiento, del entorno de trabajo (físico) o de la reducción de las interrupciones y las distracciones que aumentan en gran medida la propensión al error. Exponemos aquí un ejemplo que explica el potencial de este tipo de modelo.

Reducir la carga del personal: simplificación y reorganización eliminando lo innecesario

La mejora de la vida laboral del personal es uno de los objetivos principales del trabajo de los factores humanos. Si queremos que el personal pueda dedicar tiempo a la supervisión y mejora de la seguridad tenemos que conseguir que cuenten con tiempo para ello y no confiar en que habrá trabajadores entusiastas que se dediquen a esto los fines de semana y por las noches. Esto quiere decir que se debe asignar menos tiempo a otras cosas y que se tienen que tomar decisiones sobre de qué se puede prescindir en el proceso de trabajo actual. Examinaremos brevemente la cuestión de las políticas y los procedimientos del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico, como ejemplo de cómo podríamos empezar a simplificar el sistema y a reducir la carga de la plantilla.

En el NHS, un amplio número de políticas y guías rigen todos los aspectos del trabajo de la institución. En un análisis de las pautas clínicas para la atención de primera línea, Carthey y cols. (2011) mostraron que en las primeras 24 h tras la admisión del paciente en el hospital para una cirugía de emergencia por fractura de fémur había 76 guías aplicables. Un breve estudio de 15 hospitales ingleses del NHS que publicaron sus guías en sus páginas web mostró que tenían entre 133 y 495 normas que lo abarcaban todo, desde recomendaciones en materia de indumentaria hasta la administración de los medicamentos. Como media las guías tenían una extensión 27 páginas, con un rango entre las 2 y las 122 (Figura 7.2). El hospital medio tenía unas 8000 páginas de políticas publicadas en su página web, lo que suponía más de dos millones de palabras (Green et al. 2015).

Guías para una fractura del cuello del fémur en las primeras 24 horas

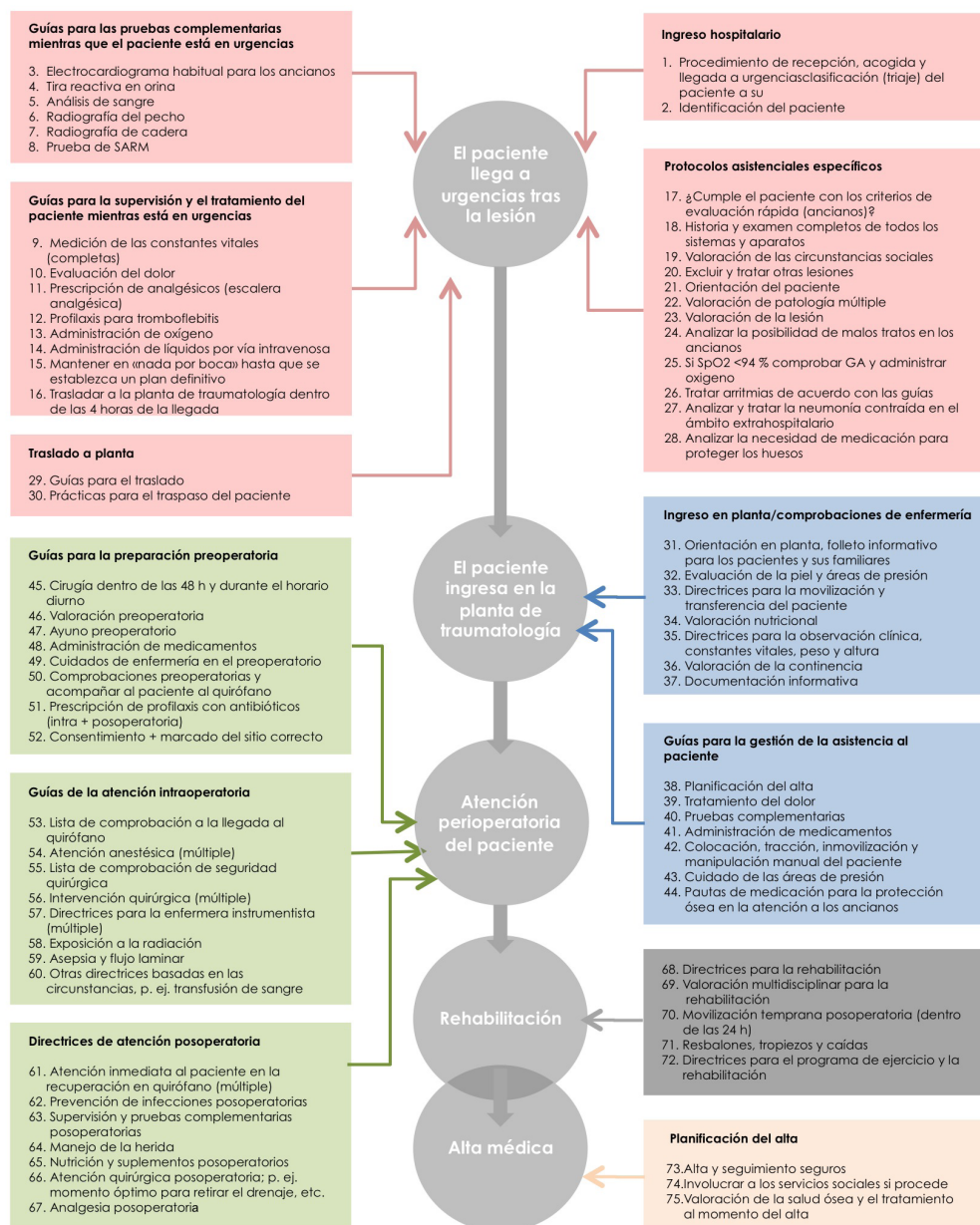


Fig. 7.2 Guía para una fractura del cuello del fémur en las primeras 24 horas

La plétora de inútiles políticas «casi legales» y guías supone una carga desmedida para el personal, una enorme pérdida de recursos y, paradójicamente, una amenaza para la seguridad. En primer lugar, no se distingue con claridad entre los procedimientos fundamentales y las pautas triviales, por lo que todas las guías pierden importancia. En segundo lugar, es imposible que el personal pueda seguir siquiera una pequeña parte de las guías y procedimientos con los que tiene que enfrentarse. En tercer lugar, se destinan grandes cantidades de tiempo y de recursos a producir estas políticas que resultan más o menos inservibles en la práctica y desvían la atención de otras estrategias para mejorar la seguridad más fructíferas. ¿Cuántos procedimientos es aceptable establecer en un mismo ámbito?

Resulta irónico que tantas guías y procedimientos se dicten con el objetivo de proporcionar garantías y mejorar la seguridad y, sin embargo, el efecto neto es una menor seguridad. Es necesario reducirlas y simplificarlas de manera drástica para lograr un conjunto de procedimientos operativos análogos a aquellos que se emplean en otras industrias de alto riesgo (Green et al. 2015).

CONTROL DE RIESGOS

Las estrategias de control de riesgos se emplean en la asistencia sanitaria en entornos altamente estandarizados y regulados, como la farmacia, los hemoderivados y la radioterapia, donde existen estrictos controles integrados en los sistemas de prestación y restricciones sobre quién puede administrar las terapias y qué competencias son necesarias. Las estrategias de control de riesgos podrían ser empleadas de forma mucho más amplia, en particular como una restricción de las adaptaciones informales innecesarias o peligrosas. Y aún más importante, podrían ser usadas de un modo mucho más rotundo, con mayor claridad y adoptarse como parte de los recursos para la seguridad del paciente. En este apartado vamos a dar ejemplos de estrategias de control de riesgos tanto para la primera línea como para los niveles directivos.

Control de la medicación

Las restricciones en la prescripción y administración de medicamentos es una estrategia clásica y ampliamente usada de control de riesgos. Por ejemplo:

- Existen guías claras sobre quién puede o no administrar quimioterapia intratecal (Franklin et al. [2014](#)).
- Generalmente no se permite que los médicos residentes de primer y segundo año receten determinados medicamentos, como quimioterapia o metotrexato oral u otras sustancias.
- Hay controles legales sobre el uso de muchos fármacos como la di morfina y otros opiáceos.
- Las enfermeras tienen que pasar una prueba de competencia para que se les permita administrar medicación por vía intravenosa.

Estas restricciones son generalmente aceptadas, pero no se consideran una estrategia de control de riesgos o una iniciativa para la seguridad del paciente. Las señalamos sólo para recalcar que el control de riesgos ya se emplea y se acepta. El siguiente ejemplo es bastante diferente ya que se trata de un ejemplo del potencial del control de riesgos.

La posibilidad de controles «Go» y «No go» (continuar/parar) en cirugía

Las comprobaciones anteriores al despegue exigen una decisión deliberada de proceder a la que se suele denominar decisión «go/no go» (continuar/parar). Las autoridades de la aviación civil establecen criterios claros que rigen las condiciones aceptables para volar y se espera que las tripulaciones reconozcan las situaciones en las que no es posible gestionar los riesgos de manera adecuada. En tales circunstancias, tienen capacidad y competencia para cancelar el vuelo y, de hecho, tienen claramente la responsabilidad profesional de hacerlo. A diferencia de la asistencia sanitaria, donde la hipótesis subyacente es que hay que arreglárselas y continuar, incluso con un riesgo considerable para los pacientes. Comparativamen-

te, son pocas las áreas de la asistencia sanitaria en las que el «No go» se entiende y se respeta con claridad.

Existen guías a nivel nacional sobre los estándares de los equipamientos de anestesia. Si se detectan fallos en el equipamiento básico, este debe sustituirse, y si no se pueden disponer de un reemplazo adecuado no se puede seguir con el paciente sin una razón concreta y documentada (Hartle et al. 2012). Existen paralelismos entre la aviación y el quirófano. Una operación es un procedimiento complejo que depende del funcionamiento correcto de varios elementos, tanto humanos como técnicos. Hay ciertos tipos de fallo en el equipamiento en los que se da por sentado que un anestesista no seguirá adelante (por ejemplo, si el equipo para monitorizar los gases de la vía aérea no funciona), una situación en la que algunos anestesistas seguirían adelante (no hay equipo de ecografía para un paciente que necesita un catéter venoso central) y una situación en la que se podría esperar que la mayoría de los anestesistas siguieran adelante (el sistema de alimentación ininterrumpida del hospital no está disponible, pero todos los sistemas principales funcionan). No obstante, en la práctica, aunque existen guías específicas, no abundan las normas «No go» nítidas y la decisión se deja al equipo de quirófano que está necesariamente influenciado por las presiones de la productividad y otros factores (Eichhorn 2012).

En el campo de la cirugía podrían definirse condiciones «no go» para proteger a los pacientes y a los equipos, imponiendo un límite que no se pueda sobrepasar y que sólo se pueda soslayar en casos de urgencia. Las condiciones «no go» son estándares de seguridad objetivos, absolutos y de mínimos. Se corresponden con los umbrales mencionados arriba en los que se debían detener las actividades asistenciales. El valor «No go» corresponde a un estadio tras el cual no hay ya capacidad para la atención segura con independencia del resto de estrategias.

Establecer límites en la asistencia

Mientras escribimos este apartado, en enero de 2015, varios hospitales británicos han declarado un «incidente importante». Esto no se debe necesariamente a un incidente específico, sino que se trata de una decla-

ración de que han llegado a un punto de crisis y son incapaces de gestionar el volumen o el tipo de pacientes que están recibiendo. Esto puede suceder en invierno, cuando la demanda es alta, pero también en otros momentos, por ejemplo, si hay un accidente de carretera de importancia o una elevada cantidad de pacientes con neumonía. Esta declaración formal permite al equipo de dirección tomar una serie de medidas:

- Una de las primeras medidas es comenzar a posponer las actividades de rutina, como los reemplazos de cadera o de rodilla o las citas para consultas externas.
- Suspensión de los permisos y convocatoria de más personal.
- Anunciar a la población de que el hospital está sometido a mucha presión y que no acuda a urgencias si no es absolutamente necesario.
- En circunstancias excepcionales, derivación de ambulancias de manera que no lleguen pacientes de urgencias. No obstante, esto sólo se emplea como último recurso, dado que aumenta la demanda en los centros cercanos.

Ésta es una estrategia de control de riesgos clásica, similar a la de dejar los vuelos en tierra cuando un aeropuerto no puede hacer frente al volumen de vuelos o como respuesta al mal tiempo. Muchos hospitales adoptan estas medidas para responder a una crisis, pero sin tener necesariamente una estrategia preparada y nítida en vigor. Aunque el control de riesgos en su sentido más pleno exige un modelo claro, y preferiblemente público de solución al problema, para posibilitar una respuesta estratégica deliberada antes que ir saliendo del paso según lo demanden las circunstancias. De nuevo, estas estrategias clave no se consideran dentro del ámbito de la seguridad del paciente y no se estudian, clasifican, desarrollan o enseñan.

VIGILANCIA, ADAPTACIÓN Y RESPUESTA

Repetidamente hemos subrayado que los fallos y las desviaciones de los estándares no son excepcionales, sino la realidad del día a día de la asistencia sanitaria. La seguridad se logra en parte intentando reducir y controlar dichos fallos, pero también, dado que hay que reconocer que

esta tarea es imposible, vigilando y gestionando activamente los problemas que surgen. La cuestión esencial es si dejar esto a la improvisación *ad hoc* o si debe intentar integrar este recurso en el sistema (Vincent et al. 2013). Muchas de las iniciativas propuestas para mejorar la seguridad, entran dentro de esta categoría, pero son pocas las que se han puesto en práctica de forma estratégica y minuciosa. Hemos proporcionado un pequeño número de ejemplos, pero existen enormes posibilidades para el desarrollo, la formalización, la formación y la aplicación de los modelos de vigilancia y adaptación analizados.

La familia y los pacientes como detectores de problemas

La participación y la autonomía de los pacientes y los cuidadores en un sistema cada vez más complejo plantea enormes riesgos en numerosos frentes. Los pacientes y los cuidadores tendrán un papel cada vez más importante en el mantenimiento de la seguridad, al ir aumentando la asistencia domiciliaria, lo cual se analizará en el siguiente capítulo. En este momento sólo queremos destacar que prácticamente todas las intervenciones de seguridad dirigidas al paciente entran dentro de la categoría de vigilancia, adaptación y respuesta. En los ámbitos hospitalarios en muchos casos se pide a los pacientes y los cuidadores que compensen los problemas de falta de fiabilidad y que creen una defensa complementaria contra el daño potencial (Davis et al. 2011). Muchas de las intervenciones de seguridad centradas en el paciente se dirigen a animar a los implicados a que comuniquen si detectan problemas con la medicación, la identificación o de otro tipo. Y hasta, asumiendo un mayor reto, se les pide a los pacientes que se enfrenten al personal que no se haya lavado las manos para que colaboren al control de sus propias infecciones (Pittet et al. 2011). Algunas de estas intervenciones son por completo legítimas y, de hecho, son necesarias; los pacientes cuentan con un punto de vista privilegiado sobre su propia atención y necesitamos su perspectiva sobre cómo se pone en peligro su seguridad. Pero, debemos aclarar que a menudo se les pide a los pacientes no sólo que vigilen los problemas que surgen en la atención compleja, sino también que detecten y compensen los problemas que no son culpa suya.

Formación del equipo en vigilancia, adaptación y respuesta

Los equipos, cuando trabajan bien, tienen la posibilidad de ser más seguros que un individuo solo, dado que un equipo puede crear defensas complementarias contra el error mediante la vigilancia, la comprobación y el apoyo mutuo: cuando alguien tiene dificultades, otro le ayuda; si alguien comete un error, otro se da cuenta (Vincent et al. 2010). Muchos autores han explicado cómo los equipos de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias (Wears y Woods 2007) y de quirófano (Carthey et al. 2003) anticipan e impiden posibles incidentes en materia de seguridad. Esto puede aplicarse a las verificaciones en colaboración más formales, en las que una persona, un puesto, un grupo o una unidad aportan sus apreciaciones sobre la viabilidad o las posibles lagunas en los planes, decisiones o actividades de otros (Patterson et al. 2007). Unido a esto iría el desarrollo de una cultura de seguridad que apoye, y de hecho promueva, que se hable abiertamente de los errores. Una vez que nos damos cuenta de que los errores y los fallos son inevitables, al menos cuando el sistema está sometido a presión, el razonamiento para defender la transparencia sobre el error se vuelve evidente. Prepararse para ello es de vital importancia en los entornos asistenciales más dinámicos y fluidos, donde es normal la incertidumbre y los errores son frecuentes. Por ejemplo, normalmente se considera que la lista de verificación quirúrgica de la OMS es un medio para comprobar procesos como la administración de antibióticos de manera oportuna. No obstante, la lista de verificación también da lugar a un breve período de reflexión (el «tiempo muerto») en el que los miembros del equipo de quirófano destacan los posibles problemas y, al presentarse entre ellos, aumentan las posibilidades de que hablen sin reservas si se identifican problemas (Haynes et al. 2009; Kolbe et al. 2012).

Reuniones informativas («briefing and debriefing»), prácticas para el traspaso del paciente y rondas de seguridad

Las reuniones operativas, las prácticas de traspaso del paciente, las rondas de seguridad y las reuniones con pacientes y cuidadores son recursos para

obtener información que permita la vigilancia de la seguridad. Por ejemplo, las reuniones informativas que mantienen los directivos pueden liberar camas y mejorar el flujo de pacientes que pasa por un hospital, detectar problemas de seguridad relacionados con brotes de infecciones y evitar la posibles altas de pacientes, peligrosas. Por ejemplo, los «briefings» que se llevan a cabo por los equipos de quirófano brindan una oportunidad para detectar y resolver problemas con el equipamiento, la dotación de personal o en el orden del parte de quirófano antes de ocuparse de un paciente. Los «debriefing» realizados al final del parte de quirófano), contribuyen al aprendizaje basado en la reflexión sobre lo que fue bien y lo que podría funcionar mejor en el futuro. Este tipo de reuniones, se han ido introduciendo de manera gradual en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, como los equipos de salud mental (Campbell et al. [2014](#)).

ATENUACIÓN

El tratamiento y remedio de los problemas físicos es obviamente necesario cuando un paciente ha sufrido daño de algún tipo o alguna complicación. No obstante, el apoyo psicológico es igualmente importante para los pacientes y el personal. Las instituciones presentan enormes variaciones sobre en qué medida están dispuestas, preparadas o son capaces de proporcionar apoyo emocional, práctico y financiero. Algunos hospitales tienen sistemas de respuesta muy bien asentados en caso de que los pacientes hayan sufrido daño y también estrategias de atenuación muy desarrolladas; otros simplemente reaccionan y se adaptan.

Sistemas de apoyo para el personal y los pacientes

Las necesidades fundamentales de los pacientes que han sufrido un daño han estado claras desde hace 20 años. Todos agradecemos, en mayor o menor grado, una disculpa, una explicación, que se nos informe de las medidas que se han tomado para que no vuelva a ocurrir y posiblemente ayuda económica y práctica (Vincent et al. [1994](#)). Sabemos que los profesionales padecen diversas consecuencias por ser lo que Albert Wu ha

denominado, muy elocuentemente, la «segunda víctima»; expresión que no supone que las experiencias del personal sean necesariamente comparables a las de los pacientes que han sufrido daño (Wu 2000). También tenemos que tener en cuenta que un profesional seriamente afectado puede tener un rendimiento deficiente y constituir un riesgo para futuros pacientes; ésta es una cuestión que no se aborda con demasiada frecuencia. Hay algunos innovadores ejemplos de programas de apoyo para los pacientes y el personal (Cuadro 7.2), pero el área de la gestión de la seguridad aún necesita un considerable desarrollo (Iedema et al. 2011).

Cuadro 7.2 Servicios de apoyo al trauma inducido por los procedimientos médicos (MITSS, por sus siglas en inglés)

Linda Kenney, fundadora de los MITTS, sufrió una convulsión tónico-clónica generalizada durante una operación mientras estaba siendo atendida por un anestesta, Frederick van Pelt. Juntos fundaron MITSS, que proporciona apoyo a los pacientes y a los profesionales. El programa de apoyo entre iguales emplea a los colegas como apoyo principal, siguiendo un planteamiento que ha sido usado con éxito en la policía, los bomberos y los servicios de urgencias médicas. El programa busca incorporar personal clínico digno de confianza y con experiencia, que comprenda personalmente el impacto del error y que pueda prestar apoyo y reflexión confidencial de forma inmediata. Corre paralelo a otro programa de educación y formación, que se dirige a poner en duda la cultura de la negación de la respuesta emocional al error o acontecimiento grave. El hospital implicado se comprometió activamente a presentar una disculpa y a elaborar un programa de Activación de Apoyo Temprano (ESA, por sus siglas en inglés) para los pacientes y sus familias. La estrategia a largo plazo consiste en disponer de apoyo emocional integral para los pacientes, las familias y los profesionales sanitarios.

Van Pelt (2008).

El sistema sanitario de la Universidad de Michigan desarrolló un programa que incluía apoyo a los pacientes y a los profesionales, y también intervención activa para ofrecer una compensación si esto era lo adecuado y reducir posibles costos y enconados litigios. La institución practica una vigilancia activa en busca de errores médicos, le revela íntegramente los errores a los pacientes y ofrece compensación cuando se produjo un fallo. La evaluación del programa mostró que tras la puesta en marcha del programa de comunicación con oferta de compensación se produjo una reducción de las acciones judiciales, de la cantidad de demandas al mes, del tiempo en que se resolvían y de los costes. Este modelo no ocasionó un aumento de las acciones judiciales y los costes, incluso tratándose de los Estados Unidos, cuya litigiosidad es tristemente célebre (Kachalia et al. 2010); de hecho en Michigan se informó de una bajada de la litigiosidad en general durante la última parte del período estudiado. Varios hospitales de Nueva York han puesto ahora en práctica programas similares de «comunicación y resolución». Para que tengan éxito serán necesarios la presencia de una defensa institucional fuerte, inversión en el desarrollo y en la promoción del programa de cara a los profesionales sanitarios escépticos y dejar claro que los resultados de esta transformación llevarán tiempo (Mello et al. 2014).

FACTORES DETERMINANTES DE CARÁCTER NORMATIVO Y POLÍTICO DE LOS MODELOS DE SEGURIDAD

Hemos explicado nuestras cinco estrategias en hospitales desde la perspectiva de los gestores y el personal clínico de primera líneas. Hasta cierto punto ellos pueden determinar qué estrategias usar para mejorar la seguridad. No obstante, también están sometidos al ámbito normativo y político más amplio. Los legisladores y los políticos también tienen que tomar decisiones en materia de seguridad para el sistema integral, y sus acciones están determinadas por el carácter y la viabilidad de las estrategias en el marco de la organización sobre la que ejercen su influencia. Los dos ejemplos que explicamos a continuación muestran que el marco normativo y político tiene una poderosa influencia, no sólo en la forma en la que se presta la asistencia sanitaria, sino también en las estrategias que se pueden adoptar.

En Francia, las reglamentaciones que rigen la radioterapia, que son competencia de la Agencia para la Seguridad Nuclear (ASN, por sus siglas en francés), son mucho más estrictas que aquellas que rigen el uso de la quimioterapia, que es competencia de la Alta Autoridad de la Salud (HAS, por sus siglas en francés). Como resultado, los radioterapeutas trabajan con un modelo ultraseguro con muchas estipulaciones sobre las condiciones de funcionamiento y una exigencia absoluta de minimizar todos los errores y eventos adversos. La ASN no duda en realizar inspecciones y suspender su aprobación en los casos de sobredosis u otros problemas graves. En cambio, los oncólogos tienen mucha más libertad de acción y pueden empezar con dosis elevadas (para conseguir un beneficio máximo) y reducir la dosis según sea necesario dependiendo de la tolerancia del paciente a los efectos secundarios inaceptables. Hay estrictos controles en la producción farmacéutica y en la preparación de la quimioterapia, pero, en comparación, son pocas las restricciones en las decisiones sobre las dosis que se determinan siguiendo el criterio experto de los oncólogos. Estas diferencias se deben en gran parte al distinto nivel de requisitos que exigen cada una de las autoridades competentes. En la radioterapia se imponen controles del riesgo, mientras que en la quimioterapia se permite mucha más autonomía y adaptación.

Los contextos políticos y los niveles de financiación lógicamente influyen en la asistencia sanitaria que se puede prestar, pero también afectan a las estrategias de seguridad que pueden emplearse. En este sentido, hay marcadas diferencias entre los modelos que se adoptan en Europa y en los Estados Unidos para el tratamiento quirúrgico de los pacientes de más edad con problemas complejos (Figura 7.3). En Europa, aproximadamente el 8,5% de los pacientes sometidos a cirugías mayores ingresan en cuidados intensivos en algún momento de su estancia en el hospital, la mortalidad puede ser del 4% del total de pacientes y elevarse hasta el 20% para los pacientes más ancianos con un alto riesgo anestésico. En cambio, en los Estados Unidos, el 61% de los pacientes similares son ingresados en cuidados intensivos; la mortalidad es el 2,1% del total de pacientes y el 10-15% de los pacientes más ancianos con riesgo anestésico alto. Los mejores resultados en Estados Unidos son impresionantes, pero su consecución lleva aparejado un coste importante. En 2013, sólo los servicios de cuidados intensivos supusieron un 4% de todos los gastos

de asistencia sanitaria de los Estados Unidos, casi un 1 % del PIB (Neuman y Fleisher 2013). Europa no ha adoptado esta opción, lo que a su vez significa que deben emplearse diferentes estrategias, con un énfasis mayor en la detección de los problemas y la rápida respuesta a éstos, para atenuar esta incidencia prevista de peores resultados (Figura 7.3). De hecho, las diferencias en la mortalidad entre los hospitales con mayor y menor carga asistencial no están relacionadas con grandes diferencias en la incidencia de las complicaciones. En cambio, estas diferencias parecen estar relacionadas con la habilidad de un hospital para reconocer y actuar ante las complicaciones que presente el paciente. Para mejorar los resultados de los hospitales de escasa carga asistencial puede que sea fundamental poner en marcha estrategias centradas en reconocer y detectar y tratar a tiempo las complicaciones (Ghaferi et al 2009, 2011).

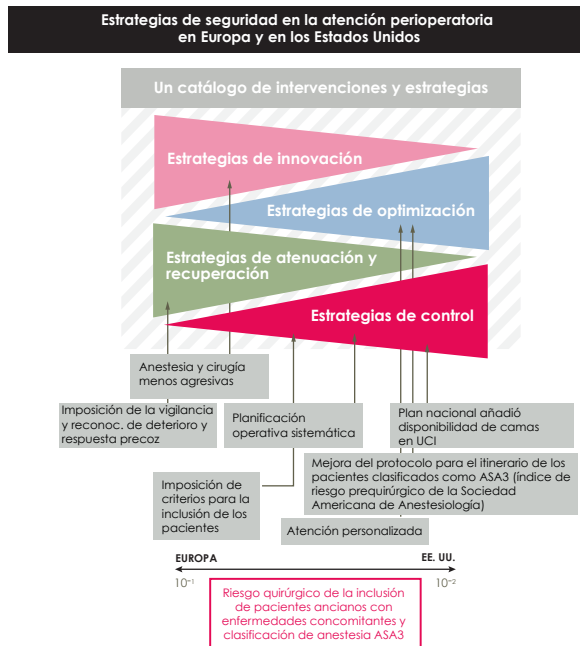


Fig. 7.3 Estrategias de seguridad en la atención perioperatoria en Europa y en los Estados Unidos

LA SEGURIDAD EN CONTEXTO: LOS DIVERSOS ENTORNOS HOSPITALARIOS

Hemos comenzado a plantear estrategias que se podrían aplicar en los hospitales; dando ejemplos de las estrategias generales y las intervenciones vinculadas a ellas. Tenemos que admitir que aún hace falta mucho trabajo para investigar este modelo y tratar el posible panorama de estrategias e intervenciones. Otra misión fundamental es analizar cómo deben elegirse las estrategias y cómo deben adaptarse éstas a los distintos ámbitos hospitalarios y teniendo en cuenta la creciente complejidad de la asistencia y las presiones en el hospital para prestar una atención segura las 24 horas, 7 días a la semana.

Previamente hemos expuesto que hay áreas del hospital que se ajustan a un modelo ultraseguro, otras que descansan en un modelo de alta fiabilidad y varias en las que la atención es muy adaptativa, aunque todavía con una base sólida de procedimientos esenciales. En algunos de estos niveles la seguridad se logra mediante una mezcla de automatización, fiabilidad del equipamiento y respeto a los estándares y procedimientos básicos. En otros entornos estos modelos siguen siendo importantes, pero es necesario complementarlos con una mayor confianza en el control de riesgos, la adaptación y la atenuación. La Tabla 7.1 ofrece una explicación general de cómo podríamos emplear las diferentes estrategias en diferentes entornos hospitalarios, mientras creamos una mezcla apropiada de intervenciones y modos de funcionamiento. En este momento estas ideas sólo pueden proponerse. No obstante sería posible, y de hecho es necesario, empezar a identificar y catalogar las estrategias usadas en el día a día, empleando para ello modelos basados en la observación y la etnografía, y posiblemente cuantificar la confianza en ellas en diferentes entornos.

Tabla 7.1 La elección de las estrategias de seguridad en la atención hospitalaria

Estrategias a adoptar					
Contexto asistencial	Perspectiva del paciente	Optimización	Control	Adaptación	Innovación
Pacientes complejos, protocolos limitados, frecuentes problemas inesperados UCI, urgencias, oncología	Potencial de grandes beneficios así como mayores niveles de riesgo	Impacto limitado Aplica logros probados en la primera línea. Simplifica los procedimientos y mejora la ergonomía	Impacto moderado Delimitación de competencias. Reglas claras y efectivas para el traslado a los centros de referencia	Gran impacto Adapta la dotación de personal. Celebra la pericia. Mejora la recepción, acogida y clasificación (triaje) y el acceso a la persona adecuada (experto) en el momento adecuado	Gran impacto potencial de efecto retardado Adopta estándares nuevos, nuevos medicamentos, nuevas tecnologías, tan pronto como estén disponibles
Atención programada con las alteraciones habituales (falta de dotación de personal, problemas ligados a la organización, etc.) Cirugía y medicina programada estándar	Beneficios con algo de riesgo	Impacto moderado Aplica logros probados en seguridad Mejora la planificación y la organización. Simplifica los procedimientos y mejora el entorno	Impacto de moderado a grande Crea condiciones claras para «Go o No go» Impone restricciones al flujo y la inclusión de pacientes.	Gran impacto Mejora la detección temprana y recuperación de las complicaciones. Mejora la cultura de seguridad del equipo y la participación del paciente	Gran impacto potencial de efecto retardado moderado Adopta nuevas forma de organización, nuevas técnicas
Atención altamente estandarizada: radioterapia, anestesia	Escasa aceptación del error	Gran impacto Mejora el entorno Impone protocolos y examina el cumplimiento Supervisa la atención y minimiza los efectos secundarios	Gran impacto Controla la selección de pacientes Minuciosa prevaloración Armoniza las prácticas entre los cuidadores. Impone un régimen reglamentario	Impacto de moderado a moderado Se da prioridad a prevenir los obstáculos	Impacto limitado de efecto retardado Se da prioridad a la estabilidad y a la lentitud en los ciclos de innovación
Servicios de apoyo médico: laboratorio, sangre y farmacia	Ninguna aceptación del error	Gran impacto Impone protocolos y normas jurídicamente vinculantes. Aumenta las inspecciones	Gran impacto Impone autorizaciones y un régimen reglamentario	Impacto limitado Se da prioridad a prevenir los obstáculos	Impacto limitado moderado La estabilidad es una prioridad absoluta para mantener la seguridad

Puntos clave

- En los últimos 15 años podemos identificar tres fases en la seguridad del paciente, cada una de las cuales se corresponde con diferentes tipos de acción y de intervención: el establecimiento inicial de la gestión del riesgo asistencial y el impulso para la reducción de los incidentes dañinos; una segunda fase en la que los conceptos y métodos de la seguridad industrial se aplicaron a la asistencia sanitaria; y una tercera fase de intervenciones en cuestiones asistenciales prioritarias y de desarrollo del equipo y las culturas. Las estrategias anteriores han continuado mientras aparecían otras nuevas, de modo que ahora contamos con una seguridad con capas, como una tarta.
- Muchos servicios clínicos dependen de una fuerte improvisación y adaptación *ad hoc* para compensar las deficiencias de organización y la falta de fiabilidad de los procesos básicos. El hecho de que una estrategia esté ampliamente difundida no quiere decir necesariamente que sea conveniente.
- Puede ser necesario enfocar la seguridad de distintos modos en los distintos entornos hospitalarios. Los cinco modelos estratégicos serán necesarios en el hospital.
- La seguridad como equivalente a la práctica óptima. La reducción de las escaras decúbito, la reducción de las infecciones urinarias relacionadas con catéter, la mejora de la identificación del paciente y el respeto de los estándares esenciales son algo fundamental en todos los ámbitos.
- Mejorar el sistema incluye la estandarización de los formularios y protocolos de medicación, la introducción de la informática en todas sus formas, la formalización de las funciones y responsabilidades en los equipos asistenciales, el empleo de paquetes de prácticas clínicas (*bundles*) y de objetivos diarios para la organización de la atención en planta y todos los esfuerzos para mejorar las condiciones de trabajo básicas.

- El control de riesgos incluye: directrices sobre quién puede o no administrar quimioterapia intratecal, los medicamentos controlados por la ley con restricciones sobre su empleo y la puesta en práctica de condiciones «go y no go» en las cirugías y en otros procedimientos.
- La vigilancia, adaptación y recuperación incluye: los pacientes y sus familias como detectores de problemas, trabajo en equipo y la formación del equipo para la adaptación y la recuperación, reuniones informativas (*briefing* y *debriefing*) y prácticas clínicas para el traspaso del paciente para anticipar y responder a los problemas.
- Atenuación: las instituciones presentan enormes variaciones sobre en qué medida están dispuestas, preparadas o son capaces de proporcionar apoyo emocional, práctico y financiero. Algunos hospitales tienen sistemas de respuesta muy bien asentados en caso de que los pacientes hayan sufrido daño y también estrategias de atenuación muy desarrolladas.
- El ámbito normativo, económico y político tiene una fuerte influencia en el carácter de las estrategias de seguridad que es viable emplear en el sistema sanitario.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI), Hartle A, Anderson E, Bythell V, Gemmell L, Jones H, McIvor D, Pattinson A, Sim P, Walker I (2012) Checking anaesthetic equipment. Association of anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 67(6):660–668

- Bates DW (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ* 320(7237):788
- Burnett S, Franklin BD, Moorthy K, Cooke MW, Vincent C (2011) How reliable are clinical systems in the UK NHS? A study of seven NHS organisations. *BMJ Qual Saf*. doi:[10.1136/ bmjqs-2011-000442](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000442)
- Campbell L, Reedy G, Tritschler C, Pathan J, Wilson C, Jabur Z, Luff A, Cross S (2014) Using simulation to promote safe and therapeutic services in mental health settings. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* 1(Suppl 1):A29
- Carayon P (ed) (2006) Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety. CRC Press, Boca Raton
- Carthey J, de Leval MR, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT (2003) Behavioural markers of surgical excellence. *Saf Sci* 41(5):409-425
- Carthey J, Walker S, Deelchand V, Vincent C, Griffiths WH (2011) Breaking the rules: understanding non-compliance with policies and guidelines. *BMJ* 343:d5283
- Davis RE, Sevdalis N, Vincent CA (2011) Patient involvement in patient safety: how willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf* 20(1): 108-114
- Eichhorn JH (2012) The Anesthesia Patient Safety Foundation at 25: a pioneering success in safety, 25th anniversary provokes reflection, anticipation. *Anaesth Analg* 114(4):791-800
- Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM (2006) Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 15(2): 109-115
- Franklin BD, Panesar SS, Vincent CA, Donaldson L (2014) Identifying systems failures in the pathway to a catastrophic event: an analysis of national incident report data relating to vinca alkaloids. *BMJ Qual Saf* 23(9):765-772
- Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB (2009) Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 361(14):1368-1375
- Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB (2011) Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Med Care* 49(12): 1076-1081
- Green J, Evered R, Saffar J, Vincent CA (2015) Policies: less is more. Safe healthcare requires clear and simple operating procedures. *BMJ* (Manuscript sin publicar).
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360(5):491-499
- Iledema R, Allen S, Britton K, Piper D, Baker A, Grbich C, Allan A, Jones L, Tuckett A, Williams A, Manias E, Gallagher TH (2011) Patients' and family members' views

- on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the “100 patient stories” qualitative study. *BMJ* 343:d4423
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MA (2010) Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 153(4):213-221
- Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, Spahn DR, Grote G (2012) Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anaesth Analg* 115(5): 1099-1108
- Mello MM, Senecal SK, Kuznetsov Y, Cohn JS (2014) Implementing hospital-based communication-and-resolution programs: lessons learned in New York City. *Health Aff* 33(1):30-38
- Neuman MD, Fleisher LA (2013) Evaluating outcomes and costs in perioperative care. *JAMA Surg* 148(10):905-906
- Patterson ES, Woods DD, Cook RI, Render ML (2007) Collaborative cross-checking to enhance resilience. *Cognit Technol Work* 9(3): 155-162
- Pittet D, Panesar SS, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, Storr J, Cleary K, Donaldson L (2011) Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. *J Hosp Infect* 77(4):299-303
- Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM (2006) Tracking progress in patient safety: an elusive target. *JAMA* 296(6):696-699
- Reason J (1997) Managing the risk of organizational accidents. Ashgate, Aldershot
- Reason JT, Carthey J, De Leval MR (2001) Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 10(Suppl 2):ii21-ii25
- Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL (2000) Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 320(7237):745-749
- Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, Taylor SL, Dy SM, Foy R, Hempel S, McDonald KM, Ovreteit J, Rubenstein LV, Adams AS, Angood PB, Bates DW, Bickman L, Carayon P, Donaldson L, Duan N, Farley DO, Greenhalgh T, Haughom J, Lake ET, Lilford R, Lohr KN, Meyer GS, Miller MR, Neuhauser DV, Ryan G, Saint S, Shojania KG, Shortell SM, Stevens DP, Walshe K (2011) Advancing the science of patient safety. *Ann Intern Med* 154(10):693-696
- Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE (1999) An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 5(1):5-12
- Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK (2013) Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med* 369(12): 1134-1142

- Van Pelt F (2008) Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 17(4):249-252
- Vincent C (ed) (1995) *Clinical risk management*. BMJ Publishing, Londres, pp 391-10
- Vincent C, Phillips A, Young M (1994) Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 343(8913):1609-1613
- Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 316(7138):1154-1157
- Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A (2000) How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 320(7237):777
- Vincent C, Benn J, Hanna GB (2010) High reliability in health care. *BMJ* 340:x84
- Vincent C, Burnett S, Carthey J (2013) *The measurement and monitoring of safety*. The Health Foundation, Londres
- Wachter RM (2010) Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff* 29(1):165-173
- Wears R, Vincent CA (2013) *Relying on Resilience: Too Much of a Good Thing?* En: Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R (eds) *Resilient Health Care*. Ashgate, Farnham, pp 135-144
- Wears RL, Woods DD (2007) Always adapting. *Ann Emerg Med* 50(5):517-519
- Wu A (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320:726-727

8

Estrategias de seguridad en la asistencia domiciliaria

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HA EVOLUCIONADO Y SE HA DESARROLLADO EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. Los conocimientos con los que contamos sobre la epidemiología del error y el daño, las causas y los factores que contribuyen a éstos y las soluciones posibles pertenecen casi en su totalidad al ámbito hospitalario. La seguridad en la asistencia domiciliaria probablemente exigirá diferentes conceptos, modelos y soluciones. Sin embargo, la seguridad en este contexto apenas ha sido abordada, y aun así, la atención proporcionada en el domicilio pronto será el contexto más importante para la prestación de la asistencia sanitaria.

El término «asistencia domiciliaria» puede abarcar diferentes ámbitos residenciales en los que el paciente recibe asistencia sanitaria por parte de familiares, personal de enfermería y otros profesionales. En este capítulo vamos a utilizar el término de una manera más restringida, para referirnos a la atención que el paciente recibe en su casa, con distintos grados de apoyo profesional y cuidadores familiares. Nos vamos a centrar en aquellas personas con enfermedades (normalmente crónicas) que viven de forma independiente o que viven en sus hogares con el apoyo de sus familias o de cuidadores profesionales. Gran parte de la asistencia sanitaria ya se proporciona en el domicilio del paciente y esta forma de prestación está creciendo rápidamente. Los beneficios de la asistencia sanitaria domiciliaria han sido extensamente analizados, pero los riesgos no se han articulado por completo. En este capítulo, primero resumiremos brevemente el trasfondo de la difusión de la asistencia domiciliaria y, después, analizaremos el carácter y los desafíos que ésta supone para la seguridad del paciente, y las estrategias que podrían ayudar a la gestión de riesgos en el hogar.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y EL AUMENTO DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Más del 20 % de los habitantes de los países desarrollados tendrá más de 65 años en 2020. Estas personas, aunque gozarán de una calidad de vida mejor que la de generaciones anteriores, sufrirán distintas enfermedades crónicas. Como ya expusimos antes, los pacientes de cáncer, enfermedad cardíaca, demencia o trastornos renales y respiratorios pueden en este momento convivir durante décadas con su enfermedad. Sin embargo, las causas más habituales de discapacidad se deben a trastornos de la vista y del oído, que afectan a muchas personas y están especialmente relacionados con la seguridad en el domicilio. Además del aumento en términos absolutos de la población anciana, también tendrá lugar un considerable aumento relativo. La llamada «relación de dependencia» (relación existente entre la población en edad de trabajar y aquella que supera los 65 años) descenderá considerablemente. Debido a la urbanización, las migraciones y otros factores, será más probable que los ancianos vivan solos (United Nations Population Fund 2012).

Para las personas que viven con una enfermedad crónica evitar las hospitalizaciones innecesarias es prioritario. Una vez que se produce el ingreso hospitalario, los ancianos sufren un mayor riesgo de un mal desenlace; como el reingreso, las estancias más largas, el deterioro funcional, las complicaciones patógenas y el ingreso en una residencia de ancianos (Lang et al. 2008a; Hartgerink et al. 2014). Los objetivos principales de la asistencia en el domicilio son evitar la rehospitalización y mantener una buena calidad de vida.

El crecimiento sustancial de los servicios de asistencia domiciliaria parece inevitable. En los últimos 10 años, en los países occidentales, se ha producido un incremento medio del 50 % de los servicios de «hospital en casa» y este índice se está acelerando con fuerza. Por ejemplo, en los Estados Unidos, 1,7 millones de personas trabajan como cuidadores a domicilio, y 7,2 millones de pacientes se benefician de estos servicios. Sin embargo, se prevé que el número de personas que reciben servicios de asistencia domiciliaria aumente hasta los 10 millones para el 2018 y hasta los 34 millones para el 2030 (Gershon et al. 2012). Esta demanda creciente de la prestación de cuidados de enfermería y rehabilitación en el domicilio como

alternativa a la atención hospitalaria contrasta con la falta de estudios sobre la seguridad, eficacia y aceptabilidad de los programas de hospital en casa y de pruebas sobre su coste relativo (Harris et al. 2005).

LOS RETOS DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA DOMICILIARIA

El consabido modelo hospitalario de asistencia sanitaria no puede adaptarse fácilmente a la atención suministrada en el hogar de la persona. Los pacientes son mucho más autónomos y la coordinación entre profesionales es mucho más difícil. Los pacientes y los cuidadores desempeñan un papel mucho más activo y adquieren numerosas responsabilidades que, en otros contextos, son patrimonio exclusivo de los profesionales. Puede que sean responsables de la planificación de la atención, de compartir información relevante con los profesionales sanitarios y de la ejecución de los planes asistenciales, incluyendo llevar a cabo la supervisión en el domicilio y los regímenes terapéuticos (Lorincz et al. 2011).

Los pacientes y los cuidadores tienen también un papel importante en el diagnóstico y la evaluación, dado que deben valorar la gravedad de cualquier cambio en el estado y decidir cuándo y cómo de rápido se ha producido, para intensificar la respuesta pidiendo la intervención de otros servicios. Puede que sus decisiones no coincidan con las de los profesionales involucrados (Barber 2002). La asistencia domiciliaria, en todas sus formas, necesita pactarse mucho más que en otros niveles asistenciales en los que prevalecen los valores profesionales y las instituciones. En este contexto, las preferencias y los valores de los pacientes tendrán, a menudo, prioridad sobre las recomendaciones y las guías médicas. En última instancia, son los pacientes, sus familias y los cuidadores quienes decidirán lo que aceptarán o no (Stajduhar 2002).

Estar en casa es reconfortante para los pacientes, debido que conocen el entorno y confían en sus cuidadores. Los profesionales tienen una visión muy diferente sobre el domicilio, ya que ven en este múltiples problemas, como la falta de conocimientos, obstáculos que pueden provocar caídas, medicamentos sin envase, uso inapropiado de los recipientes para la eliminación de jeringuillas y agujas hipodérmicas, etc.

Los profesionales no pueden establecer los estándares de seguridad con independencia de la perspectiva de los destinatarios, debido a que tales estándares no sólo tendrán impacto en el paciente, sino que también afectarán a las vidas de todos los involucrados.

Si bien existe un consenso generalizado sobre los desafíos de la prestación de la asistencia domiciliaria, hay enormes diferencias en cómo están respondiendo a dicho desafío los distintos países. En un seminario reciente en el Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMI, por sus siglas en inglés, 2014), los representantes de los Estados Unidos expusieron una estrategia de inversión en la implantación rápida de sistemas informáticos (como la telemedicina y los biosensores) como la solución definitiva para una mayor seguridad y eficacia del ámbito extrahospitalario y la atención domiciliaria. Un planteamiento muy diferente al de otros muchos países representados (especialmente Japón, los Países Bajos y Finlandia) que estaban primordialmente centrados en mejorar la solidaridad entre familias y ciudadanos, reduciendo las disparidades y reorientando el papel de los médicos y el personal de enfermería al tiempo que mantiene una asistencia domiciliaria asequible. Japón ha formado «personal de apoyo a la demencia», de quienes se espera que tengan las habilidades y el conocimiento necesarios para ayudar a las personas con demencia y para crear y promover una cultura de apoyo a la demencia. Estos distintos modelos parten de hipótesis muy diferentes sobre qué forma es la mejor para gestionar la atención, pero todos harán frente a importantes desafíos en la gestión de riesgos y el mantenimiento de la seguridad.

LAS AMENAZAS DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA: NUEVOS RIESGOS, NUEVOS RETOS

En los últimos 20 años, una serie de estudios han revelado los peligros de la asistencia hospitalaria. En consecuencia, tendemos a asumir que los pacientes estarán más seguros en casa; esto sin duda es cierto para las personas que están relativamente bien, pero puede que no lo sea para los pacientes frágiles y vulnerables. Incluso puede que, en determinadas circunstancias, provoque más eventos adversos que los hospitales. La avanzada edad media de los pacientes en casa y el aumento de las enfermedades

concomitantes y las medicaciones están en relación con el incremento del riesgo de experimentar un error en la medicación o un evento adverso (Lorincz et al. 2011). No podemos prever todos los riesgos, pero algunos estudios han empezado a dilucidar algunos de los peligros para los pacientes y sus cuidadores.

Lesiones accidentales en el hogar

El domicilio es un entorno mucho más peligroso de lo que imaginamos la mayoría de nosotros. Las causas primordiales de las lesiones mortales involuntarias en el hogar son las caídas, la intoxicación, los incendios y las quemaduras, la obstrucción de las vías respiratorias y los ahogamientos. Afectan desproporcionadamente a los residentes ancianos, que representan más de 2,3 millones de lesiones en el hogar y 7000 lesiones accidentales mortales en el hogar anualmente en los Estados Unidos (Gershon et al. 2012). Los ancianos con enfermedades son más propensos a ser aún más vulnerables a las lesiones accidentales. Los factores de riesgo incluyen el deterioro de las funciones mentales o físicas, conductas peligrosas (como el hábito de fumar), el hecho de vivir solos y factores de la gestión de la asistencia sanitaria como la polimedicación y la falta de revisión de la medicación (Doran et al. 2009).

Eventos adversos en la asistencia domiciliaria

Un estudio inicial sobre la asistencia domiciliaria en Canadá, demostró que un 5,5% de 279 pacientes de asistencia domiciliaria sufrieron eventos adversos; las caídas con lesiones supusieron cerca de la mitad, seguidas de eventos relacionados con la medicación, las escaras decúbito y los daños psicológicos (Johnson 2005). Dos estudios recientes, uno llevado a cabo en los EE. UU. (Madigan 2007) y otro en Canadá (Sears et al. 2013), mostraron que el 13% de los pacientes de asistencia domiciliaria experimentaron algún evento adverso. Otras estimaciones más altas, basadas en una revisión por expertos de los historiales clínicos de 1200 pacientes que recibieron el alta en el 2009-2010 en Canadá, mostraron una tasa de eventos adversos del 4,4% (Blais et al. 2013). Las lesiones más frecuentes

fueron las lesiones por caídas, las infecciones de heridas, los problemas de salud mental o conductual y los eventos adversos derivados de errores en la medicación. El número de enfermedades concomitantes y el nivel de dependencia elevan enormemente el riesgo de experimentar algún evento adverso. Los pacientes también pueden ser víctimas de abuso por parte de sus familiares, y puede que a los profesionales sanitarios no siempre les resulte fácil identificarlo (MacDonald et al. 2011).

Eventos adversos por medicamentos

Los eventos adversos por medicamentos han sido el problema de seguridad en el hogar que más se ha estudiado. Algunos estudios han demostrado que hasta el 5% de los pacientes que recibieron cuidados de enfermería en el domicilio habían padecido algún tipo de evento adverso por medicamentos durante la semana anterior (Ellenbecker et al. 2004) y el 25% en los últimos 3 meses (Sorensen et al. 2005). Estos problemas frecuentemente se deben a una comunicación deficiente entre el personal del hospital, los pacientes y los médicos de atención primaria (Ellenbecker et al. 2004). Son pocos los estudios que evalúan directamente los errores en la medicación causados por los pacientes y sus familiares, aunque los modelos de error humano deberían ser aplicables por igual a los pacientes, a los cuidadores de la familia y a los cuidadores profesionales (Barber 2002). En un estudio australiano, el 35% de los reingresos estuvieron relacionados con la incorrecta administración de medicamentos en el domicilio. Aquellos que guardaban en casa grandes cantidades de medicamentos estaban más expuestos a los eventos adversos (Sorensen et al. 2005). La mayoría de los pacientes que reciben servicios de asistencia domiciliaria toman más de cinco medicamentos de venta con receta, y más de un tercio de los pacientes toman medicamentos sin seguir sus pautas posológicas (Ellenbecker et al. 2004).

Riesgos para la familia y otros cuidadores

Los cuidadores no remunerados son especialmente vulnerables al estrés, al desgaste a largo plazo y a la mala salud. Aunque los auxiliares de asis-

tencia sanitaria participen en la prestación de atención, la gama de tareas que entran dentro de la competencia de los cuidadores es considerable: ayuda para comer, para la movilización, para la higiene, conectando sistemas, improvisando cuando los sistemas fallan, tomando decisiones en los ajustes de las dosis de los medicamentos y respondiendo a los síntomas, a menudo sin ningún consejo o dirección externos.

Atender a una persona con demencia es un trabajo de dedicación exclusiva, sin restricciones horarias o supervisión de la medicina laboral y de los reglamentos de seguridad que protegen a los profesionales. La atención en el domicilio se valora positivamente como una reducción de la carga en el sistema sanitario; aunque para ser más exactos deberíamos decir que la carga se transfiere a la familia y a los pacientes mismos. La seguridad de los cuidadores profesionales es también algo de lo que debemos preocuparnos, ya que a menudo estos trabajadores tienen que aventurarse en áreas peligrosas para ocuparse de personas que también pueden ser peligrosas. El aumento del empleo en el área de la asistencia domiciliaria conlleva un aumento de los riesgos, aunque se pueden atenuar con la ayuda y las tecnologías adecuadas.

Problemas de transición y coordinación

El período que sigue al alta hospitalaria es para los pacientes un período de mayor vulnerabilidad. Alrededor de la mitad de los adultos experimentan un error médico después del alta hospitalaria, y entre el 19-23% sufren un evento adverso, más frecuentemente por medicamentos (Greenwald et al. 2007; Kripalani et al. 2007). El alta hospitalaria está poco estandarizada y se caracteriza por la interrupción y la fragmentación de la atención. Cuando llega el momento de realizar la primera visita de seguimiento con sus médicos de atención primaria, después de la hospitalización, hasta un 75% de los pacientes se encuentran con que el informe de alta no ha llegado todavía, lo que limita la capacidad de su médico para proporcionarles el seguimiento adecuado (Schoen et al. 2012).

Las amenazas explicadas anteriormente son algunos de los riesgos más obvios para los pacientes y los cuidadores en el entorno domiciliario. Sin

embargo, los estudios publicados no son exhaustivos y aún están fundamentalmente guiados por una perspectiva hospitalaria de los eventos adversos. Estamos lejos de tener una visión completa de los beneficios y los riesgos combinados de la asistencia domiciliaria en relación a la atención prestada en otros niveles asistenciales.

INFLUENCIAS EN LA SEGURIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA EN EL HOGAR

La seguridad del paciente en el domicilio no puede explicarse o gestionarse de la misma forma que la seguridad del paciente en el hospital, debido a los muy diferentes entornos, funciones, responsabilidades, estándares, supervisión y contexto normativo de la asistencia domiciliaria. Las personas reciben atención en sus hogares y en el contexto de su familia y de la vida cotidiana de todos los afectados. La naturaleza de la prestación de la asistencia profesional y las características del paciente que recibe la atención, el entorno físico y la disponibilidad de la familia y otros cuidadores influyen en la calidad y la seguridad de la atención (Hirdes et al. 2004; Lang et al. 2008b). Presentamos algunos de los factores principales que necesitan ser analizados y entendidos a la hora de proyectar servicios de asistencia domiciliaria seguros.

La situación socioeconómica adquiere mucha más importancia

En el contexto institucional, los pacientes reciben atención de determinado nivel, independientemente de su posición socioeconómica o su situación cognitiva. En cambio, los recursos y el entorno domiciliario variarán enormemente dependiendo de la situación socioeconómica. Las personas adineradas recibirán una asistencia domiciliaria de mayor calidad, tendrán espacio para un alojamiento separado similar al del hospital, auxiliares pagados, tiempo libre, mejor nutrición, menor alteración de la vida familiar y una mayor probabilidad de que su familiares «trabajen» como cuidadores. Para que en los hogares más pobres se alcance una

calidad aceptable, tendrían que asignarse recursos específicos a las familias con menos recursos y debería ofrecerse apoyo a los profesionales médicos a cargo de esos pacientes con riesgo social más alto.

Existen numerosos dispositivos «inteligentes» que pueden ayudar a los ancianos y los discapacitados en sus propios entornos las 24 horas (Anker et al. 2011). Los avances en las tecnologías de telecomunicación han creado nuevas oportunidades para suministrar teleasistencia médica como un complemento a la atención médica de los pacientes. Sin embargo, sentirse seguro tiene un coste, y frecuentemente es la familia la que se hace cargo de ese coste. Los hogares modernos normalmente no se diseñan ni se prevén como lugares donde se proporciona asistencia médica compleja o prologada. La plétora de molestos equipos, junto con la presencia continua de los cuidadores, puede hacer sentir a la persona que su hogar ya no es su hogar.

El ámbito doméstico como factor de riesgo

Cada vez entendemos mejor el papel del diseño tanto en la merma como en la mejora de la seguridad del paciente. Los nuevos hospitales se podrán construir teniendo en cuenta la seguridad, haciendo uso de un buen diseño para reducir los problemas del equipo, colaborar al control de infecciones y reducir todo tipo de errores (Reiling 2006). Todos estos conocimientos, que tanto ha costado adquirir, se pierden en buena medida una vez que nos trasladamos al domicilio. Las condiciones potencialmente peligrosas y estresantes, tales como la falta de luz, un desorden excesivo, la presencia de bichos o plagas, familiares agresivos, la falta o inadecuación de los depósitos para objetos punzocortantes y la falta de equipos de protección personal de fácil acceso, pueden aumentar directa o indirectamente el riesgo de eventos adversos en este grupo de población (Gershon et al. 2009, 2012).

En algunos domicilios llevar a cabo procedimientos de limpieza o esterilización puede resultar casi imposible. También existe la posibilidad de que el personal de asistencia domiciliaria transmita infecciones entre domicilios, especialmente cuando los pacientes han sido dados de alta después de la infección por SARM o *Clostridium difficile*. El lavado de manos proporciona cierta protección, pero la limpieza del equipo en el entorno domiciliario es un problema (MacDonald et al. 2011).

La lista de verificación de la seguridad del domicilio (Tabla 8.1) incluye la verificación del riesgo de incendio y eléctrico, ergonómica (los peligros de caídas), biológica (las condiciones antihigiénicas), química, y otros problemas tales como ruido, temperatura, seguridad deficiente y violencia. Otros elementos abordan diversas características del paciente que influyen en la seguridad. Éstos incluyen edad, sexo, estado de salud, capacidad para andar sin ayuda, número de personas de la casa, medicación diaria, métodos utilizados por los pacientes para llevar el control de los medicamentos, existencia de cualquier medicina en casa que los pacientes ya no tomen, el uso de audífono y el uso equipos médicos y dispositivos de seguridad duraderos.

Responsabilidades crecientes de los cuidadores

La responsabilidad de la seguridad en el domicilio recae en gran medida en los pacientes y sus familiares y otros cuidadores no profesionales. Los cuidadores son un grupo especialmente vulnerable con un mayor riesgo de desgaste, fatiga y depresión.

Tabla 8.1 Lista de verificación de seguridad de condiciones peligrosas en el domicilio

Categorías de peligrosidad	
Peligro de caídas	No hay alfombrilla antideslizante en la ducha
	No hay asideros en la ducha o la bañera
	No hay alfombrilla antideslizante en el suelo del baño
	Alfombras o moquetas sueltas o desgastadas
	Iluminación inadecuada
	Suelos irregulares o resbaladizos
	Desorden excesivo
	Mobiliario colocado de forma incómoda

Categorías de peligrosidad	
Peligros de incendio y eléctrico	No hay extintor de incendios
	No hay alarma para la detección del monóxido de carbono
	No hay alarma de humo
	Cables dañados o sobrecargados
	Cigarrillos o artículos relacionados con el hábito de fumar peligrosos
	Calefactor peligroso
	Mandos de la cocina difíciles de alcanzar
	Elementos inflamables cerca de la placa de la cocina
Peligros biológicos, de higiene y químicos	Indicios de cucarachas
	Indicios de ratas o ratones en el domicilio
	Exceso de polvo o de pelo de animal
	Indicios de piojos, pulgas o chinches
	Moho u hongos
	Comida podrida o leche pasada en el domicilio
	Basura acumulada en el domicilio
	Comida no conservada de manera salubre
Otros peligros diversos	Productos de limpieza y otros venenos potenciales que no están en los envases originales (faltan las etiquetas originales)
	No hay una lista de contactos de emergencia disponible (para la familia, el médico y otros)
	Excesiva cantidad de ruido en el domicilio (tanto en el interior como en el exterior)
	Puertas que carecen de cerraduras resistentes
	Amenaza de violencia por parte de perros agresivos u otros animales de compañía
	Amenaza de violencia por parte de los vecinos
	Presencia de armas

Adaptado de Gershon et al. [2012](#)

Algunos miembros de la familia o amigos trabajan 24 horas al día, 7 días a la semana, y algunos de ellos intentan continuar con su trabajo fuera del domicilio. La familia y otros cuidadores no remunerados a menudo

prometen mantener al paciente en el hogar por su amor y sentido de la responsabilidad, sin ser conscientes de que esto puede superar su capacidad (Stajduhar 2002).

La formación y la experiencia de los auxiliares de la asistencia domiciliaria

Los auxiliares de la asistencia domiciliaria desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la seguridad en el domicilio. En los Estados Unidos, por ejemplo, con más de dos millones de empleados en asistencia sanitaria domiciliaria y un crecimiento del empleo previsto del 48% para el 2018, la mano de obra del sector de la asistencia sanitaria domiciliaria es la que más rápido está aumentando en el sistema sanitario del país (Gershon et al. 2012). Los auxiliares de la asistencia domiciliaria ayudan a mantener a salvo a los pacientes (Donelan et al. 2002), pero también pueden contribuir a los eventos adversos. La mayoría de ellos participan en la administración de la medicación, pero muchos carecen de conocimientos sobre los medicamentos. Un estudio sueco señaló que los auxiliares de la asistencia domiciliaria tenían una comprensión deficiente de los riesgos de los fármacos que administraban. Sólo un 55% conocía las indicaciones correctas para fármacos comunes y sólo un 25% conocía las contraindicaciones y los síntomas de las reacciones adversas a los medicamentos (Axelson y Elmstahl 2004).

Puede que los pacientes, la familia e, incluso, los cuidadores profesionales tengan problemas para seguir los procedimientos básicos que en un entorno hospitalario pueden ser mucho más fáciles de supervisar y controlar. No podemos confiar en procedimientos claros y en un estricto entorno reglamentario para la asistencia sanitaria en el domicilio. Tanto los pacientes como los auxiliares de la asistencia sanitaria dependen de sus capacidades para salir adelante y recuperarse de los errores. Por lo tanto, es importante reconocer que, en el contexto de la asistencia domiciliaria, las estrategias de recuperación (Johnson 2005) pueden ser más importantes que la prevención.

El modelo fragmentado de los profesionales sanitarios

La coordinación y la comunicación entre los proveedores y entre las instituciones y sectores son un asunto complejo, especialmente vulnerable en los puntos de conexión a lo largo de los eslabones de la asistencia sanitaria (Romagnoli et al. 2013). Puede que participen hasta diez profesionales diferentes en la atención a un mismo paciente en su domicilio y cada uno tendría su sede en una institución distinta y una ubicación distinta. La coordinación de la atención puede ser extremadamente problemática y hay bastantes oportunidades de que el paciente reciba recomendaciones contradictorias o ambiguas que aumenten el riesgo de falta del cumplimiento del tratamiento y otros problemas de seguridad.

En una encuesta reciente realizada en el Reino Unido, la mayoría de los pacientes expresaron que preferían ser atendidos por un determinado médico; la proporción llegaba hasta el 52% en aquellos con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años y hasta más del 80% entre los pacientes mayores de 75. Sin embargo, más de una cuarta parte de los pacientes comunicaron que no siempre conseguían ver a su médico de familia de preferencia y algunas pruebas recientes indican que la continuidad interpersonal ha disminuido tanto en los pacientes ingresados como en la atención ambulatoria (Campbell et al. 2010; Sharma et al. 2009).

ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO

Las intervenciones de seguridad en la asistencia domiciliaria plantean un reto para los profesionales, dado que se cuestionan las hipótesis y planteamientos habituales. Se da prioridad a evitar la hospitalización, al tiempo que se aumenta la autonomía y el bienestar mental y social. En este contexto, donde a menudo se produce una compensación entre la autonomía y la seguridad, la asistencia óptima y más segura es un «solución bajo control» en la que en un equipo integrado por el paciente, los profesionales de la asistencia social y sanitaria y los familiares aportan cada uno sus propios puntos de vista y juntos llegan a una solución negociada. Sin embargo, creemos que además de un pacto meditado con pacientes y familias, será también valioso considerar modelos estratégicos más amplios para la seguridad.

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA: PRÁCTICA ÓPTIMA Y MEJORA DEL SISTEMA

Las estrategias de optimización son difíciles de poner en práctica en los domicilios, sobre todo con ancianos frágiles y pacientes con problemas de salud mental. Las oportunidades para poner directamente en práctica una medicina basada en la evidencia o para mejorar la prestación de la atención en el domicilio son limitadas. La mejora directa de la atención puede ser difícil, requerir mucho tiempo y alcanzar sólo a una parte del grupo al que se destina, como en el ejemplo que expone en el Cuadro 8.1.

Cuadro 8.1 El difícil reto de la optimización de estrategias: enseñanzas del programa de enfermería centralizado, para la reducción del colesterol

La reducción del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en pacientes con diabetes mellitus (DM) y enfermedades cardiovasculares es fundamental para la reducción de la morbilidad y mortalidad. Un programa de un equipo de mejora de la calidad intentó mejorar el cumplimiento de acuerdo a la medicina basada en la evidencia. El personal de enfermería siguió un minucioso protocolo para ajustar los medicamentos hipolipemiantes. Los médicos de familia accedieron a inscribir al 74% de los pacientes que potencialmente cumplían con los requisitos. Con un 36% de los pacientes aprobados no se pudo contactar por teléfono y un 5,3% rechazaron la inscripción. De los pacientes inscritos, el 50% no terminó el programa. En aquellos que se inscribieron, la mediana de las LDL disminuyó en 21 mg/dl y un 52% (33/64) alcanzó los niveles de LDL del objetivo.

Los recursos que se necesitaron para identificar, inscribir y captar continuamente a pacientes que cumplieran con los requisitos hicieron surgir muchas dudas sobre la eficacia y pusieron de manifiesto los problemas para poner en práctica protocolos asistenciales en el domicilio y en el ámbito extrahospitalario.

Adaptado de Kadehjian et al. (2014)

Sin embargo, existen importantes ejemplos de iniciativas que entran dentro del modelo optimizador. Algunos estudios han examinado la eficacia de modelos específicos de tratamiento en el domicilio, tratando áreas tales como el tratamiento y la integridad cutáneas, la gestión del comportamiento, el tratamiento del dolor y la incontinencia. Los resultados de dichas investigaciones relativas a los cuidados de enfermería domiciliaria a menudo muestran que «lo que funciona» implica soluciones simples con tecnología poco avanzada que incrementarían el tiempo que el personal dedica a los pacientes (Stadnyk et al. 2011). En otras palabras, el tiempo que el personal dedica a escuchar a los pacientes y a los cuidadores, a exponer y a coordinar sería una de las mejores maneras de mejorar la seguridad en el ámbito extrahospitalario y en la asistencia domiciliaria.

La planificación del alta hospitalaria y la transición del hospital al domicilio

Mejorar la transición del paciente del hospital a su domicilio y mejorar la comunicación y la coordinación entre profesionales es fundamental para ayudar a los pacientes que vuelven a su domicilio. Un informe de alta claro y oportuno, que incluya la conciliación de la medicación al alta, es clave para esta mejora. La aparición de nuevas profesiones como los gestores de la asistencia y los facilitadores de la práctica en la atención primaria supone un importante avance en el apoyo a pacientes domiciliarios, con el establecimiento de planes médicos personalizados, la coordinación de los profesionales y la orientación dentro del sistema sanitario.

Los pacientes en riesgo de malos resultados después del alta médica se beneficiarían de un exhaustivo protocolo de planeamiento del alta médica puesto en práctica por personal de enfermería experimentado (Tibaldi et al. 2009; Shepperd et al. 2009); una de cada cinco hospitalizaciones se complica debido a un evento adverso después del alta hospitalaria. En una operación que fue un éxito, un miembro del personal de enfermería especializado en el asesoramiento para el alta trabajó con los pacientes durante su estancia en el hospital para concertar las citas para el seguimiento, confirmar la conciliación de la medicación, e instruir al

paciente con una guía personalizada, que se envió también a su médico de atención primaria. Un farmacéutico clínico llamó a los pacientes entre 2 y 4 días después del alta para reforzar el plan del alta y revisar los medicamentos. Los participantes en el grupo de intervención tuvieron un índice de utilización de los servicios hospitalarios con posterioridad al alta más bajo (Jack et al. 2009).

Formación de pacientes y cuidadores

Recientemente a un miembro de una de nuestras familias le extirparon un cáncer, lo que le dejó la consiguiente herida que necesitaba curarse regularmente. Un día después de la operación, que tuvo un resultado satisfactorio, el paciente fue enviado a su domicilio junto a su pareja, después de recibir unas indicaciones mínimas y teniendo que ocuparse de la cura de la herida, del drenaje y de una infección incipiente. Esto, por supuesto, habría sido impensable unas horas antes, cuando el paciente se encontraba en el hospital. Afortunadamente, la pareja del paciente resultó ser hábil en estas difíciles tareas. La prontitud del alta médica tuvo buenas intenciones y buscaba lo mejor para el paciente, pero hay sobrados ejemplos de cómo de rápido se pierden los estándares profesionales una vez que el paciente es enviado a casa.

En algunos niveles asistenciales, particularmente en salud mental, existe mucho más énfasis en que la responsabilidad sobre el paciente continúa mucho más allá del alta y que incluye la preparación para la vuelta a casa y a la vida en el ámbito extrahospitalario. La asistencia sanitaria que se ocupa de la salud física se está desplazando al hogar y al ámbito extrahospitalario, pero a menudo lo hace sin una actitud de previsión, preparación y responsabilidad continua. Si los pacientes y los cuidadores asumen funciones que son esencialmente profesionales, aunque sólo sea con tareas específicas, ¿no necesitarían por tanto recibir formación para desempeñarlas? En la India, las familias han sido designadas como parte del personal que colabora en la atención al paciente, pero, en reconocimiento de esta función, reciben formación y preparación (Cuadro 8.2).

Cuadro 8.2 Formación de familiares para la prestación de la atención

En Narayana Health (NHS) se considera que las familias tienen un papel decisivo en la recuperación de los pacientes después de la cirugía. Llevan a cabo un «plan de guía para la atención» para utilizar el potencial de los miembros familiares y situarlos como parte integrante de la recuperación del paciente. Un programa gratuito de formación, adaptado a aquellos con un bajo grado de alfabetización, proporciona a los miembros de la familia simples habilidades médicas como controlar las constantes vitales, fomentar el cumplimiento terapéutico y apoyar la rehabilitación física. El programa mejora la calidad y las horas de asistencia, se beneficia de una mano de obra sin explotar, reduce los costes y es transferible universalmente. Cinco mil personas al mes son formadas en el programa. Dado que el NHS desea situar a los pacientes y a sus familias en el centro de su propia atención, una formación de este tipo podría ser una manera práctica de lograrlo.

Adaptado de Health Foundation (2014)

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGOS EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Las estrategias de control de riesgos son difíciles de imponer en el entorno domiciliario, en la misma medida que no resulta aplicable el habitual marco normativo de la asistencia sanitaria. Sin embargo, tendríamos que considerar el establecimiento de un marco de estándares y otros controles, dado que cada vez se presta más asistencia sanitaria en el domicilio, especialmente cuando los pacientes viven en áreas aisladas o más pobres y necesitan apoyo adicional para hacer de la asistencia domiciliaria una opción razonable.

No hay casi estándares regulados a nivel nacional respecto al entorno físico en el que deben suministrarse los servicios de asistencia domiciliaria, en marcado contraste con los requisitos que se imponen a las instituciones sanitarias. Se han elaborado varias listas de verificación sobre

la seguridad de la casa a fin de evaluar la compatibilidad del domicilio con la hospitalización domiciliaria (Gershon et al. 2012). Puede que sea difícil imponer cualquier tipo de restricción, porque todos los controles requerirán el consentimiento pleno del paciente y su familia. El desarrollo de los estándares de seguridad en el domicilio presenta un desafío considerable ya que los modelos centrados en el hospital tienen una aplicación limitada en el domicilio. Incluso en el ámbito de la asistencia domiciliaria institucionalizada pueden surgir conflictos y dificultades similares (Cuadro 8.3).

Cuadro 8.3 Estándares de seguridad en la asistencia domiciliaria y residencial: autonomía, derechos y seguridad

En los hospitales franceses existe el requisito legal de que todos los medicamentos deben suministrarse a los pacientes por profesionales. No se puede confiar a los pacientes la toma de sus propios medicamentos. Las condiciones de la hospitalización en casa, lógicamente, difieren de las condiciones en el hospital. En particular, la autonomía del paciente y de sus cuidadores es mucho mayor. No obstante, las autoridades legislativas francesas, dadas las actuales leyes, son reacias por el momento a delegar la toma de la medicación en los pacientes. En la práctica, los pacientes en el domicilio son libres de actuar como quieran, sin tener en cuenta los criterios de las autoridades legislativas. Modificar esta ley requiere que se realice una excepción para el caso de la hospitalización domiciliaria, con el riesgo de aumentar la ambigüedad sobre las funciones respectivas de los pacientes y los profesionales.

Los sistemas reguladores se enfrentan a desafíos considerables en la asistencia domiciliaria. Por ejemplo, las leyes francesas consideran que los residentes ancianos que viven en una residencia de ancianos ya no poseen un domicilio privado. Por lo tanto, su habitación en la residencia se considera como su domicilio con todos sus derechos y privilegios, incluidos la facultad de amueblarla, fumar e incluso cocinar en ella.

Anteriormente, este hecho era completamente positivo ya que los residentes ingresaban en las residencias para la tercera edad cuando eran octogenarios, y aún eran capaces de vivir de forma relativamente independiente. Con una población envejecida, y el aumento del coste de las residencias para la tercera edad, los ancianos ingresan de manera habitual en dichas residencias ya nonagenarios y el 70% lo hacen con un grave deterioro cognitivo. El riesgo de incendio al fumar, combinado con las limitaciones para el acceso a los pacientes del equipo médico debido al mobiliario personal, es ahora más alto. Las normas y reglamentos internos frecuentemente prohíben fumar y añadir mobiliario inadecuado, pero puede ser que los pacientes y sus familiares los cuestionen, argumentando que se les está privando de sus derechos. No se pueden cambiar estas leyes de una forma fácil y directa, ya que este asunto concierne al principio fundamental de la libertad establecido en la Constitución francesa

ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA, ADAPTACIÓN Y RESPUESTA EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Las estrategias de vigilancia, adaptación y respuesta son claramente las estrategias de seguridad más importantes en la asistencia domiciliaria. La hipótesis de que el personal sanitario y las instituciones deberían esperar a que los pacientes presenten una enfermedad está dando paso, al menos para algunas enfermedades crónicas, a un modelo más preventivo de vigilancia, detección de los problemas y respuesta, con ayuda de una serie de innovaciones en el campo de la informática.

En el hospital, el personal es en gran medida responsable de la supervisión y la detección de los problemas. Sin embargo, en el domicilio, los pacientes y los cuidadores necesitan vigilar, adaptar y responder. Esto plantea la pregunta de cómo, al igual que ocurría con el personal, se puede apoyar y fomentar, o educar, estas habilidades. Como en otros contextos, esto requiere que se desarrolle una cultura de seguridad, y

posiblemente otras rutinas que resulten transferibles como las reuniones informativas. Por ejemplo, una colega, que es cuidadora de un familiar con graves problemas de salud mental, describió cómo ella y su marido han desarrollado una rutina de llamadas telefónicas matutinas, en las que planifican el día, el apoyo para el miembro de la familia, discuten cualquier síntoma preocupante, la medicación disponible y otras cuestiones. En esencia, esto es una reunión informativa sobre seguridad («briefing»). Dichos sistemas podrían elaborarse en colaboración con los pacientes y cuidadores y llegar a una estrategia establecida de seguridad. Sin embargo, aún no sabemos si existe algún intento para elaborar formalmente estrategias de seguridad para pacientes y cuidadores en el domicilio, aunque existen ejemplos concretos de pacientes que han desarrollado sus propios modelos ingeniosos e innovadores.

Detectar el deterioro

Una gestión de la atención cuidadosamente planeada y puesta en práctica y los programas de telesalud pueden mejorar la seguridad y reducir el coste de la asistencia sanitaria (Baker et al. 2012). Están apareciendo muchas soluciones de vigilancia a distancia y hogares inteligentes para apoyar a los pacientes domiciliarios (Chan et al. 2009). La cuestión fundamental respecto a la seguridad es, sin embargo, cómo detectar el deterioro. En el contexto hospitalario, David Bates y Eyal Zimmerman han argumentado que «localizar a los pacientes antes de que sufran una crisis» será la próxima medida para mejorar la seguridad del paciente (Bates y Zimlichman 2014). En los hospitales, las herramientas primordiales para mejorar la detección son la historia clínica electrónica, los sensores corporales, las decisiones analíticas y los teléfonos móviles, bajo la hipótesis de una respuesta asistencial rápida una vez que el deterioro es identificado. En principio, se pueden utilizar todas ellas en el domicilio, pero la aplicación es mucho menos simple.

Las posibilidades de la supervisión domiciliaria para mejorar la gestión de las enfermedades crónicas son considerables. Cuatro de los once programas que formaron parte del Medicare Coordinated Care Demonstration (Muestra de atención sanitaria coordinada de Medicare)

estadounidense redujeron las hospitalizaciones entre un 8 y un 33% entre aquellos inscritos que tenían un alto riesgo de hospitalización a corto plazo (Brown et al. 2012). La vigilancia hospitalaria puede darse en forma de apoyo y visitas telefónicas, el fomento de los cuidados personales y el uso de un surtido de dispositivos sanitarios externos o implantables. Las intervenciones con multicomponentes incorporan de distintas maneras una comunicación mejorada entre el equipo, la planificación de la atención, la formación y el apoyo a los pacientes y los cuidadores, el acceso directo a la asistencia hospitalaria y el uso de la informática (Jaarsma et al. 2013). El servicio de vigilancia de telemedicina puede combinarse con el apoyo domiciliario y reducir el número y la duración de los ingresos hospitalarios por patologías que empeoran (Anker et al. 2011), aunque puede que actualmente no sea adecuado para pacientes con deterioro cognitivo, visual u otra clase de deterioro sensorial (Van den Berg et al 2012). Los dispositivos implantados han demostrado ser eficaces en la reducción de la hospitalización debida a la insuficiencia cardíaca y reducen la necesidad de la participación activa del paciente (Bui y Fonarow 2012).

Cada vez está más claro que una asistencia domiciliaria satisfactoria no sólo requiere vigilancia, sino también el desarrollo de un sistema de atención que incluya la selección de indicadores fisiológicos adecuados, la interpretación de los datos de forma oportuna por un especialista experto de los centros implicados y un sistema capaz de responder con rapidez para suministrar el tratamiento adecuado y supervisar la respuesta a dicho tratamiento (Cuadro 8.4). Son pocos los modelos existentes de supervisión domiciliaria que proporcionan este ciclo completo de asistencia y, además, estos modelos necesitarán ser adaptados a cada paciente en concordancia con la gravedad de la enfermedad, la capacidad del paciente para la autogestión, la disponibilidad de apoyo y el entorno de la asistencia domiciliaria (Bui y Fonarow 2012).

Cuadro 8.4 Funciones profesionales emergentes nuevas

La función principal de un gestor de la atención es prestar y coordinar los servicios para los pacientes, incluyendo la atención coordinada entre todos los profesionales sanitarios, los distintos ámbitos y enfermedades y ayudar al paciente a acceder y a orientarse en el sistema. Aunque estas actividades de atención coordinada pueden beneficiar a cualquier paciente, pueden ser especialmente útiles en aquellos con enfermedades crónicas y muchas necesidades asistenciales. Las actividades de los gestores de la atención, que trabajan en estrecha relación con los pacientes y sus familias, a menudo incluyen:

- Evaluación (y reevaluación con regularidad) de las necesidades asistenciales del paciente.
- Elaboración, refuerzo, y supervisión de los planes de asistencia.
- Educar y fomentar la autogestión.
- Transmitir información entre los profesionales sanitarios y los distintos niveles asistenciales.
- Poner en contacto a los pacientes con los recursos del ámbito extrahospitalario y los servicios sociales.

Adaptado de Taylor et al. (2013)

ATENUACIÓN

Los beneficios de proporcionar asistencia sanitaria en el domicilio, tanto para enfermedades leves como para otras más graves, son indudables. Sin embargo, cuando la asistencia domiciliaria se vuelve más compleja, se producirá proporcionalmente un mayor riesgo de eventos adversos y, por lo tanto, una necesidad de anticipar y planificar la respuesta a estos eventos y atenuar sus efectos. En un hospital, el inicio rápido de una respuesta terapéutica o de reparación a un daño físico es parte de la rutina de la práctica asistencial, y, ya hemos analizado antes la necesidad de apoyo psicológico a los pacientes y el personal. Las estrategias de atenuación en el domicilio necesitarán incluir la consideración tanto del impacto psico-

lógico como de la preparación para una respuesta urgente. Si el paciente sufre una crisis, se necesitará que la persona adecuada en el momento adecuado pueda tener acceso a este; será fundamental que haya medios para una rápida rehospitalización cuando se necesite, especialmente por las noches y los fines de semana.

Las responsabilidades crecientes de los cuidadores

Reconocer que el personal puede resultar gravemente afectado por el papel que ha desempeñado en un evento adverso o error ha sido un gran avance, aunque la existencia de programas de apoyo para el personal es todavía poco habitual. En el domicilio, pacientes y cuidadores adoptan cada vez más funciones típicas de los profesionales, lo que conlleva que cometan también errores graves e importantes. Si un miembro de la familia comete un error, tendrá que afrontar todo el peso de la responsabilidad que soporta el profesional, a lo que se une la terrible experiencia de haber perjudicado a alguien que le es cercano. Las entrevistas con los cuidadores indican que la responsabilidad de suministrar una medicación potente puede resultar una carga debido al compromiso temporal y a la ansiedad relacionada con la comisión de errores: muchos cuidadores no reciben unas recomendaciones claras sobre la medicación, lo que los lleva a omisiones, dosis incorrectas, ansiedad y confusión, que los profesionales sanitarios frecuentemente no reconocen (While et al. 2013). Los familiares de las personas que están al final de sus vidas se enfrentan a la preocupación adicional de estar acelerando su muerte como consecuencia de un uso inadecuado de la medicación (Payne et al. 2014). El hecho de que se difuminen los límites entre los cuidadores pertenecientes a la familia y los profesionales crea una situación difícil para todos los implicados, especialmente hacia el final de la vida de una persona. Además de proporcionar ayuda y formación a los cuidadores, también tendremos que analizar cómo proporcionar apoyo en el caso de que se cometa un error grave; una cuestión que en la actualidad no se ha abordado en absoluto.

Estrategias de atenuación en la hemodiálisis domiciliaria

La hemodiálisis domiciliaria es enormemente beneficiosa para los pacientes, dado que la diálisis en el domicilio permite la independencia y la autonomía y reduce la dependencia del hospital. Los pacientes y los cuidadores pueden tener inquietud frente a la ejecución de este conjunto de tareas complejas y temer la posibilidad de que se produzcan urgencias asociadas a la diálisis. (Pauly et al. 2015). La diálisis domiciliaria es, generalmente, un procedimiento muy seguro, pero se han registrado algunas muertes debido a errores, como un hombre que murió desangrado tras conectar una bolsa de solución salina al circuito sanguíneo (Allcock et al. 2012). En los primeros momentos de la diálisis domiciliaria, los pacientes informan de errores frecuentes mientras aprenden los procedimientos y elaboran sus propias estrategias de seguridad, como asegurarse de que no haya interrupciones y de que la ayuda está a mano en el caso de que ocurra algún problema (Rajkomar et al. 2014).

Las unidades de hemodiálisis establecidas les proporcionan a los pacientes y a los cuidadores una detallada formación y preparación para la diálisis domiciliaria. Es fundamental inculcar una cultura de seguridad sin alamar demasiado al paciente, una vigilancia continuada tanto por el paciente como por los profesionales y un apoyo continuado. Además, Pauly y cols. (2015) proponen que es necesario elaborar estrategias de seguridad para atenuar el riesgo de eventos adversos, que incluirían la anticipación y la preparación para cualquier evento adverso que pudiera ocurrir. Proponen una serie de medidas que incluyen que se facilite una carta explicativa para que el paciente la lleve al servicio de urgencias, que se asegure que el paciente sea totalmente informado sobre los procedimientos de urgencias, y un conjunto completo de procedimientos para que el personal ponga en marcha la respuesta y aprenda de cualquier evento que tenga lugar. La lección más importante, según su punto de vista, es la preparación que proporcionan a los pacientes y los cuidadores que incluye, como parte del programa básico, un conjunto de estrategias de seguridad completas y claras.

CONSIDERACIONES SOBRE LA SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Cuando destacamos los riesgos de la asistencia domiciliaria no pretendemos sugerir de ningún modo que dicha asistencia no sea conveniente o posible. Al contrario, es fundamental para todos los que deseamos vivir de forma independiente tanto como nos sea posible a medida que envejecemos. Podemos ver también que las innovaciones en la telemedicina, la vigilancia a distancia y las casas inteligentes pueden resolver adecuadamente algunos de los problemas de seguridad que hemos descrito. No obstante, la asistencia domiciliaria ha destacado algunos problemas de seguridad fundamentales. Sobre todo, hay una incompatibilidad aparente entre la autonomía y la seguridad, aunque la incompatibilidad únicamente se produce si creemos que los ancianos deben ajustarse a un modelo ultraseguro en lo relativo a la seguridad. En la realidad, la seguridad es sólo uno de entre varios objetivos, y frecuentemente asumimos riesgos a sabiendas a fin de lograr otros beneficios, como viajar, hacer deporte o explorar. Es más, aceptamos el derecho de las personas a asumir riesgos personales, incluso cuando el coste del fracaso a menudo recae en la sociedad cuando son enviados de nuevo al hospital. La seguridad domiciliaria necesita evaluarse de la misma forma, no en términos de seguridad absoluta, sino junto a otros beneficios. Esto está bien recogido en el término «la dignidad del riesgo», usado en Australia por aquellos que suministran servicios a ancianos frágiles. El modelo de seguridad domiciliaria en esta ocasión no es ultraseguro; un anciano frágil tiene más en común con los profesionales que se dedican a la pesca de altura que con un piloto. La seguridad se gestiona por resiliencia, pericia personal y una elevada confianza en la vigilancia, la adaptación y, sobre todo, la recuperación.

Puntos clave

- La seguridad domiciliaria apenas ha sido abordada, y aun así, la atención prestada en el domicilio pronto será el contexto más importante para la prestación de asistencia sanitaria.
- Muchos pacientes de asistencia domiciliaria experimentan algún evento adverso. Los eventos adversos más frecuentes son lesiones por caídas, infecciones de heridas, problemas de salud mental o conductual y resultados adversos derivados de errores en la medicación.
- La seguridad del paciente en el domicilio no puede conceptualizarse o gestionarse de la misma forma que la seguridad del paciente en el hospital debido a los muy diferentes entornos, funciones, responsabilidades, estándares, supervisión y contexto normativo de la asistencia domiciliaria.
- Las condiciones potencialmente peligrosas y estresantes pueden, directa o indirectamente, incrementar enormemente el riesgo de acontecimientos adversos en el domicilio.
- La responsabilidad de seguridad domiciliaria recae en gran medida en los pacientes y sus familiares. Los cuidadores son un grupo especialmente vulnerables a un mayor riesgo de desgaste, fatiga y depresión.
- Los estándares disponibles, que son limitados, y el modelo fragmentado de los profesionales sanitarios hacen que la asistencia domiciliaria sea más propensa a los errores.
- Las intervenciones de seguridad deben darle prioridad a reducir la hospitalización, mejorar el bienestar, aumentar la comunicación entre los cuidadores y con los pacientes y mejorar las estrategias de recuperación.
- Existen opciones para mejorar la atención basada en la evidencia en el domicilio, pero es considerablemente más difícil que otros ámbitos. Todavía puede hacerse mucho para mejorar los sistemas de apoyo, la detección de problemas y la recuperación.

- Cuando destacamos los riesgos de la asistencia domiciliaria no pretendemos sugerir de ningún modo que dicha asistencia no sea conveniente o posible. No debemos tener como objetivo la seguridad total en la asistencia domiciliaria, sino valorar los riesgos en el contexto de los beneficios de permitir que el paciente viva con tanta independencia como sea posible en su propia casa. La seguridad se gestiona por resiliencia, pericia personal y una elevada confianza en la vigilancia, la adaptación y, sobre todo, la recuperación.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Allcock K, Jagannathan B, Hood C, Marshall M (2012) Exsanguination of a home haemodialysis patient as a result of misconnected blood-lines during the wash back procedure: a case report. *BMC Nephrol* 13(1):28
- Anker SD, Koehler F, Abraham WT (2011) Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet* 378(9792):731-739
- Axelsson J, Elmstahl S (2004) Home care aides in the administration of medication. *International J Qual Health Care* 16(3):237-243
- Baker A, Leak P, Ritchie LD, Lee AJ, Fielding S (2012) Anticipatory care planning and integration: a primary care pilot study aimed at reducing unplanned hospitalisation. *Br J Gen Pract* 62(595):e113-e120
- Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11(1):81-84
- Bates DW, Zimlichman E (2014) Finding patients before they crash: the next major opportunity to improve patient safety. *BMJ Qual Saf*. doi:[10.1136/bmjqs-2014-003499](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003499)
- Blais R, Sears NA, Doran D, Baker GR, Macdonald M, Mitchell L, Thales S (2013) Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ Qual Saf*. doi:[10.1136/bmjqs-2013-002039](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002039)

- Brown RS, Peikes D, Peterson G, Schore J, Razafindrakoto CM (2012) Six features of medicare coordinated care demonstration programs that cut hospital admissions of high-risk patients. *Health Aff* 31(6):1156-1166
- Bui AL, Fonarow GC (2012) Home monitoring for heart failure management. *J Am Coll Cardiol* 59(2):97-104. doi:[10.1016/j.jacc.2011.09.044](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.09.044)
- Campbell SM, Kontopantelis E, Reeves D, Valderas JM, Gaehtl E, Small N, Roland MO (2010) Changes in patient experiences of primary care during health service reforms in England between 2003 and 2007. *Ann Fam Med* 8(6):499-506
- Chan M, Campo E, Esteve D, Fourniols JY (2009) Smart homes—current features and future perspectives. *Maturitas* 64(2):90-97
- Donelan K, Hill CA, Hoffman C, Scoles K, Feldman PH, Levine C, Gould D (2002) Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Aff* 21(4):222-231
- Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M (2009) The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *J Nurs Manag* 17(2): 165-174
- Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S (2004) Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 25(3): 164-170
- Gershon RR, Pearson JM, Sherman ME, Samar SM, Canton AN, Stone PW (2009) The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. *Am J Infect Control* 37(7):525-533
- Gershon RR, Dailey M, Magda LA, Riley HE, Conolly J, Silver A (2012) Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. *J Patient Saf* 8(2):51-59
- Greenwald JL, Denham CR, Jack BW (2007) The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *J Patient Saf* 3(2):97-106
- Harris R, Ashton T, Broad J, Connolly G, Richmond D (2005) The effectiveness, acceptability and cost of a hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. *J Health Serv Res Policy* 10(3): 158-166
- Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, Eijdsden RA, Mackenbach JP, Nieboer AP (2014) The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital. *J Nurs Manag* 22(2):248-256
- Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, Aliaga P, Hammer S, Jones R (2004) Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 44(5):665-679

- IHI (2014) Ageing IHI-ISQUA seminar, Boston, USA, November 2014
- Jaarsma T, Brons M, Kraai I, Luttik ML, Stromberg A (2013) Components of heart failure management in home care: a literature review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 12(3):230-241. doi:[10.1177/1474515112449539](https://doi.org/10.1177/1474515112449539)
- Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper L (2009) A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalisation: a randomized trial. *Ann Intern Med* 150(3): 178-187
- Johnson KG (2005) Adverse events among Winnipeg home care clients. *Healthc Q (Toronto, Ont)* 9:127-134
- Kadehjian EK, Schneider L, Greenberg JO, Dudley J, Kachalia A (2014) Challenges to implementing expanded team models: lessons from a centralised nurse-led cholesterol-lowering programme. *BMJ Qual Saf* 23(4):338-345
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297(8):831-841
- Lang A, Edwards N, Fleischer A (2008a) Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International J Qual Health Care* 20(2): 130-135
- Lang A, Macdonald M, Storch J, Elliott K, Stevenson L, Lacroix H, Donaldson S, Corsini-Munt S, Francis F, Curry C (2008b) Home care safety perspectives from clients, family members, caregivers and paid providers. *Healthc Q (Toronto, Ont)* 12:97-101
- Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE, Neerukonda KV, Metzger J, Toepp MC, Maul L, Classen DC, Wynia MK (2011) Research in ambulatory patient safety 2000-2010: a 10-year review. American Medical Association, Chicago
- Macdonald M, Lang A, MacDonald JA (2011) Mapping a research agenda for home care safety: perspectives from researchers, providers, and decision makers. *Can J Aging* 30(02):233-245
- Madigan EA (2007) A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthc Nurse* 25(3):191-197
- Pauly RP, Eastwood DO, Marshall MR (2015) Patient safety in home haemodialysis: quality assurance and serious adverse events in the home setting. *Hemodial Int* 19:S59-S70. doi:[10.1111/hdi.12248](https://doi.org/10.1111/hdi.12248)
- Payne S, Turner M, Seamark D, Thomas C, Brearley S, Wang X, Blake S, Milligan C (2014) Managing end of life medications at home—accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ Support Palliat Care* 5(2):181-188. doi:[10.1136/bmjspcare-2014-000658](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000658)

- Rajkomar A, Farrington K, Mayer A, Walker D, Blandford A (2014) Patients' and carers' experiences of interacting with home haemodialysis technology: implications for quality and safety. *BMC Nephrol* 15(1): 195
- Reiling J (2006) Safe design of healthcare facilities. *Qual Saf Health Care* 15(suppl 1):i34-i40
- Romagnoli KM, Handler SM, Ligons FM, Hochheiser H (2013) Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. *BMJ Qual Saf* 22:324-332. doi:[10.1136/bmjqs-2012-001207](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001207)
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, Applebaum S (2012) A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Aff* 31(12):2805-2816
- Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S (2013) The incidence of adverse events among home care patients. *International J Qual Health Care* 25(1): 16-28
- Sharma G, Fletcher KE, Zhang D, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS (2009) Continuity of outpatient and inpatient care by primary care physicians for hospitalized older adults. *JAMA* 301(16):1671-1680
- Shepherd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, Riccaud NA, Tibaldi V, Wilson AD (2009) Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Can Med Assoc J* 180(2): 175-182
- Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS (2005) Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing* 34(6):626-632
- Stadnyk RL, Lauckner H, Clarke B (2011) Improving quality of care in nursing homes: what works? *Can Med Assoc J* 183(11):1238-1239
- Stajduhar KI (2002) Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care* 19(1):27-35
- Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN (2013) Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med* 11(1):80-83
- Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, Bergerone S, Riccaud NA (2009) Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure: a prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 169(17): 1569-1575
- United Nations Population Fund (2012) Ageing in the twenty-first century. New York. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>

- Van den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W (2012) Telemedicine and telecare for older patients—a systematic review. *Maturitas* 73(2):94–114. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.06.010>
- What can the UK learn from health innovation in India (2014). The Health Foundation, Londres
- While C, Duane F, Beanland C, Koch S (2013) Medication management: the perspectives of people with dementia and family carers. *Dementia* 12(6):734–750. doi: [10.1177/1471301212444056](https://doi.org/10.1177/1471301212444056)

9

Estrategias de seguridad en atención primaria

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA DISCIPLINA JOVEN QUE SURGIÓ DE LAS PREOCUPACIONES MÉDICO JURÍDICAS RELATIVAS AL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS ESPECÍFICOS Y FÁCILMENTE IDENTIFICABLES, EN SU MAYORÍA RELATIVOS A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. No obstante, en la atención primaria, los pacientes son atendidos durante largos períodos de tiempo y es probable que los problemas de seguridad que surgen sean de muy diferente carácter. Anteriormente hemos indicado que deberíamos replantear la seguridad del paciente como la gestión del riesgo a lo largo del tiempo; esta perspectiva puede que se ajuste mejor a las escalas temporales más largas de la atención primaria.

A excepción de la conducta delictiva, que es excepcional, como en el caso de Harold Shipman (Baker y Hurwitz 2009), la atención primaria no ha sido nunca considerada como una fuente importante de eventos adversos. Las prioridades en la atención primaria han sido mejorar el acceso y la calidad general de la atención, más que examinar las vulnerabilidades del sistema y los problemas de seguridad. Sin embargo, una vez que comenzamos a examinar la seguridad a lo largo del tiempo, en lugar de hacerlo en términos de incidentes específicos, los problemas de seguridad se vuelven más visibles. En este capítulo describiremos brevemente los conocimientos actuales sobre seguridad del paciente en la atención primaria y, después, analizaremos si pueden o no aplicarse los cinco modelos estratégicos de seguridad en este contexto.

RETOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

En todos los países, la atención primaria se enfrenta a enormes retos. Las personas viven ahora más tiempo y, a menudo, lo hacen con una o más enfermedades crónicas; por lo que necesitan mayor apoyo sanitario en el ámbito extrahospitalario al tiempo que esperan tener una buena calidad de vida en casa. Los facultativos de atención primaria se ocupan ahora de más pacientes con enfermedades más complejas y con morbilidades asociadas, lo que hace imposible que se pueda prestar la atención óptima y más segura a todos los pacientes. Los profesionales de la atención primaria tienen que coordinar una gran variedad de profesiones y responder a los valores y preferencias del paciente. La necesidad en aumento de una medicina personalizada y de involucrar al paciente en las decisiones sobre su atención, al tiempo que se cumple con los valores de la atención primaria, exige más tiempo que del que se dispone realmente (Snowdon et al. [2014](#)).

Los médicos de atención primaria expresan frustración porque los conocimientos y las habilidades que se espera que dominen exceden las capacidades humanas (Bodenheimer [2006](#)). La aparición de la genómica y de la medicina personalizada no hará más que aumentar la complejidad y las exigencias que soportan los servicios de atención primaria, así como los conocimientos y las tecnologías que el personal tendrá que comprender y emplear. El número de facultativos que trabajan solos está disminuyendo con rapidez. Los médicos de atención primaria trabajan ahora en clínicas y federaciones más grandes, para proporcionar un modelo sanitario más consistente y coordinado. El personal de enfermería y otros profesionales están asumiendo cada vez mayores responsabilidades y cometidos clínicos más amplios. Sin embargo, estos cambios, aunque importantes, no serán suficientes para enfrentarse a los retos actuales y futuros. La seguridad en atención primaria tiene que reconsiderarse a la luz de lo anteriormente mencionado, dándole más prioridad a las estrategias de seguridad del paciente y elaborando intervenciones adecuadas al contexto.

LA NATURALEZA DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los médicos de atención primaria trabajan en colaboración para exponer y resolver los problemas que se les presentan en consultas cortas que, en los distintos países europeos, oscilan, normalmente, entre los 7 y los 16 minutos. A menudo (pero no siempre) los pacientes presentan manifestaciones tempranas de la enfermedad y, con frecuencia, tienen un historial de problemas psicosociales y enfermedades concomitantes preexistentes. En estas circunstancias, el diagnóstico es necesariamente provisional y los médicos de familia se enfrentan a la difícilísima misión de identificar los pocos casos de enfermedades graves entre la gran cantidad de problemas de poca importancia. En este contexto, la «seguridad», en el sentido de estar seguro de que un paciente no tiene una enfermedad grave, no es viable. Investigar cada uno de los problemas para lograr una certeza diagnóstica no sería una práctica óptima: la ansiedad que generaría, los riesgos de las pruebas complementarias y los análisis y las molestias para los pacientes serían contraproducentes. Además, llevaría a la quiebra financiera cualquier sistema sanitario en tan sólo unos meses. Con estas condiciones, el tiempo se usa a menudo como herramienta terapéutica y diagnóstica, pero siempre con considerable flexibilidad.

En la atención primaria los pacientes tienen mucha más libertad que en los sistemas hospitalarios. Pueden decidir no seguir las recomendaciones de su médico o del personal de enfermería porque entran en conflicto con su estilo de vida o sus objetivos personales; éste es generalmente el caso en el 30-50% de los pacientes (Barber 2002). En atención primaria, por su mayor autonomía, los pacientes pueden también aumentar el riesgo de eventos adversos en algunas circunstancias, lo que plantea muchos y complicados problemas éticos y médico jurídicos (Buetow et al. 2009).

Hasta hace poco, muchos médicos de familia trabajaban solos o en grupos pequeños. Este modelo de práctica, a menudo combinado con una carga de trabajo muy elevada, dificultaba que se pudiera contemplar el riesgo a nivel sistémico o considerar estrategias generales de gestión de riesgos. Los médicos de familia y otros miembros del personal de atención primaria pueden dispensar elevados estándares de atención, sin ser conscientes de la frecuencia o el impacto de los errores o de los riesgos para los pacientes y las vulnerabilidades del sistema sanitario en general

(Jacobson et al. 2003). La flexibilidad, la diversidad y el enfoque personalizado para cada paciente que los facultativos de atención primaria consideran, con razón, como una virtud hacen que resulte muy difícil definir el error y los eventos adversos de una manera fundada y coherente.

Error y daño en atención primaria

Los estudios en hospitales han demostrado que los distintos métodos de recopilación de datos muestran diversos tipos de error y de daño, y que una combinación de métodos es necesaria para trazar el panorama de la seguridad (Hogan et al. 2008). Esto mismo es también cierto para la atención primaria (Sandars y Esmail 2003). Un estudio empleó cinco métodos diferentes para detectar eventos adversos: los eventos adversos comunicados por los médicos, los eventos adversos comunicados por los farmacéuticos, los eventos adversos experimentados por los pacientes, la valoración de una muestra de historias clínicas escogida al azar y la valoración de todos los pacientes fallecidos. Prácticamente no había coincidencia en los eventos adversos detectados con cada método. La investigación que mostró la mayor cifra de eventos adversos fue la de los pacientes, y la de los farmacéuticos fue la que ofreció una cifra más baja (Wetzels et al. 2008). Estas dificultades para la medición se deben, en parte, a la falta de sistemas perfeccionados de control de la seguridad en este contexto, pero también a las dificultades para definir el error y los eventos adversos.

Los cinco errores médicos que los médicos de familia comunicaron con mayor frecuencia son: errores en los medicamentos recetados, errores en la solicitud de pruebas de laboratorio adecuadas para el paciente correcto en el momento oportuno, errores del sistema de clasificación, errores en la administración de medicamentos y errores en la respuesta dada a valores de laboratorio anómalos. Una comunicación y una coordinación deficientes entre los profesionales y los distintos componentes de los sistemas sanitarios y sociales son la principal causa de muchos de los problemas identificados (Dovey et al. 2003). Son riesgos importantes tanto la falta de información oportuna y exacta después del alta hospitalaria como el retraso en la obtención de los resultados de las pruebas (Kripalani et al. 2007; Callen et al. 2012). Un estudio más reciente sobre

los eventos adversos en la atención primaria (ESPRIT, por sus siglas en francés) empleó un método prospectivo de recopilación de datos durante siete días consecutivos (Kret y Michel 2013). Los médicos de familia comunicaron 475 errores en un total de 13 438 visitas (un poco por debajo del 3%), pero el 95 % de los errores comunicados tenían poca importancia y todas las consecuencias que tuvieron se detectaron inmediatamente. Estos estudios detectan problemas importantes, pero se limitan a los que resultan inmediatamente visibles para el médico de atención primaria, lo que básicamente supone sólo los que ocurren en la consulta o que dan lugar a comunicación con otros servicios.

Los estudios que se centran en los errores dentro de un período de tiempo concreto, aunque son importantes, no detectarán claramente los problemas que sólo se hacen patentes a largo plazo (como el diagnóstico erróneo o tardío), que son mucho más importantes en los análisis de las demandas y las reclamaciones. En las demandas por negligencia médica en la atención primaria, la alegación más común, con diferencia (hasta un 40 % del total de las demandas) es la falta de diagnóstico o el diagnóstico tardío de cáncer y de enfermedades cardíacas (Gandhi et al. 2006; Singh et al. 2013). De nuevo, esto muestra lo difícil que les resulta a los médicos de familia vigilar y detectar de manera individual problemas graves, aunque infrecuentes, que no son inmediatamente patentes en la rutina diaria y, también, la necesidad de analizar los problemas de seguridad en este contexto durante períodos de tiempo mucho más largos.

Errores diagnósticos

Los errores diagnósticos aún no han recibido la atención que merecen, dada su probable importancia como causantes de daño o de tratamiento deficiente. El énfasis en los sistemas nos ha alejado del examen de las destrezas asistenciales básicas, como el diagnóstico y la toma de decisiones (Wachter 2010), pero ahora éstos se están convirtiendo en uno de los asuntos principales. Los resultados del cáncer en el Reino Unido, aunque están mejorando, no son tan buenos como en otros países europeos, lo que, en parte, puede explicarse por el diagnóstico inicial incorrecto o el diagnóstico tardío (Lyratzopoulos et al. 2014). Es difícil estudiar los erro-

res diagnósticos, pues es complicado definirlos, problemático precisarlos en un momento temporal concreto y no son directamente observables. El término «error diagnóstico» puede indicar bien un evento relativamente independiente, como no ver una fractura en una radiografía, o una historia que se desarrolla a lo largo de meses o incluso años, como un diagnóstico tardío del cáncer de pulmón debido a fallos en la coordinación de la asistencia ambulatoria (Vincent 2010). Estos ejemplos muestran que el término «error» puede ser una simplificación excesiva de una larga historia de la enfermedad sin diagnosticar.

Los estudios de interconsultas múltiples sobre el cuadro clínico inicial del cáncer muestran que las características de la enfermedad, tanto en lo referente a su cuadro clínico inicial como a su incidencia, son un poderoso predictor de la rapidez del diagnóstico. La mayoría de los pacientes con cáncer acuden a la atención primaria con síntomas que tienen valores predictivos positivos bajos o muy bajos. Incluso las «señales de alarma» (como la rectorragia, la disfagia, la hemoptisis y la hematuria) no están estrechamente relacionadas con la existencia de cáncer. A pesar de estas dificultades, aproximadamente el 80% de los pacientes con cáncer se deriva a un especialista tras una (50%) o dos (30%) consultas. Pero una importante minoría (20%) de pacientes con cáncer acude a consulta con el médico de atención primaria con síntomas relevantes en tres o más ocasiones antes de que se les derive. Con frecuencia, los responsables políticos y las asociaciones benéficas contra el cáncer consideran que esta cifra es el reflejo de un retraso evitable. No obstante, a menudo se trata de pacientes con cánceres especialmente difíciles de diagnosticar porque tienen síntomas inespecíficos (Lyratzopoulos et al. 2014).

Aún son muchos los retos de los que hay que ocuparse, incluso si proporcionamos un informe completo de los diversos errores, eventos adversos y otros problemas de seguridad más generales. Abundan los problemas de definición, metodología y método. Sin embargo, se ha comprobado en distintas instancias que hay riesgos para los pacientes que se derivan de las vulnerabilidades tanto de los individuos como de los sistemas, aunque esto debe matizarse por el hecho de que los facultativos de atención primaria no pueden (y categóricamente, no deben) intentar minimizar todos los riesgos posibles; un planteamiento semejante llevaría

a una enorme realización innecesaria de pruebas y tratamientos y resultaría imposible de asumir económicamente. En este contexto, la gestión del riesgo es una cuestión complicada y, en nuestra opinión, en la actualidad está fundamentalmente conceptualizada como responsabilidad de cada uno de los médicos. Los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de la atención primaria desempeñan, sin duda, un papel esencial en la gestión del riesgo de la negociación, la toma de decisiones conjuntas y el tratamiento de cada uno de los pacientes. No obstante, al igual que con los hospitales, tenemos que ir más allá de la perspectiva individual e intentar imaginar cómo podría ser una gestión del riesgo y la seguridad dentro de una población de pacientes. ¿Podemos aplicar el marco de las cinco estrategias y sus intervenciones asociadas a este contexto para aportar un modelo conceptual y práctico para la gestión de riesgos en atención primaria?

LA SEGURIDAD COMO PRÁCTICA ÓPTIMA

El respeto de la práctica óptima y de la medicina basada en la evidencia es tan importante en la atención primaria como en los demás niveles asistenciales. En Inglaterra se ha hecho mucho hincapié en los incentivos externos para mejorar la atención primaria, sobre todo con el uso de Sistema de pago por rendimiento (P4P, por sus siglas en inglés). El Reino Unido introdujo esta idea con el Marco de Referencia de Calidad y Resultados (Quality and Outcomes Framework), y los Estados Unidos, Francia y otros países han desarrollado programas similares. La idea del P4P es bastante simple: pagar por la actuación de conformidad con la medicina basada en la evidencia. El pago por rendimiento, sin lugar a dudas, puede impulsar cambios en algunas áreas concretas, pero su impacto general en la calidad de la asistencia y en los valores profesionales aún se discute (Lee et al. 2012; Hussey et al. 2011; Ryan et al. 2015). Con independencia de esto, la cuestión más complicada desde la perspectiva de la seguridad es que el P4P no se ocupa de los tres eventos adversos más frecuentes según la bibliografía: falta de diagnóstico y diagnóstico tardío; seguridad de la medicación y estrategias de atención deficientes y vigilancia inadecuada (Brami y Amalberti 2010; Lorincz et al. 2011).

Muchas intervenciones emplean estrategias de mejora de la calidad para mejorar la adherencia a las guías como medio para mejorar los resultados en el paciente (Marshall et al. 2013). Por ejemplo, en el ámbito de la atención primaria la depresión con frecuencia no se gestiona bien o se trata con pobres resultados. Ésta es una cuestión fundamental dado que la depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. En un extraordinario y temprano estudio de los modelos para la mejora de la calidad, en Estados Unidos, se asignaron al azar consultas de atención primaria con un sistema de gestión de *managed cared* a un modelo de atención normal o a un programa de mejora de la calidad. Esta intervención necesitó del compromiso institucional con la mejora de la calidad, la identificación de un grupo de pacientes potencialmente deprimidos, la formación de los expertos y personal de enfermería especializado de los centros implicados para proporcionar formación al paciente y a los facultativos, y o bien personal de enfermería para realizar el seguimiento de la medicación o bien psicoterapeutas cualificados. Los resultados en la salud mental y la conservación del empleo de los pacientes deprimidos mejoraron en el transcurso de un año y el número de consultas médicas, en conjunto, no aumentó. Una pequeña inversión en la mejora de calidad produjo mejoras sustanciales en algunas áreas, incluyendo un claro aumento en la detección de pacientes con depresión (Wells et al. 2000).

Los estudios de los errores diagnósticos conocidos en la atención primaria muestran que la mayoría están relacionados con enfermedades frecuentes como la neumonía, el cáncer, la insuficiencia cardíaca congestiva, la insuficiencia renal aguda y la infección urinaria; esto sin duda se debe a que éstas son, en todo caso, enfermedades frecuentes. Los problemas identificados pueden producirse en la consulta médica, pero también pueden estar relacionados con las derivaciones, con los factores del paciente, el seguimiento y el control de la información diagnóstica y la realización y la interpretación de las pruebas diagnósticas. Aunque algunos de estos problemas pueden afrontarse mejorando las habilidades de los facultativos, es poco probable que esto tenga un impacto significativo. Para empezar, muchos errores diagnósticos pueden deberse a características fundamentales de la forma de funcionar de la cognición humana que son difíciles de cambiar. Con frecuencia las personas emplean el

razonamiento heurístico de manera eficaz en su pensamiento cotidiano, lo que generalmente es extremadamente útil, pero también puede inducir a error en las situaciones en las que se requiere un pensamiento más analítico (Kahneman 2011). Se han detectado una gran cantidad de sesgos y razonamientos heurísticos (Croskerry 2013) y aún no está claro si es posible, y menos aún si resulta rentable, ofrecer formación para mejorar la precisión del diagnóstico. En lo relativo a la gestión del riesgo puede que sea mejor invertir en la mejora de los aspectos más manejables del sistema (como la comunicación de los resultados de pruebas) y, probablemente, aún más importante, invertir más tiempo y esfuerzo en hacer seguimiento de los pacientes que acuden a consulta con un cuadro clínico inicial con síntomas que podrían ser graves. Esto requeriría la creación de sistemas de seguridad de respaldo para los resultados anómalos que se pasan por alto y de recordatorios a los pacientes que no se presentan a las pruebas complementarias o a las visitas de seguimiento (Lyratzopoulos et al. 2014). Usando nuestra terminología, pasaríamos de una estrategia de práctica óptima y mejora del sistema a una de vigilancia, adaptación y recuperación. Aceptaríamos que algunos retrasos y errores diagnósticos son inevitables y cambiaríamos la distribución de recursos para dirigirlos a una detección rápida de éstos.

MEJORAR EL SISTEMA

La prestación de la atención indicada por las guías es, obviamente, un objetivo deseable, pero lograr esta meta seguirá siendo difícil. Son muchas las razones, pero dos de ellas son especialmente importantes. La primera es que las guías son sólo una recomendación parcial para el tratamiento, incluso cuando se trata de una persona relativamente sana con una sola enfermedad. Cuando la atención se dirige a un paciente geriátrico frágil y con múltiples problemas, los médicos tienen que realizar muchos ajustes para obtener la atención óptima para esta persona (Persell et al. 2010). Un segundo problema importante es el extraordinario ritmo de la innovación médica y el crecimiento exponencial de los conocimientos científicos sobre medicina moderna que la acompañan; la vida media del conocimiento es de tan sólo 6 años en la mayoría de las especialidades

(Shojania et al. 2007; Alderson et al. 2014). Una vez que se dispone de nuevos conocimientos, lleva tiempo consolidarlos y darles forma de guía y recomendaciones. Y, de nuevo, lleva también tiempo fijar un sistema de recomendaciones de trabajo nuevas, actualizadas a un ritmo adecuado, y con información importante para los pacientes ancianos con enfermedades concomitantes.

La introducción de la informática y de las historias clínicas electrónicas supone la mejor opción para responder a la rápida evolución del conocimiento y el ejercicio de la medicina. Se espera que las nuevas tecnologías den apoyo y contribuyan a la toma de decisiones médicas y a la prescripción, proporcionen las herramientas para pedir y comprobar los resultados de las pruebas, refuercen la cooperación y permitan a los pacientes acceder a su historia clínica (De Lusignan et al. 2014). Puede que las nuevas tecnologías también aporten nuevas estrategias para la medición del rendimiento y para la detección de la asistencia deficiente (Weiner et al. 2012). Pero el uso eficaz de estas tecnologías dependerá de su empleo sistemático a nivel nacional y de una formación acorde sobre cómo utilizar estos sistemas con eficacia sin generar una sobrecarga de información, recomendaciones y alarmas (Shoen y cols. 2012; Jones et al. 2014). Aún no conocemos todas las ventajas de estos sistemas, pero ya podemos ver que su introducción tiene varias consecuencias inesperadas, algunas de las cuales son muy adversas. Por ejemplo, en el pasado los profesionales sanitarios tenían que ir a hablar con un radiólogo para analizar los resultados ambiguos en un TAC, mientras que ahora tomarán en solitario su propia decisión frente a una pantalla. Los médicos jóvenes evaluarán a sus pacientes en la historia clínica electrónica en lugar de verlos en persona (Wachter 2015).

Las estrategias de optimización (la práctica óptima y las mejoras del sistema) son perfectamente viables cuando se realizan a escala, pero es mucho más difícil ponerlas en práctica en una consulta o un centro de atención primaria pequeños. Las mejoras necesarias en el sistema de atención primaria y los «motores de cambio» son cuestiones nacionales o, al menos, regionales. Los programas con objetivos de mejora claros y concretos pueden tener resultados, como demuestra el ejemplo del tratamiento de la depresión, pero para generar un impacto a escala son necesarios muchos recursos. Los centros de atención primaria pueden usar las

estrategias de optimización, pero a nivel local puede que tengan que usar en mayor medida otro tipo de estrategias de seguridad que pongan más énfasis en la gestión activa del riesgo.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE RIESGOS

Cuando los sistemas están bajo presión, se impone que pensemos en aplicar estrategias de control de riesgos para mantener la seguridad y también posiblemente para limitar los costes. Un importante ejemplo del control del riesgo es la restricción deliberada de la práctica clínica cuando se dan circunstancias que plantean un elevado riesgo para los pacientes. Este método para controlar el riesgo es el más destacado en la prescripción y en la administración de medicamentos de alto riesgo. Por ejemplo, en la atención primaria, los médicos de familia no pueden recetar ciertos fármacos, o los farmacéuticos de las oficinas de farmacia no pueden facilitarlos.

El planteamiento del control de riesgos consiste fundamentalmente en que para mantener los estándares y la seguridad es mejor ocuparse de forma positiva de la demanda y de las condiciones de trabajo; la alternativa es un sistema que presta alguna atención de alta calidad, pero que funciona fuera de control. El control posible más obvio es poner un límite al número máximo de pacientes que están bajo la atención de un único equipo de atención primaria, este número varía según las características de los pacientes y de cómo se presta la atención. Siempre que se pueda realizar una valoración realista de las necesidades del paciente y de la duración de la consulta, entonces la limitación del número de pacientes por equipo es una opción posible, pero soluciones de este tipo sólo se pueden lograr a nivel nacional. La demanda se puede gestionar a nivel local mediante una mayor participación del personal de enfermería y de los auxiliares sanitarios en la prestación de la atención o mediante el traslado a los hospitales u otras instalaciones, pero puede que esto no resulte viable en las áreas más aisladas o más pobres. Sin embargo, hay muchos ejemplos del control de riesgos en atención primaria y existen posibilidades de un análisis mucho más detallado de esta estrategia en concreto.

Control mediante la valoración de la competencia

Casi todos los países con sistemas desarrollados de asistencia sanitaria tienen procedimientos para habilitar a los médicos, de modo que se pueda identificar y, en su caso, reforzar la formación de los que no alcancen los criterios requeridos. Con independencia de cuáles sean los méritos del modelo de seguridad de un sistema, no cabe duda de que habrá problemas relacionados con la calidad de la asistencia prestada por los individuos; en Australia, por ejemplo, un 3 % del personal era responsable de la mitad de las quejas recibidas, de modo que algunos individuos eran objeto de repetidas quejas. Muchos países exigen que los médicos de familia sigan cursos de desarrollo profesional continuo (DPC) o de formación médica continua (FMC) y un procedimiento formal de reacreditación (por ejemplo, los Países Bajos, Noruega, los Estados Unidos). Cada médico debe demostrar la formación continua y de desarrollo profesional y que cumple con los requisitos del proceso de reacreditación (Murgatroyd 2011). Los médicos identificados por estos sistemas con una calidad inferior a la requerida, recibirán cursos de reciclaje y puede que se limite su licencia. Sin embargo, estos sistemas de vigilancia son complejos y no siempre son efectivos (Lipner et al. 2013). Aunque son una parte fundamental de las herramientas para mejorar la seguridad, la responsabilidad y las sanciones no son fáciles de mantener o de llevar a la práctica.

Control de las amenazas

El control de amenazas conocidas puede que tenga una aplicación más inmediata en la atención primaria. Por ejemplo, en el campo de la salud mental es muy importante el control del riesgo. Quizá es lamentable que los ejemplos más inmediatos sean aquellos en los que se controla o limita la libertad de las personas. Los pabellones cerrados, las técnicas restrictivas y el control con fármacos son ahora, afortunadamente, mucho menos frecuentes que en el pasado. Sin embargo, existen otros métodos de control más sutiles que sí pueden aplicarse a la población

y que están dirigidos a controlar los riesgos en lugar de a las personas. Por ejemplo, el paracetamol analgésico era un método común de suicidio y de autoagresión sin consecuencia de muerte, causante de muchas muertes accidentales y, a menudo, de ingresos en la unidad de toxicidad hepática y renal. La legislación aprobada por el Gobierno del Reino Unido en 1998 limitó el tamaño de los envases a 32 comprimidos en farmacias y a 16 comprimidos fuera de la farmacia. Reducir el número de comprimidos en cada envase para reducir el riesgo de intoxicación parece una estrategia un tanto inverosímil, pero muchos de los entrevistados tras una sobredosis manifestaron que se trató de una acción impulsiva relacionada con el empleo de los medicamentos que tenían a su disposición en casa. Por lo tanto, las acciones impulsivas se volvieron menos peligrosas con los envases más pequeños. Diez años después de que se realizaran estos cambios, la reducción del suicidio y el daño por paracetamol se han reducido de manera significativa y constante, y logros similares ha obtenido una limitación parecida a otros productos derivados del paracetamol (Cuadro 9.1) (Gunnell et al. 2008; Hawton et al. 2012).

Cuadro 9.1 Retirada del dextropropoxifeno y paracetamol para reducir el suicidio

El alcance de la intoxicación mortal con el analgésico a base de dextropropoxifeno y paracetamol fue, durante muchos años, una fuente de preocupaciones. El margen entre las concentraciones terapéuticas y las potencialmente mortales es relativamente pequeño. Entre 1997 y 1999, la combinación de dextropropoxifeno y paracetamol fue el medicamento único más usado en los suicidios en Inglaterra y Gales (766 muertes en este período de tres años). El Comité para la Seguridad de los Medicamentos (CSM, por sus siglas en inglés) recomendó que se retirara el uso de la combinación de dextropropoxifeno y paracetamol en el Reino Unido, lo que tuvo lugar en diciembre de 2007.

En el período 2005-7 que siguió a la intervención se produjo un fuerte descenso en la prescripción de dextropropoxifeno y paracetamol, de modo que las recetas para este compuesto se redujeron un 59 %. Las recetas para otro tipo de analgésicos aumentaron considerablemente. Estos cambios se relacionaron con una reducción importante en las muertes causadas por la combinación de dextropropoxifeno y paracetamol, con una estimación de 295 suicidios menos y 349 muertes menos, incluyendo las intoxicaciones por accidente. En los 6 años posteriores a la retirada del dextropropoxifeno y paracetamol se produjo una importante reducción de las muertes por intoxicación causadas por este fármaco sin que hubiera pruebas de un aumento en las muertes causadas por otros analgésicos.

Adaptado de Hawton et al. (2012)

VIGILANCIA, ADAPTACIÓN Y RESPUESTA

Sin duda, los médicos de familia y otros profesionales de la atención primaria se ocupan constantemente de la supervisión de los pacientes, pero una estrategia de seguridad de este tipo supone un esfuerzo más general para reforzar la capacidad de detectar el deterioro de la calidad y otros problemas en la prestación de asistencia sanitaria a la población. Vamos a analizar a modo de ejemplo una propuesta dirigida a los profesionales y una segunda propuesta dirigida al fomento de una cultura más colaborativa para ayudar a los profesionales de atención primaria a adoptar un modelo más centrado en el paciente

Desarrollo de un modelo más sistemático para la conducta expectante (o espera vigilante)

El tiempo es uno de los instrumentos principales para la gestión de riesgos en la atención primaria. Un médico de familia puede saber

que de acuerdo con los síntomas hay una pequeña posibilidad de que exista cáncer u otra dolencia grave; pero derivar a todos los pacientes con síntomas de este tipo no sería ni viable ni una buena práctica. En cambio, le pide al paciente que vigile y observe cualquier cambio. El empleo del tiempo es fundamental en las rutinas y en la gestión de la práctica del médico. Con el tiempo, las enfermedades y las circunstancias progresan y el problema que se presentaba en un momento dado no será el mismo más tarde. En la atención primaria muchos problemas de salud se resuelven con el tiempo; en algunos casos desaparecen con independencia del diagnóstico o de la intervención, mientras que en otros las características sintomáticas serán mucho más claras. En un importante número de casos, la mejor manera de afrontar una situación es precisamente vigilar su evolución y abstenerse de intervenir clínicamente. Paradójicamente a menudo la espera es más importante que la actuación inmediata, siempre que tanto el paciente como el médico colaboren en la vigilancia de los síntomas y que ambos mantengan la confianza mutua. Mientras que esta estrategia es bien conocida y aceptada tanto por los médicos como por los pacientes, el uso del tiempo como estrategia diagnóstico-terapéutica en raras ocasiones se ha estudiado de manera explícita.

El desarrollo del esquema Tempos (Amalberti y Brami 2012) responde a la importancia de la gestión del tiempo en la atención primaria. En el esquema se diferencian cinco escalas temporales, calificadas como «tempos», que requieren ser procesadas de forma paralela por el médico de familia. (1) Tempo de la enfermedad (evolución rápida e inesperada, lenta respuesta al tratamiento); (2) Tempo de la consulta (interrupciones y agenda del día a día); (3) Tempo de los pacientes (tiempo en manifestar los síntomas, adherencia y emoción); (4) Tempo del sistema (tiempo para las citas, las pruebas y las observaciones) y (5) Tempo del médico (tiempo para alcanzar el conocimiento). Este esquema (Tabla 9.1) puede servir de base para la identificación de los eventos adversos y para la recuperación, así como para mejorar el análisis de los eventos adversos (véase el capítulo 6).

Tabla 9.1 Esquema TEMPO para la atención primaria

Tempo de la enfermedad	Patología engañosa que evoluciona más rápido o más despacio de lo que es habitual
	Acción terapéutica inadecuada, demasiado lenta, no eficaz. Se tranquiliza al paciente de forma infundada, tomando como base la evolución típica
	Se le dan al paciente o a sus familiares explicaciones o instrucciones insuficientes sobre qué debería ocurrir, cuándo, qué es una evolución alarmante y qué hacer
Tempo del médico	Experimenta dificultades en el acceso al conocimiento adecuado en el momento adecuado, debido a los síntomas engañosos, el cansancio, la presión o las interrupciones
	La técnica requerida para la intervención clínica no se aplica con todo el rigor habitual, debido a la práctica inadecuada, las interrupciones, la fatiga y otras cuestiones
	El caso clínico no se identifica porque excede la competencia del médico
Tempo de la consulta	Agendas apretadas, tiempo limitado
	Interrupciones de la administración, del teléfono, de los pacientes, de la secretaria y otros
	Trazabilidad incompleta de los datos médicos, antecedentes médicos apresurados, estilo de escritura limitado al máximo
Tempo del paciente	No muestra síntomas, minimiza o pospone la manifestación
	Mala relación médico-paciente, conflictos, niveles asistenciales específicos
Tempo del sistema	Retraso en la obtención de citas para pruebas (imágenes) o con los especialistas
	Método inesperado de la unidad de urgencias al enviar al paciente a casa
	Pérdida de información entre los profesionales, correspondencia perdida, mensaje perdido

Adaptado de Amalberti y Brami (2012)

Mejorar las transiciones entre el hospital y la atención primaria

Aunque en gran medida el interés en mejorar las transiciones asistenciales proviene del ámbito hospitalario, éste tiene importantes repercusiones para la atención primaria. Los cambios involuntarios en las pautas de medicación son un peligro importante y ampliamente estudiado; es posible que a los pacientes se les dé el alta hospitalaria con una medicación muy diferente a la que tenían antes del ingreso, no debido a una necesidad médica, sino porque no se ha realizado una nueva valoración de la medicación al momento del alta. El proceso de conciliación de la medicación es un proceso, habitualmente a cargo de los farmacéuticos, en el que se realiza un cotejo de la medicación del paciente antes de su ingreso y la medicación prescrita en el hospital para asegurar que el paciente vuelve a casa con la medicación correcta. No se ha demostrado que la conciliación de la medicación por sí misma, aunque es importante, produzca resultados significativos, como, por ejemplo, la reducción de la hospitalización ulterior (Kwan et al. 2013). Ahora la atención vuelve a dirigirse a una valoración completa de toda la transición, guiada por la elevada tasa de reingresos precoces tras el alta. En los Estados Unidos, por ejemplo, casi uno de cada cinco pacientes de Medicare reingresa en un plazo de 30 días desde el alta (Rennke et al. 2013).

Los programas para mejorar la transición asistencial cuentan con distintos elementos y, hasta ahora, hay poca homogeneidad en las estrategias de los distintos programas estudiados. La mayoría cuentan con un equipo de altas, realizan la conciliación de la medicación y proporcionan guías y, a veces, formación al paciente y la familia. Algunos también ponen a disposición del paciente a un miembro del personal de enfermería u otro profesional especializado en la transición asistencial, que tiene la responsabilidad específica de vigilar el progreso del paciente después del alta, con llamadas telefónicas o visitas, y de coordinar a otros profesionales y responder ante cualquier señal de deterioro. Los estudios ofrecen pocos detalles de cómo financiar estos programas y de cuánta formación necesitarían estos profesionales. Sorprendentemente, incluso en los programas más completos fue poco lo que se hizo, si acaso se hizo algo, para fomentar la participación de los profesionales de atención primaria (Rennke et al. 2013). Este enfoque

general se basa en la mejora de la fiabilidad de la atención en el ámbito hospitalario, pero en nuestra opinión, el modelo que se debe adoptar tras el alta debe basarse en la vigilancia, la adaptación y la respuesta a las necesidades del paciente; esta estrategia es muy diferente a la que se plantea normalmente en el contexto de la atención primaria, que está ampliamente dominada por las iniciativas para mejorar el seguimiento de las guías.

Las estrategias para mejorar la seguridad en la atención primaria requerirán muchos de los elementos de estos programas de transición asistencial. Dándole especial prioridad a la participación del paciente, la coordinación y la cooperación entre equipos, así como, sobre todo, a una actitud de anticipación, vigilancia y asistencia al paciente más allá de su estancia hospitalaria o de la consulta de atención primaria. Los profesionales de la asistencia sanitaria, sin duda, entienden este planteamiento, pero los sistemas actuales, o mejor dicho la falta de sistemas, hacen que sea muy difícil de conseguir en la práctica. Los nuevos puestos directivos en el equipo de atención primaria, deberían dedicarse a esta coordinación y organización. Las nuevas categorías profesionales de facilitadores y gestores de la asistencia reforzarían la capacidad del equipo de atención primaria a la hora de vigilar la seguridad. El puesto de gestor de la asistencia tendría una posición central y podría prestar y coordinar los servicios para los pacientes, incluyendo la coordinación de la atención de todos los profesionales sanitarios, en los distintos ámbitos y para todas las enfermedades y ayudaría al paciente a acceder y a orientarse en el sistema (Taylor et al. 2013).

ATENUACIÓN

La capacidad de responder con rapidez al deterioro es fundamental para la asistencia segura tanto dentro del hospital como fuera, como ya hemos expuesto anteriormente. El término atenuación abarca la atención a los pacientes a los que la asistencia les ha fallado de algún modo que ha producido un daño, y que se ha convertido en un problema en sí mismo, tanto para el paciente como para los que se ocupan de su atención. El tratamiento de estas situaciones exige, sin lugar a dudas, capacidad de respuesta rápida y de llevar a cabo todas las intervenciones asistenciales

necesarias, pero también exige una respuesta más integral para tratar los problemas específicos del daño que se debe a una atención deficiente en lugar de a la enfermedad.

En otros ámbitos hemos hecho hincapié en la necesidad de apoyo tanto para el paciente como para el personal y esto es igualmente aplicable a la atención primaria. La elaboración de programas formales que proporcionen este tipo de apoyo ha sido una cuestión problemática en los hospitales que cuentan con los recursos y la escala suficiente como para poner en marcha y mantener este tipo ayuda. En la atención primaria, el apoyo a los pacientes o a los profesionales se basa en acciones de personas y compañeros con interés y empatía. En la mayoría de los casos esto es todo lo que se necesita pero, como hemos analizado anteriormente, puede que se necesite asesoramiento u otras intervenciones más a largo plazo para ayudar a los pacientes, los cuidadores o integrantes del personal implicados en un error o una falta grave. Ahora mismo esto es muy difícil de proporcionar en atención primaria, aunque las asociaciones profesionales ofrecen algún apoyo. Según se vaya produciendo una integración de mayor calado en la atención primaria, podremos plantearnos la gestión de riesgos en grupos de población y, aunque la prevención y la detección serán lo más importante, la atenuación del daño no debería descuidarse.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Dada la lentitud con la que evoluciona la seguridad del paciente en el ámbito de la atención primaria, puede parecer prematuro plantear estrategias de seguridad. Una revisión de la seguridad en la atención primaria en los Estados Unidos, 10 años después del estudio de referencia «To err is human» (Errar es humano), mostró que existían numerosas lagunas en la comprensión de la seguridad en el ámbito ambulatorio y que casi no había estudios dignos de crédito sobre cómo mejorar la seguridad en atención primaria (Lorincz et al. 2011). Aún se necesitan datos de epidemiología básica, más análisis de las causas de daño a los pacientes en atención primaria y la elaboración de intervenciones específicas (Wynia y Classen 2011). Tenemos que añadir que el concepto mismo de seguri-

dad del paciente en atención primaria tiene que examinarse pues en su formulación actual puede que no logre que los facultativos de atención primaria se identifiquen con él. Para los pacientes, la seguridad en la atención primaria se relaciona en parte con el control y la reglamentación, pero fuertemente vinculados a la confianza y las relaciones personales (Rhodes et al. 2015).

Sin embargo, creemos que esbozar la clase de estrategias que podrían emplearse y trazar un marco de referencia conceptual contribuirá a que la seguridad en atención primaria se comprenda mejor y a que se elaboren las intervenciones adecuadas. Las innovaciones informáticas posiblemente tendrán un impacto enorme en la coordinación de la asistencia y en la vigilancia y la ayuda de pacientes en sus hogares. Es importante mejorar los sistemas en los consultorios y centros de atención primaria y el cumplimiento de las guías de práctica clínica, pero puede que el impacto de estas medidas sea menor que en los entornos hospitalarios, más estructurados. El control de riesgos, en el sentido de limitación de la demanda y establecimiento de competencias y estándares claros, necesita analizarse como una estrategia general y no sólo en el contexto de los problemas clínicos específicos.

No obstante, la atención primaria es un sistema adaptativo por excelencia, en el cual las decisiones asistenciales surgen de consultas y relaciones muy individuales en las que los valores y preferencias del paciente son, con frecuencia, la consideración más importante. En estos niveles asistenciales creemos que, en conjunto, desarrollar o perfeccionar las estrategias de vigilancia y de respuesta puede ser más importante que ninguno de los otros modelos más generales. En esta aproximación serán elementos fundamentales y necesarios la participación, la concienciación y la formación de los pacientes y los cuidadores en la gestión del riesgo. Puede que el riesgo logre gestionarse de forma más eficaz en un sistema más relajado que incorpore la adaptación y la respuesta rápida, más que por la imposición de guías y de controles. Sin embargo, esta perspectiva es únicamente eso aún, una perspectiva, y necesita ser explorada, desarrollada y probada.

Puntos clave

- En todos los países la atención primaria se enfrenta a enormes retos. Los médicos de atención primaria se ocupan cada vez más de enfermedades más complejas, lo que hace imposible que se pueda prestar la atención óptima y más segura a todos los pacientes.
- El personal de atención primaria puede tener elevados estándares de atención a nivel personal, sin ser consciente del riesgo para los pacientes en el sistema de asistencia general. Esto dificulta la comprensión del riesgo en el sistema o la consideración de estrategias de gestión de riesgos orientadas a la población.
- Puede que el concepto de seguridad del paciente en su formulación actual no logre que los médicos de atención primaria se identifiquen con él. Para los pacientes, la seguridad en la atención primaria está fuertemente vinculada a la confianza y las relaciones personales.
- La comunicación y la coordinación deficientes entre los distintos elementos de la asistencia social y sanitaria, la falta de información oportuna y exacta después de que los pacientes reciban el alta hospitalaria y el retraso en la obtención de los resultados de las pruebas son los riesgos principales.
- Los errores diagnósticos aún no han recibido la atención que merecen, dada su probable importancia como causante de daño o tratamiento deficiente para los pacientes.
- Las estrategias de mejora de la calidad pueden emplearse para mejorar el respeto a las guías (o recomendaciones) y mejorar los resultados de cara al paciente.
- El crecimiento exponencial del conocimiento científico constituye un desafío para la atención primaria. Se espera que las nuevas tecnologías ayuden y contribuyan a la toma de decisiones médicas y a la prescripción, proporcionen las herramientas para pedir y comprobar los resultados de las pruebas y refuercen la cooperación y la coordinación.

- Cuando los sistemas están bajo presión, se impone que pensemos en aplicar estrategias de control de riesgos para mantener la seguridad y posiblemente también para limitar los costes. El tiempo, en el sentido de una conducta expectante (o espera vigilante) activa e inteligente, es uno de los recursos principales para la gestión del riesgo en atención primaria.
- Las estrategias para mejorar la seguridad en atención primaria necesitarán conceder especial prioridad a la participación del paciente, a la coordinación y a la cooperación entre equipos, y una actitud de anticipación, vigilancia y asistencia al paciente más allá de la consulta de atención primaria.
- Puede ser que el riesgo se pueda gestionar de forma más eficaz en un sistema más relajado que incorpore la adaptación y la respuesta rápida más que por la imposición de recomendaciones y de controles.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Alderson L, Alderson P, Tan T (2014) Median life span of a cohort of national institute for health and care excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 67(l):52-55
- Amalberti R, Brami J (2012) ‘Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 21:729-736
- Baker R, Hurwitz B (2009) Intentionally harmful violations and patient safety: the example of Harold Shipman. *J Royal Soc Med* 102:223-227
- Barber N (2002) Should we consider non-compliance a medical error? *Qual Saf Health Care* 11(l):81-84

- Bodenheimer T (2006) Primary care: will it survive? *New Eng J Med* 335(9):861-862
- Brami J, Amalberti R (2010) *La sécurité du patient en médecine générale*. Springer
- Buetow S, Kiata L, Liew T, Kenealy T, Dovey S, Elwyn G (2009) Patient error: a preliminary taxonomy. *Ann Fam Med* 7:223-231
- Callen JL, Westbrook JI, Georgiou A, Li J (2012) Failure to follow-up test results for ambulatory patients: a systematic review. *J Gen Intern Med* 27(10): 1334-1348
- Croskerry P (2013) From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *New Eng J Med* 368(26):2445-2448
- De Lusignan S, Mold F, Sheikh A, Majeed A, Wyatt J, Quinn T, Cavill M et al (2014) Patients' online access to their electronic health records and linked online services: a systematic interpretative review. *BMJ Open* 4:e006021
- Dovey SM, Phillips RL, Green LA, Fryer GE (2003) Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 67(4) :697
- Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, Studdert DM (2006) Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: a study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med* 145(7):488-496
- Gunnell D, Hawton K, Ho D, Evans J, O'Connor S, Potokar J, Donovan J, Kapur N (2008) Hospital admissions for self-harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *BMJ* 337:a2278
- Hawton K, Betgen H, Simkin S, Wells C, Kapur N, Gunnell D (2012) Six-year follow-up of impact of co-proxamol withdrawal in England and Wales on prescribing and deaths: time-series study. *PLoS Med* 9(5):606
- Hogan H, Olsen S, Scobie S, Chapman E, Sachs R, McKee M, Vincent C, Thomson R (2008) What can we learn about patient safety from information sources within an acute hospital: a step on the ladder of integrated risk management? *Qual Saf Health Care* 17(3):209-215. doi:[10.1136/ qshc.2006.020008](https://doi.org/10.1136/qshc.2006.020008)
- Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB (2011) The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff* 30(11): 2116-2124
- Jacobson L, Elwyn G, Robling M, Jones RT (2003) Error and safety in primary care: no clear boundaries. *Fam Pract* 20(3):237-241
- Jones S, Rudin R, Perry T, Shekelle P (2014) Health information technology: an updated systematic review with a focus on meaningful use. *Ann Intern Med* 160:48-54
- Kahneman D (2011) *Thinking, fast and slow*. Macmillan, Nueva York
- Kret M, Michel P (2013) *Espirit, Etude Nationale en Soins primaires sur les événements indésirables*, Rapport CCECQA. <http://www.ccecqa.asso.fr/projets/esprit>

- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297(8):831-841
- Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG (2013) Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med* 158(5_Part_2):397^K3. doi:[10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006)
- Lee G, Kleinman K, Soumerai S, Tse A, Cole D, Fridkin S, Horan T, Piatt R, Gay C, Kassler W, Goldmann D, John Jernigan J, Ashish K, Jha A (2012) Effect of non-payment for preventable infections in U.S. Hospitals. *New Engl J Med* 367:1428-1437
- Lipner RS, Hess BJ, Phillips RL Jr (2013) Specialty board certification in the United States: issues and evidence. *J Contin Edu Health Prof* 33(Suppl 1):S20-S35
- Lorincz CY, Drazen E, Sokol PE (2011) Research in ambulatory patient safety 2000-2010: a 10-year review. American Medical Association, Chicago
- Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G (2014) Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? *BMJ* 349:g7400
- Marshall M, Pronovost P, Dixon-Woods M (2013) Promotion of improvement as a science. *Lancet* 381(9864):419^I21
- Murgatroyd G (2011) Continuing professional development. General Medical Council, Londres
- Persell S, Dolan N, Friesema E, Thompson J, Kaiser D, Baker D (2010) Frequency of inappropriate medical exceptions to quality measures. *Ann Intern Med* 152:225-231
- Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR (2013) Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med* 158(5_Part_2):433^t40
- Rhodes P, Campbell S, Sanders C (2015) Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expect*, doi: [10.1111/hex.12342](https://doi.org/10.1111/hex.12342)
- Ryan AM, Burgess JF, Pesko MF, Borden WB, Dimick JB (2015) The early effects of medicare's mandatory hospital Pay-for-performance program. *Health Serv Res* 50(l):81-97
- Sanders J, Esmail A (2003) The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 20(3): 231-236
- Singh H, Giardina T, Meyer A, Forjuoh S, Reis M, Thomas EJ (2013) Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Inter Med* 173:18-25
- Shoen C, Osborn R, Squires D, Pasmussen P, Pierson R, Appelbaum S (2012) A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other áreas. *Health Aff* 31(12):2805-2816

- Shojania K, Sampson M, Ansari M, JI S, Douvette S, Moher D (2007) How quickly do systematic reviews go out of date? (2007). A survival analysis. *Ann Inter Med* 147:224-233
- Snowdon A, Scnarr K, Alessi C (2014) It's all about me, the personalization of health system. Western University Canada, London
- Taylor E, Matcha R, Meyers D, Genevro J, Peikes D (2013) Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Inter Med* 1:80-83
- Vincent C (2010) Patient safety, 2.^a edición Wiley Blackwell, Oxford
- Wetzels R, Wolters R, van Weel C, Wensing M (2008) Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study. *BMC Fam Pract* 15(9):35
- Wachter RM (2010) Why diagnostic errors don't get any respect—and what can be done about them. *Health Aff* 29(9):1605-1610
- Wachter RM (2015) The digital doctor. McGraw Hill, Nueva York
- Weiner JP, Fowles JB, Chan KS (2012) New paradigms for measuring clinical performance using electronic health records. *International J Qual Health Care* 24(3):200-205
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M et al (2000) Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 283(2):212-220. doi:[10.1001/jama.283.2.212](https://doi.org/10.1001/jama.283.2.212)
- Wynia MK, Classen DC (2011) Improving ambulatory patient safety. *JAMA* 306(22):2504-2505. doi:[10.1001/jama.2011.1820](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1820)

Nuevos retos para la seguridad del paciente

LAS INICIATIVAS QUE EXPLICAMOS EN LOS CAPÍTULO PRECEDENTES SON NECESARIAS PORQUE EL MODO EN QUE CONTEMPLAMOS ACTUALMENTE LA SEGURIDAD NO ES ADECUADO PARA LOS PROBLEMAS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS. Nuestros planteamientos para estos cambios se basan en el análisis de la naturaleza de la seguridad en la asistencia sanitaria tal y como se presta hoy en día. Sin embargo, como ya sabemos, la asistencia sanitaria está cambiando rápidamente y plantea muchas nuevas oportunidades, presiones y problemas. Creemos que los cambios que se avecinan tendrán repercusiones más profundas en cómo se entiende y se pone en práctica la seguridad, lo que aumentará la importancia y la urgencia de la transición a una perspectiva más amplia.

En este capítulo resumiremos brevemente algunas de las evoluciones recientes y futuras en la asistencia sanitaria. Éstas ya se han analizado ampliamente y ahora sólo nos ocuparemos de resumir algunos puntos clave. El principal objetivo del capítulo es considerar las repercusiones que estas tienen en la seguridad del paciente y en las estrategias y las prácticas que explicamos en el resto del libro.

LA MUTABLE NATURALEZA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Los problemas a los que se enfrenta la asistencia sanitaria y muchos de los problemas que tienen que encarar la seguridad del paciente, en parte, son fruto del éxito mismo de la medicina moderna en la lucha contra las enfermedades. Dadas las mejoras en la dieta, la nutrición, la medicina y el entorno, muchas personas viven más tiempo, pero también viven con una o más enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades

cardiovasculares o el cáncer. Algunas enfermedades que antes eran mortales ahora se están convirtiendo en enfermedades crónicas.

El índice de supervivencia del cáncer, las infecciones y el SIDA, las embolias cerebrales, las enfermedades cardiovasculares y muchas otras afecciones mortales han mejorado enormemente en la última década. Por ejemplo, un estudio francés reciente de 427 000 nuevos pacientes de cáncer, diagnosticados entre 1989 y 2004, mostraron una significativa mejora de la supervivencia al cabo de 5 años para la mayoría de los cánceres, especialmente en el cáncer de próstata (Grosclaude et al 2013). En Francia, con una población de 65 millones de personas, hay anualmente más de 320 000 nuevos diagnósticos de cáncer; de éstos, 150 000 se clasifican como «curados» dentro del mismo año y otros 150 000 tiene una expectativa de vida de al menos 5 años. En los países desarrollados, con los tratamientos TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad) la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con SIDA han experimentado mejoras similares (Borrell et al. 2006). La mayoría de las personas que reciben tratamiento para enfermedades crónicas vuelve al trabajo, a su familia y su casa con la aspiración de llevar una vida lo más sana posible. Estas mejoras plantean enormes retos para que los sistemas sanitarios sigan prestando asistencia y siendo viables económicamente.

El hospital tradicional no puede continuar siendo el principal proveedor de asistencia sanitaria y el centro del sistema sanitario, dado que, simple y llanamente, no sería viable económicamente. Naturalmente, los hospitales siguen siendo esenciales en todas las perspectivas de futuro de la asistencia sanitaria, pero cada vez estarán más centrados en la investigación y en los procedimientos que exigen una gran especialización y una tecnología muy compleja. Aumentará la proporción de camas dedicadas a los cuidados intensivos e intermedios, mientras que el número total de camas se reducirá (Ackroyd-Stolarz et al. 2011).

Las innovaciones médicas han producido estancias hospitalarias más cortas. El diagnóstico precoz y los tratamientos menos invasivos, como la cirugía laparoscópica suponen que el tratamiento se puede comenzar antes y con menos trastorno para la vida del paciente. La genómica y la medicina preventiva seguramente harán posible que los diagnósticos sean aún más precoces y se reciban más tratamientos preventivos. Cada vez será más necesario trasladar la atención al ámbito extrahospitalario,

lo que exigirá que se contemple la atención primaria desde una perspectiva muy diferente. Los especialistas hospitalarios saldrán del hospital y ofrecerán sus conocimientos especializados en los hogares y en otras instalaciones (Jackson et al. 2013). Con el aumento de los análisis de diagnóstico inmediato y la mejora de muchos de los tratamientos, será posible que una cantidad considerable de la atención se preste en el ámbito extrahospitalario. La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hemodiálisis podrían prestarse en consultas externas o en centros sanitarios más pequeños.

Cuadro 10.1 Resumen del cambio de paradigma que se necesita en el futuro en la asistencia sanitaria

De...		...A
Una talla única para todo	Modelo	Una medicina personalizada
Fragmentada, unidireccional	Comunicación	Integrada bidireccional
Los profesionales sanitarios	Centrado en	El paciente
Hospital centralizado	Ubicación	Cambio al ámbito extrahospitalario
Invasivo	Tratamiento	Menos invasivo, por imagen
Por procedimiento	Reembolso	Por episodio. Por resultado
Tratar la enfermedad	Objetivo	Prevenir la enfermedad, bienestar

Adaptado de <http://www.gilcommunity.com/>

Los cambios que se resumen en el cuadro anterior tienen profundas repercusiones en todos los profesionales sanitarios (Cuadro 10.1). Durante los últimos 50 años las especialidades médicas hospitalarias han llevado la voz cantante en términos de reputación, remuneración y conocimientos

expertos. La especialización ha generado grandes recompensas, aunque también ha ocasionado la pérdida de destrezas generalistas y la habilidad de tratar con las enfermedades concomitantes complejas que requiere la atención a pacientes (Wachter y Goldman 2002). La necesidad de cirugía tradicional está descendiendo porque hay otras intervenciones disponibles que pueden ser llevadas a cabo por los radiólogos, los cardiólogos o los gastroenterólogos. El papel del médico también está cambiando con rapidez, ya que el personal de enfermería y otros profesionales pueden proporcionar más asistencia y esto hace que el médico quede en una posición más centrada en la supervisión y como árbitro en las decisiones más complejas.

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN ALGUNOS ENTORNOS

Aunque no podemos saber exactamente qué nuevos riesgos aparecerán, al menos podemos anticipar algunas de las áreas en las que la seguridad puede o bien verse reforzada, o bien amenazada; algunos riesgos clásicos probablemente disminuirán, mientras que otros aumentarán o cambiará su carácter. Fundamentalmente nos ocupamos de perfilar los posibles riesgos nuevos, pero es importante que compensemos esto con un ejemplo de cómo las innovaciones y los cambios en las características de la atención pueden producir sensacionales mejoras en materia de seguridad.

Las infecciones vinculadas a la asistencia sanitaria han sido uno de los mayores problemas en los últimos años y, en algunos países, también uno de los más visibles logros de la mejora de la seguridad. Por ejemplo, las infecciones en el sitio quirúrgico son las infecciones intrahospitalarias más comunes, y suponen un 31 % de las infecciones vinculadas a la atención sanitaria en pacientes hospitalizados. Sin embargo, la incidencia de las infecciones significativas en el sitio quirúrgico tras la cirugía ambulatoria de riesgo de bajo a moderado en pacientes con poco riesgo está disminuyendo rápidamente, debido a una combinación de estancias más cortas y nuevas técnicas y tecnologías quirúrgicas (Owens et al. 2014). Un 80 % de las intervenciones quirúrgicas se están convirtiendo en cirugías ambulatorias, por lo que las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria podrían llegar a ser un problema menor, en lugar de predominar, como lo han hecho en los últimos años, en los asuntos a tratar en materia

de seguridad. Éste es un ejemplo extremo del poder de la innovación, tanto en las nuevas tecnologías como en la organización de la atención, para resolver problemas que se resistían incluso a las iniciativas clásicas de mejora de la calidad y la seguridad en la primera línea.

La infección y la resistencia antimicrobiana son, sin duda, uno de los mayores y más constantes problemas y sigue siendo una de las principales amenazas para la salud de la población, en especial para los ancianos con pluri patología (Yoshikawa 2002; Davies y Davies 2010). Simplemente planteamos que las innovaciones en la atención quirúrgica y los cambios en las características de la prestación sanitaria bien pueden tener como resultado una disminución de algunos tipos de infecciones asociadas con la asistencia sanitaria y, por lo tanto, un cambio en las características del riesgo.

NUEVOS RETOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La evolución en la asistencia sanitaria, y de hecho en todas las industrias, conlleva inevitablemente nuevos riesgos y nuevos beneficios. Algunos riesgos surgen directamente de las nuevas tecnologías y de las nuevas formas de organización. Otros riesgos surgen, como ya hemos explicado, del aumento de los estándares que vienen de la mano de las nuevas tecnologías, pues los equipos asistenciales y las instituciones tienen dificultades para adaptarse a las nuevas expectativas. Por ejemplo, los pacientes ahora reciben el alta más pronto tras una cirugía. Esto resulta claramente beneficioso, pero, al mismo tiempo, genera nuevos riesgos. Los errores en la atención posoperatoria y los errores en el tratamiento no quirúrgico ya son una causa más frecuente de eventos adversos que los errores en la técnica quirúrgica (Anderson et al. 2013; Symons et al. 2013). Estas tendencias probablemente continuarán e incluso se acelerarán.

Creciente complejidad

Las guías basadas en la evidencia (en general elaboradas para personas con una sola enfermedad) no son adecuadas para aquellos pacientes con múltiples patologías, lo que hace que se puedan producir excesos de

tratamiento y regímenes de evaluación y de vigilancia excesivamente complejos. Es posible que aumenten los daños debidos al tratamiento y la polimedicación excesivos, agravados por la falta de supervisión de los pacientes en los ámbitos extrahospitalarios. El criterio médico es ahora más importante, no menos, porque las guías basadas en la evidencia resultan menos aplicables dada la creciente complejidad de las enfermedades de los pacientes. Cada vez cobra más importancia la necesidad de escuchar y determinar las prioridades del paciente, al tiempo que las nuevas formas de organización hacen esto más difícil.

Los retos y los riesgos de la coordinación de la atención

La coordinación de la atención de cada uno de los pacientes, al menos de aquellos que tienen enfermedades más graves, se gestiona mediante una red difusa de médicos de hospital, médicos de familia y personal de enfermería con modalidades de organización concretas que varían en los distintos países. Cuando se preste más atención sanitaria en los entornos extrahospitalarios, ésta tendrá que coordinarse y gestionarse de forma mucho más activa. Esto exigirá distintos modelos de vigilancia y una organización de la atención muy diferente.

La prestación de atención a una población requiere la integración de la atención hospitalaria, la asistencia domiciliaria y la atención primaria en estructuras organizativas, y éstas están ya apareciendo de distintas formas en Inglaterra (Dalton 2014). En el Reino Unido, los médicos de familia tendrán cada vez más dificultades para coordinar la atención prestada, que cada vez es más compleja. Será necesario coordinar los recursos de alta tecnología y los servicios en los centros de salud para vigilar de manera íntegra las trayectorias asistenciales de los pacientes. Los equipos más extensos y la asistencia extrahospitalaria supondrán un aumento de las responsabilidades de la atención al paciente que tendrán que asumir los profesionales no médicos.

La trayectoria del paciente es cada día más complicada. Normalmente, un paciente con una enfermedad crónica tiene una serie de cuidadores, que se ocupan de su asistencia sucesivamente, cada uno de ellos durante un corto período de tiempo y con una función especializada. Fuera del

hospital, y a veces dentro, puede que no haya una coordinación general de la atención, excepto la realizada por el paciente y la familia. Los errores debidos a la mala coordinación entre los cuidadores y los pacientes ya son algo normal (Masotti et al. 2009) y podrían aumentar enormemente. La informática, las intervenciones de equipo y las soluciones dirigidas al paciente pueden contribuir a la resolución de este problema, pero el reto es inmenso y las soluciones son difíciles de llevar a la práctica.

Las ventajas y los riesgos de la selección

Cada vez hay más pruebas de que la detección cada vez más precoz y una definición de la enfermedad cada vez más amplia empieza a tener algunas consecuencias adversas para las personas sanas. El diagnóstico por imagen del abdomen, la pelvis, el tórax, la cabeza y el cuello puede revelar «hallazgos casuales» hasta en el 40 % de los individuos que se está sometiendo a pruebas por otros motivos (Orme et al. 2010). La mayoría de estos «incidentalomas» son benignos. Una muy pequeña cantidad de personas se beneficiará de la detección precoz de un tumor maligno descubierto de manera fortuita, pero muchos sufrirán la ansiedad y los eventos adversos de las pruebas complementarias y los tratamientos de una «anomalía» que nunca le habría perjudicado (Moynihan et al. 2012).

Una mayor cantidad de exploraciones también conlleva más riesgos directos. Datos de estudios epidemiológicos muestran que las dosis absorbidas por órgano correspondientes a un estudio de TAC convencional (dos o tres TAC dan como resultado una dosis de entre 30 y 90 mSv) pueden tener como consecuencia un mayor riesgo de cáncer. Existen pruebas fehacientes en el caso de los adultos, y aún más fehacientes en el caso de los niños. Sin embargo, el 75 % de los médicos subestiman de manera importante las dosis absorbidas de radiación de un TAC, y el 53 % de los radiólogos y el 91 % de los médicos del servicio de urgencias no creen que los TAC aumenten el riesgo de cáncer. Se ha estimado que aproximadamente un 0,4 % de todos los cánceres en los Estados Unidos pueden atribuirse a la radiación por TAC. Dado el rápido aumento de los TAC, en el futuro esta estimación podría situarse en un intervalo de entre el 1,5 y el 2,0 % (Brenner y Hall, 2007).

Las ventajas y los riesgos de la informática

La revolución informática tiene un enorme impacto en la asistencia sanitaria, pero también comporta nuevos riesgos (Wachter 2015). La informática puede reducir los riesgos para los pacientes, proporcionando apoyo eficaz y oportuno a la decisión clínica (Jones et al. 2014), mejorando la coordinación y la comunicación, y puede convertirse en un importante motor de rendimiento y calidad asistenciales (Weiner y col. 2012; Classen et al. 2011). Varias formas de telemedicina favorecen y ayudan a las personas en sus propios hogares (Baker et al. 2011; Anker et al. 2011). La introducción masiva de la informática en la asistencia sanitaria probablemente llevará aparejada una reducción de los errores debidos a la deficiente comprobación, la dificultad de interpretación y la escasa trazabilidad (Wachter 2015).

La informática también hace posible que el sector sanitario en su conjunto pueda utilizar, consultar y procesar decenios de datos almacenados. Esta información se presenta en forma de «big data», llamados así no sólo por su enorme volumen, sino por su complejidad, diversidad y la velocidad a la que tienen que ser procesados. El análisis de los *big data* puede ayudar a los médicos y a las instituciones a prestar una asistencia de mayor calidad y más rentable. Los *big data* podrían llevar a la creación de un sistema sanitario anticipatorio, donde los profesionales puedan crear una medicina personalizada basada en la evidencia, adaptada a las preferencias personales de los pacientes (Groves et al. 2013).

Sin embargo, estos importantes cambios podrían tener consecuencias negativas tanto para la calidad como para la seguridad de la atención si no se organizan y se explican a los profesionales y a los pacientes adecuadamente o no se acompañan de una minuciosa puesta en práctica y control. Los nuevos riesgos generados por la informática son éticos (confidencialidad), de aumento de las desigualdades entre las regiones y las categorías sociales, y, paradójicamente, una reducción del contacto directo entre los pacientes y los profesionales (Taylor et al. 2014).

Progresivamente se podrá acceder a más información pública sobre la seguridad. Se espera que los informes públicos sobre los estándares de seguridad y de calidad ofrezcan transparencia y responsabilidad, y de este modo se refuerce la confianza entre los pacientes, las autoridades

normativas, las entidades colaboradoras y los profesionales (Werner y Asch 2005). Junto con estos beneficios de la información pública, sin embargo, existen también riesgos que incluyen una posible pérdida de confianza ya sea en instituciones particulares o en la asistencia sanitaria en general. El desarrollo de instrumentos óptimos para la recopilación de datos y la garantía de la calidad adecuada de los centros implicados son importantes retos (Resnic y Welt 2009). Aunque se están realizando considerables esfuerzos para evaluar la seguridad de una forma científica que permita la comparación entre los hospitales y otras instalaciones, las opiniones expresadas en las redes sociales podrían tener un papel mucho más determinante en la reputación de un hospital.

La carga de la asistencia sanitaria: impacto en los pacientes y los cuidadores

Por último, existe un riesgo considerable, según la atención se traslada al ámbito extrahospitalario, de que los pacientes y sus cuidadores tengan que asumir más exigencias. Estas exigencias son bastante difusas y de gran alcance al tiempo que surgen nuevas tecnologías adecuadas para su uso en el domicilio. Los pacientes cada vez tendrán que colaborar en mayor medida con el hospital y otros miembros del personal para gestionar y coordinar su atención.

Si bien asumir la responsabilidad de la asistencia personalmente es muy importante para las personas razonablemente sanas (Roland y Paddison 2013), cuando una persona es frágil y sufre numerosos problemas esto es cada vez menos realista. La carga de organizar la atención es mayor para los pacientes ancianos, con menos educación o de entornos menos acomodados o que tienen también problemas mentales. Las nuevas tecnologías no solucionarán los problemas relacionados con los conocimientos generales sobre salud, que seguramente no mejorarán demasiado en el futuro próximo. Si las personas van a recibir asistencia en su domicilio, los pacientes y los cuidadores necesitarán un apoyo mucho más integral e indicaciones sobre las características de la enfermedad, los tratamientos que se tienen que aplicar y, lo más importante, sobre la detección y la respuesta al deterioro.

La expresión «carga del tratamiento» se refiere a las considerables exigencias que el sistema sanitario impone a los pacientes y a los cuidadores (Mair y May 2014). Por ejemplo, a menudo los pacientes o sus cuidadores tienen que controlar y manejar sus síntomas en casa, lo que puede incluir la recogida e introducción de datos clínicos. El cumplimiento de complicados tratamientos y la coordinación de múltiples medicamentos pueden contribuir a la carga del tratamiento. Lidar con la falta de coordinación de los sistemas sanitario y social puede ser un añadido más a una lista cada vez mayor de responsabilidades de gestión y tareas a las que tienen que hacer frente los pacientes y sus cuidadores. Es todo un trabajo y puede resultar abrumador: lleva mucho tiempo y requiere un alto nivel de conocimientos numéricos, alfabetización, y, a veces, también conocimiento técnico. A todas aquellas personas que están socialmente aisladas, con escasa educación y pocos conocimientos sobre salud, que padecen deterioro cognitivo, no hablan el idioma local, o que tienen problemas físicos o sensoriales les resultará imposible. Mair y May (2014) proponen que una medida esencial de la calidad en el futuro será el grado en el que la atención altera la vida de las personas y que una pregunta fundamental para los médicos será: «¿Puede hacer realmente lo que le estoy pidiendo que haga?».

UNA REVOLUCIÓN GLOBAL EN LUGAR DE UNA REVOLUCIÓN LOCAL

Podemos prever que los sistemas sanitarios cambiarán enormemente su forma de organización y la manera en que prestan la atención. Necesitaremos diferentes tipos de hospitales con un menor número de camas, estancias más cortas, tecnologías avanzadas y competencias nuevas. Mucha más atención será prestada a domicilio y en el ámbito extrahospitalario, al tener que encarar una esperanza de vida más prolongada y un aumento de las enfermedades crónicas.

Para aquellos que trabajan en la asistencia sanitaria y en la organización de la atención las consecuencias son de gran calado. Además, la perspectiva sobre la asistencia sanitaria no es ya la misma que en el pasado y las hipótesis acerca de lo que es viable y lo que se espera también están cambiando rápidamente. El envejecimiento y el bienestar se empiezan a contemplar como un derecho de todos los ciudadanos que se da, simultáneamente, con

unas expectativas de condiciones de vida lo bastante buenas, apoyo médico, derechos sociales, pensiones y la capacidad de mantener una vida plena fuera del hospital. Éste es un modelo potenciador en muchos aspectos, pero aumenta en gran medida los problemas de la asistencia sanitaria, dado que las exigencias son cada vez mayores y, a veces, imposibles de satisfacer. Ahora a veces nos encontramos con que si el desenlace no cumple con las expectativas, se presupone el error y la mala asistencia sanitaria, en lugar de la actitud del pasado que era de aceptación de la evolución de la enfermedad y de consideración del error sólo de forma secundaria.

El itinerario del paciente es algo nuevo en la asistencia sanitaria, pero en la mente de muchas personas ya ha sido reemplazado por el concepto de un itinerario de la vida del ciudadano. Los problemas médicos ya no se contemplan de forma aislada, sino en el contexto más a largo plazo de la vida de una persona. Los aspectos jurídicos de esta transformación en el modo de pensar ya son claramente visibles. Por ejemplo, si un paciente se ve perjudicado por la asistencia sanitaria y busca compensación existen pautas jurídicas para determinar la cantidad debida. La compensación total se valora teniendo en cuenta distintas dimensiones, que incluyen la discapacidad física, el sufrimiento y el daño permanente, el impacto en la vida personal y profesional, la pérdida de ingresos, etc. En Francia, la valoración de la indemnización solía limitarse, con excepción de algunos casos excepcionales, al período inmediatamente posterior al evento con la condición de la recuperación en un período de tiempo razonable. Sin embargo, en los últimos años las guías legales, tanto sobre el período de tiempo como sobre la calidad de vida se han ampliado en gran medida, por lo que ahora es posible establecer compensaciones por la reducción del bienestar y de la calidad de vida a medio y largo plazo (Bejui-Hugues 2011).

En los próximos diez años también vamos a tener que repensar y adaptar el control del sistema sanitario, aprender más sobre la introducción de la información electrónica para el control, elaborar métodos de homologación que abarquen el itinerario del paciente, evaluar el impacto de la circulación transfronteriza de los profesionales y los pacientes y, por último, repensar todo el sistema de pago de la asistencia sanitaria, para reflejar el creciente carácter colectivo e interdependiente de la asistencia prestada a los pacientes. La lista puede resultar larga, pero no se trata de conjeturas sobre el futuro, sino de realidades actuales.

Estos cambios, que ya están bien avanzados, tienen importantes repercusiones en la gestión de la asistencia sanitaria. Ya hemos explicado que necesitamos una perspectiva más amplia sobre la seguridad a lo largo del itinerario del paciente y que ésta esté adaptada a múltiples contextos. Esto ya es necesario, pero lo será aún más por los cambios expuestos anteriormente y por los insoslayables retos a los que se enfrenta la seguridad en los períodos de transición. Creemos que es necesario intentar anticipar los riesgos tanto de los nuevos sistemas como del período de transición, con sus inevitables trastornos. La gestión del riesgo y una perspectiva más amplia sobre la seguridad del paciente tienen que integrarse en estos sistemas nuevos y en evolución.

Puntos clave

- La población vive ahora más años debido a los avances de la medicina moderna unidos a una mejor dieta y entorno. Muchas personas viven actualmente con enfermedades crónicas que antes eran mortales.
- Múltiples innovaciones en la asistencia técnica, como la cirugía mínimamente invasiva, han acortado significativamente la duración de la estancia hospitalaria.
- La mejora de los estándares de atención, las nuevas tecnologías y las nuevas organizaciones pueden generar enormes beneficios, pero también provocan nuevos riesgos e imponen nuevas cargas a los pacientes y los profesionales. Se prevé que estas tendencias continúen y se aceleren con la aparición de la genómica y de la medicina personalizada.
- Es necesario que surja un nuevo modelo de asistencia sanitaria que incluya una transición de un planteamiento centrado en el cuidador y el hospital a uno centrado en el itinerario del paciente en todos los niveles asistenciales, en el que mucha de la asistencia se presta en el domicilio y en el ámbito extrahospitalario. Estos cambios están ya en marcha y ya tienen un impacto considerable en los hospitales.

- Algunos riesgos, como las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, deberían reducirse. Sin embargo, debemos anticipar nuevos riesgos, como el aumento de los problemas en la coordinación de la atención, más problemas con respecto al tratamiento y a la integración de múltiples tratamientos en pacientes con pluripatología.
- A menudo se citan la informática y la medicina personalizada como soluciones a estos nuevos problemas para la seguridad del paciente, pero probablemente necesitarán una importante adaptación y maduración antes de que se desarrollen todas sus posibilidades para la mejora de la seguridad.
- La «carga de tratamiento» puede llegar a ser considerable a medida que una mayor proporción de la atención se traslada al hogar y al ámbito extrahospitalario. Una pregunta fundamental para los médicos será: « ¿Puede hacer realmente lo que le estoy pidiendo que haga?».
- Ya hemos explicado que necesitamos una perspectiva más amplia sobre la seguridad a lo largo del itinerario del paciente y que esta esté adaptada a múltiples contextos. Esto ya es necesario, pero lo será aún más por los cambios expuestos anteriormente y por los insoslayables retos a los que se enfrenta la seguridad en los períodos de transición.
- Los cambios necesarios tienen enormes repercusiones en la organización de la asistencia sanitaria y en el trabajo de los profesionales. Y quizá más importante para el sistema sanitario, también se está produciendo un cambio profundo de toda la sociedad y de las expectativas de sus integrantes.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Ackroyd-Stolarz S, Guernsey JR, Mackinnon NJ, Kovacs G (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* 20(7):564-569
- Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA (2013) Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg* 206(2):253-262
- Anker SD, Koehler F, Abraham WT (2011) Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet* 378(9792):731-739
- Baker LC, Johnson SJ, Macaulay D, Birnbaum H (2011) Integrated telehealth and care management program for Medicare beneficiaries with chronic disease linked to savings. *Health Aff* 30(9):1689-1697
- Bejui-Hugues H (2011) La nomenclature Dintihac, de revaluation a l'indemnisation. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNAmed_nomenclature_Dintilhac.pdf
- Borrell C, Rodriguez-Sanz M, Pasarin MI, Brugal MT, Garcia-de-Olalla P, Mari-DeH'Olmo M, Cayla J (2006) AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic group in a country with a National Health System? *Eur J Public Health* 16(6):601-608
- Brenner DJ, Hall EJ (2007) Computed tomography—an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 357(22):2277-2284
- Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, Whittington JC, Frankel A, Seger A, James BC (2011) Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff* 30(4):581-589
- Dalton D (2014) Examining new options and opportunities for providers of NHS care. Department of Health, Londres
- Davies J, Davies D (2010) Origins and evolution of antibiotic resistance. *Microbiol Mol Biol Rev* 74(3):417-433
- Gilcommunity. The CEO's 360 Perspective. Healthcare 2020. http://www.gilcommunity.com/files/6313/6251/3856/360_perspective_Healthcare_2020.pdf
- Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Ramasimanana Cerf N, Bossard N (2013) Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007, Rapport Invs, février 2013
- Groves P, Kayyali B, Knott D, Van Kuiken S (2013) The 'big data' revolution in healthcare. McKinsey Q. Available at http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/the_big-data_revolution_in_us_health_care
- Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, Dolor RJ, Irvine RJ, Heidenfelder BL, Kendrick AS, Gray R, Williams JW (2013) The patient-centred medical home: a systematic review. *Ann Intern Med* 158(3): 169-178

- Jones SS, Rudin RS, Perry T, Shekelle PG (2014) Health information technology: an updated systematic review with a focus on meaningful use. *Ann Intern Med* 160(1):48-54
- Mair FS, May CR (2014) Thinking about the burden of treatment. *BMC Health Serv Res* 14:281
- Masotti P, Green M, McColl MA (2009) Adverse events in community care: implications for practice, policy and research. *Healthc Q* 12(1):69-76
- Moynihan R, Doust J, Henry D (2012) Preventing over diagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 344:e3502
- Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, Harmsen WS, O'Byrne MM, Port JD, Tremaine WJ, Pitot HC, McFarland EG, Robinson ME, Koenig BA, King BF, Wolf SM (2010) Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. *Arch Intern Med* 170(17): 1525-1532
- Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA (2014) Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA* 311(7):709-716
- Resnic FS, Welt FG (2009) The public health hazards of risk avoidance associated with public reporting of risk-adjusted outcomes in coronary intervention. *J Am Coll Cardiol* 53(10):825-830
- Roland M, Paddison C (2013) Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 346:f2510
- Symons NR, Almoudaris AM, Nagpal K, Vincent CA, Moorthy K (2013) An observational study of the frequency, severity, and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. *Ann Surg* 257(1): 1-5
- Taylor SP, Ledford R, Palmer V, Abel E (2014) We need to talk: an observational study of the impact of electronic medical record implementation on hospital communication. *BMJ Qual Saf* 23(7):584-588
- Wachter RM (2015) *The digital doctor*. McGraw Hill, Nueva York
- Wachter RM, Goldman L (2002) The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 287(4):487-494
- Weiner JP, Fowles JB, Chan KS (2012) New paradigms for measuring clinical performance using electronic health records. *International J Qual Health Care* 24(3):200-205
- Werner RM, Asch DA (2005) The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 293(10): 1239-1244
- Yoshikawa TT (2002) Antimicrobial resistance and aging: beginning of the end of the antibiotic era? *J Am Geriatr Soc* 50(s7):226-229

11

Un compendio de estrategias e intervenciones de seguridad

LAS IDEAS EN LAS QUE SE BASA NUESTRA ARGUMENTACIÓN SON MUY SIMPLES, PERO HA SIDO DIFÍCIL LLEGAR A ELLAS EN EL SENTIDO DE QUE EN SU MAYOR PARTE NO ESTÁN ENRAIZADAS EN EL PENSAMIENTO ACTUAL. Hemos señalado que tenemos que considerar la seguridad desde el punto de vista del paciente y que la seguridad debe plantearse de manera muy diferente en los distintos ámbitos a lo largo del itinerario de paciente. Esto, a su vez, supone que tenemos que pensar de manera más concreta acerca de qué tipos de estrategias de seguridad son más útiles en cada uno de los diferentes niveles asistenciales. Ahora podemos aglutinar estas cuestiones y analizar las nuevas orientaciones que están surgiendo.

En este capítulo, en primer lugar repasaremos las ideas y los razonamientos del libro y resumiremos las transiciones que creemos que son necesarias en seguridad del paciente (Cuadro 11.1). A continuación, vamos a establecer un compendio de las estrategias de seguridad y de gestión de riesgos que podrían elegirse, combinarse y adaptarse a todos los niveles asistenciales de la asistencia sanitaria.

Cuadro 11.1 Cinco transiciones para la seguridad del paciente

- Comprender los riesgos y los daños desde la perspectiva del paciente.
- Evaluar los beneficios y los daños en los episodios de atención sanitaria.
- La seguridad del paciente como gestión del riesgo a lo largo del tiempo.
- Diferentes modelos de seguridad según el contexto.
- Empleo de un abanico más amplio de estrategias e intervenciones de seguridad.

CONTEMPLAR LA SEGURIDAD A TRAVÉS DE LOS OJOS DEL PACIENTE

En la actualidad nuestra aproximación a la seguridad del paciente, vista desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, generalmente presupone una asistencia sanitaria de alta calidad interrumpida de vez en cuando por incidentes de seguridad y eventos adversos. Se trata de una perspectiva sincera dado que los profesionales, naturalmente, dan por sentado que, en general, están prestando una buena atención, aunque son conscientes de que se cometen fallos. En contraposición a esto, hemos intentado contemplar la seguridad desde los ojos del paciente. Un paciente puede recibir una atención estupenda durante un ingreso hospitalario, seguida de un empeoramiento debido a la supervisión insuficiente en el ámbito extrahospitalario, que más tarde se corrige y el paciente recupera la salud; nuestros cinco estándares de atención suponen una formalización de estos diversos estándares de atención que se experimentan a lo largo del itinerario del paciente. Ésta es la visión de la seguridad desde la perspectiva del paciente, los cuidadores y la familia, que es la realidad que tenemos que captar (Cuadro 11.2).

Cuadro 11.2 Contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente

- Los errores e incidentes aislados son, por lo general, menos importantes que la coordinación total de la atención y la prevención de fallos importantes.
- La coordinación de la atención adquiere mucha más importancia como problema de seguridad.
- Los pacientes que padecen múltiples problemas tienen que hacer frente a grandes desafíos en la coordinación de su propia atención, lo que puede ser una carga considerable y una fuente de ansiedad.
- Las intervenciones de seguridad para apoyar a los pacientes en el domicilio tendrán que centrarse en intervenciones a nivel de la organización, como la respuesta rápida a las crisis y la coordinación entre las instituciones.
- El sistema de asistencia sanitaria tiene que prestar más atención a la perspectiva de los pacientes y las familias en lo relativo a la vigilancia y el mantenimiento de la seguridad

La mayoría de las personas entiende que toda asistencia sanitaria implica cierto riesgo. Los beneficios esperados deben tener más peso que el nivel de riesgo aceptado y debe expresarse abiertamente. Los fallos siempre se van a producir hasta cierto punto, pero sus consecuencias pueden limitarse con honestidad, transparencia, una pronta respuesta y atenuación. Creemos, aunque podría llevarse a cabo una investigación formal sobre este punto, que esta visión pragmática de la asistencia sanitaria es la predominante. La medicina reduce el sufrimiento y mejora nuestras vidas de muchas maneras, pero necesariamente existen límites a sus logros. Lo importante para nosotros como pacientes es si la asistencia sanitaria mejora nuestras vidas en general y si está a la altura de nuestras expectativas tanto en lo relativo a la técnica como en la manera en que se proporciona la atención. La participación y relación con el personal clínico es importante por si sola, pero también afecta a la valoración global de si la atención ha sido beneficiosa o perjudicial.

ANÁLISIS DE LOS BENEFICIOS Y LOS DAÑOS A LO LARGO DEL ITINERARIO DE PACIENTE

Contemplar la seguridad desde la perspectiva del paciente hace que, como consecuencia inmediata, tengamos que considerar la seguridad a lo largo del itinerario del paciente. Esto quiere decir que tenemos que examinar los episodios de atención sanitaria y considerar tanto el daño como el riesgo en una escala de tiempo prolongada. Sin duda, aún podemos examinar los incidentes específicos en momentos concretos, lo que sigue siendo un ejercicio útil. Sin embargo, este modelo no identificará todos los problemas de seguridad, y no se adapta bien ni a la comprensión ni a la mejora de la seguridad en el ámbito extrahospitalario. Este enfoque de largo plazo tiene consecuencias en la forma en que se mide el daño, los métodos de análisis y, por supuesto, las intervenciones de seguridad.

Previamente, la valoración del daño se ha centrado en el examen de la incidencia de eventos adversos específicos. No hay nada de malo en este modelo; proporciona información de referencia en determinados contextos, que puede emplearse para controlar determinados tipos de daño. No obstante, este planteamiento necesita ampliarse a la valoración del

balance entre beneficio y daño a lo largo del tiempo para cada paciente y, en su caso, para un grupo de pacientes. Los indicadores de la fiabilidad y la calidad general de la atención en los diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria pueden incluir la reducción de la hospitalización repetida, el tiempo de respuesta al problema o el impacto más profundo en el trabajo y la familia (Mountford y Davie 2010). De ser posible, necesitamos sistemas de información capaces de hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo y proporcionar vínculos entre los diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria y las distintas formas de tratamiento. A más largo plazo, tenemos que elaborar sistemas de medida que puedan valorar la contribución integral de la asistencia sanitaria a la vida de una persona, en los que los beneficios generales y los daños puedan ser evaluados y conjugados. Esto constituiría una perspectiva verdaderamente centrada en el paciente, en la que se valoraría la totalidad de la asistencia sanitaria y no simplemente los resultados para una enfermedad concreta. Esto no va a resultar nada fácil, pero es, en nuestra opinión, la dirección que tenemos que tomar.

La mayoría de nuestros métodos de análisis de incidentes se han limitado a períodos de tiempo relativamente cortos dentro de un único ingreso hospitalario, aunque los conceptos básicos han demostrado su solidez en otros ámbitos, como la atención primaria y la salud mental. Tendremos que ampliar estos modelos para examinar períodos de atención en lugar de incidentes específicos y sus antecedentes. Aún no contamos con métodos totalmente desarrollados para realizar análisis de seguridad durante períodos de tiempo largos y, por lo tanto, será necesario elaborar nuevos modelos. Los análisis iniciales han mostrado que surgen consideraciones muy distintas, como el papel fundamental de la sincronización de las decisiones y acciones en el proceso asistencial (Amalberti y Brami 2012). Estas nuevas formas de análisis tendrán que abarcar un período de tiempo que sea suficiente para comprender la evaluación inicial, el suministro del tratamiento, el seguimiento del resultado y la respuesta a las complicaciones, todo ello sin interrumpir la prestación de la atención. Probablemente estos análisis harán mucho más hincapié en la detección y la recuperación de los problemas en la prestación de atención.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE RIESGOS A LO LARGO DEL TIEMPO

En este momento hemos llegado a una perspectiva bastante diferente sobre la seguridad del paciente que incluye, pero no está en conflicto con, definiciones que se centran en la reducción del error y del daño. El nuevo objetivo de la seguridad del paciente es maximizar el saldo general entre el beneficio y el daño al paciente, en lugar de específicamente reducir los errores y los incidentes. La seguridad del paciente se convierte en la gestión del riesgo a lo largo del tiempo, según van avanzado el paciente y la familia a través del sistema sanitario. El beneficio puede expresarse como la recuperación siempre que sea posible, la reducción del sufrimiento o el aumento de la supervivencia. Esto es, por supuesto, el objetivo de todos los profesionales sanitarios cuando tratan a cada paciente, pero a nosotros lo que nos ocupa es cómo se podría lograr esto en todo el sistema.

La reducción del daño continúa siendo importante, al igual que la reducción de los errores y los incidentes, pero no es la perspectiva dominante. Durante los episodios de atención siempre se producirán incidentes, ya que ninguna actividad humana está libre de errores, sobre todo en un sistema al que se puede acceder las 24 h y 7 días a la semana. El daño puede ocurrir debido a incidentes de seguridad concretos, pero es más habitual que se produzca por una acumulación de asistencia de mala calidad que obstaculiza la recuperación, empeora el pronóstico o prolonga la discapacidad innecesariamente. La seguridad del paciente es, a un mismo tiempo, el arte de minimizar estos incidentes y la gestión de riesgos durante períodos de tiempo más largos, lo que exigirá habilidades y métodos complementarios. Con esta perspectiva admitimos que los errores se producirán inevitablemente, pero que, en un sistema seguro, serán muy pocos los que tendrán consecuencias para el paciente. En esencia se trata de una perspectiva asistencial, pero tanto a un nivel sistemático como del paciente individual. Tenemos que tener en cuenta que esta aproximación pone un marcado acento en los logros de los pacientes, las familias y el personal en la vigilancia, la negociación, la adaptación y la recuperación de los inevitables riesgos y fallos a lo largo del itinerario del paciente.

LA ADOPCIÓN DE UN ABANICO DE MODELOS DE SEGURIDAD

Es necesario abordar la seguridad de manera muy diferente en los diferentes entornos. Inicialmente hemos diferenciado tres clases de modelos de seguridad que se adaptan a las distintas exigencias de los distintos ámbitos: el modelo adaptativo que acepta el riesgo; el modelo de alta fiabilidad que gestiona el riesgo y el modelo ultraseguro en el que el riesgo se controla o se evita siempre que resulte posible. Estas diferentes respuestas al riesgo dan lugar a diferentes modelos de seguridad, cada uno de los cuales cuenta con sus propias ventajas y limitaciones. Las diferencias entre estos modelos residen en la compensación entre los beneficios de la adaptabilidad y los beneficios del control y la seguridad.

La asistencia sanitaria consiste en muchos tipos diferentes de actividad y de ámbitos asistenciales, así que no se puede utilizar un único modelo principal (Cuadro 11.3). Podemos ver con relativa facilidad paralelismos y aplicaciones de estos tres modelos en el ámbito hospitalario. La radioterapia, los hemoderivados, los sistemas de obtención de imágenes y la gestión de los fármacos en la farmacia están muy regulados, son muy fiables y operan con estándares de precisión industriales. Muchos de estos sistemas se basan en un alto grado de automatización y de apoyo en las decisiones y los profesionales que trabajan en estas áreas están acostumbrados a trabajar de una manera muy organizada. En otros ámbitos, como la obstetricia y la cirugía programada, tiene que aceptarse y gestionarse el riesgo con un trabajo coordinado de equipo. La cirugía de alto riesgo, el tratamiento de traumatismos y el tratamiento de infecciones raras y amenazantes exigen un modelo más adaptativo, aunque todos ellos cuentan con una base de procedimientos estándar. También tenemos que tener presente que mucha de la adaptación y resiliencia en la asistencia sanitaria es innecesaria, ya que no se emplea por necesidad clínica sino para compensar deficiencias del sistema general (Wears y Vincent 2013).

Cuadro 11.3 Modelos de seguridad para la asistencia sanitaria

- No existe un modelo universal de seguridad en la asistencia sanitaria que pueda aplicarse en todos los ámbitos. Cada modelo tiene sus propias ventajas, limitaciones y problemas a mejorar.
- La elección de un modelo de seguridad se derivará del consenso profesional, la experiencia de la vida real, la comprensión de la seguridad y el criterio sobre lo que es políticamente viable en el contexto de que se trate.
- La imposición de un modelo de seguridad dado que resulta inadecuado para el contexto en cuestión puede no ser eficaz y, a veces, puede incluso mermar la seguridad.
- Cada uno de los modelos tiene un potencial similar para mejorar en diez veces la seguridad en la asistencia sanitaria, aunque las cifras máximas de seguridad alcanzables dependen del contexto y pueden variar considerablemente de un modelo a otro.

En la asistencia sanitaria podemos darnos cuenta de que necesitamos una gama de modelos más amplia que las tres que hemos esbozado. Sería un error suponer que estos tres modelos generales son todo lo que necesitamos; no son más que una simplificación útil de un problema más complejo. Por ejemplo, la atención en el ámbito extrahospitalario es excepcional, al estar muy distribuida entre diferentes personas e instituciones y también porque sólo se basa en estándares estrictos de manera parcial. Muchas industrias gestionarían un sistema muy disperso mediante una detallada estandarización de los procedimientos principales, pero puede que esto no sea posible cuando, por ejemplo, nos ocupamos de la atención de personas con problemas graves de salud mental fuera del ámbito hospitalario. También somos conscientes de que las industrias que hemos elegido para ilustrar los diferentes modelos de seguridad son de alta peligrosidad y alta tecnología y, aunque los que trabajan en ellas se apoyan mutuamente, no se preocupan del mismo modo de prestar una atención compasiva a las personas vulnerables. Por ejemplo, para la atención a personas con dificultades de aprendizaje probablemente necesitaremos un modelo sistémico de gestión del riesgo más considerado, el cual mantendrá los conceptos estratégicos generales,

pero logrará los objetivos de la gestión de riesgos utilizando las relaciones personales en la misma medida que las estrategias formales.

También tendremos que considerar cómo movernos entre los distintos modelos. Por ejemplo, ¿cuándo un modelo adaptativo previo se entiende lo suficientemente bien y está lo bastante integrado como para empezar la transición a un modelo de alta fiabilidad? En parte, esto se produce gracias a la innovación, la familiarización con y la integración de los conocimientos expertos dentro de un colectivo. Por ejemplo, la cirugía innovadora siempre comienza en un contexto de riesgo y retos. A medida que aumenta la experiencia, por ejemplo en el tratamiento del aneurisma de aorta, la cirugía aún comporta riesgos, pero ahora se conocen, se comprenden y se gestionan, en lugar de soportarlos.

El itinerario de un paciente atraviesa muchos ámbitos y servicios médicos, en diferentes niveles asistenciales, y por tanto está necesariamente expuesto a toda el abanico de modelos de seguridad. El control de riesgos no requiere solamente la gestión de cada ámbito y las transiciones entre los niveles, sino que también necesita que se preste atención al hecho de que las intervenciones de seguridad que son eficaces en un ámbito pueden afectar negativamente a la seguridad en otro. Por ejemplo, un control minucioso y restrictivo de los servicios de laboratorio destinado a reducir el error, que es eficaz para elevar la calidad a nivel local, podría afectar negativamente a la seguridad en un entorno más amplio, al reducir la disponibilidad a tiempo de los resultados de laboratorio.

El entorno externo es también un determinante clave de qué modelo de seguridad puede adoptarse. Un sistema ultraseguro no sólo se basa en los procedimientos internos, la estandarización y la automatización, sino también en la capacidad de controlar el entorno externo y las condiciones de trabajo. Esto se logra limitando la exposición al riesgo, como cuando las compañías aéreas cancelan los vuelos debido al mal tiempo, y también controlando las condiciones de trabajo, como, por ejemplo, con el control estricto sobre el número de horas que pueden volar los pilotos de aviación civil y el tiempo que deben descansar antes de volar de nuevo. Con suficientes recursos esto sería viable en algunas áreas de la asistencia sanitaria, y lo cierto es que algunas áreas ya son muy seguras. No obstante, si no podemos controlar la demanda y las condiciones de trabajo, necesariamente tenemos que confiar en modelos de seguridad más adaptativos;

un modelo diferente puede ser intrínsecamente más seguro, pero sencillamente puede que no sea factible en un contexto determinado. Aunque la aviación es fuente de inspiración y aprendizaje, su modelo sólo es aplicable a un conjunto limitado de circunstancias de la asistencia sanitaria. El modelo que se adopte para la seguridad en cada uno de los ámbitos sanitarios dependerá en última instancia, en parte, de lo que es políticamente factible, que será distinto según la disciplina, la institución y la jurisdicción.

DESARROLLAR UN ABANICO MÁS AMPLIO DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

La perspectiva sobre la mejora de la seguridad que se ha impuesto consiste en mejorar la fiabilidad de los procedimientos fundamentales. Como pueden ser los procedimientos de referencia en los quirófanos, la prevención del tromboembolismo o los procedimientos para minimizar las infecciones por catéteres centrales o de otro tipo. Varias intervenciones relevantes han demostrado que con el suficiente empeño, un planteamiento detallado para la puesta en práctica y los recursos necesarios, la fiabilidad puede mejorarse notablemente en, como mínimo, un conjunto de procedimientos básicos.

Las estrategias de seguridad con las que contamos para hacer frente a la realidad del día a día de la asistencia sanitaria aún son muy limitadas. A veces se analiza el riesgo para los pacientes cuando el personal trabaja en condiciones difíciles, aunque, por lo general, se hace en términos de la necesidad de más personal; sin lugar a dudas, ésta puede ser una petición razonable, si hubiera más personal disponible o si su tiempo pudiese aprovecharse mejor, en cuyo caso podrían cumplirse los estándares fundamentales. Sin embargo, en el campo de la asistencia sanitaria nunca seremos capaces de cumplir con todos los estándares en todo momento y en todos los niveles asistenciales. Por tanto, tenemos que renunciar a esta expectativa y plantearnos una pregunta distinta: ¿cómo podemos asegurar que la atención sea segura, aunque no sea la ideal, cuando las condiciones de trabajo son complicadas? Por ejemplo, ¿cómo debemos gestionar un servicio de urgencias en los momentos de mayor carga de trabajo o durante las emergencias importantes, en los que la atención a algunos pacientes gravemente enfermos se ve inevitablemente retrasada o comprometida? ¿Qué estrategias están al alcance de un

joven médico o enfermera que se enfrenta a una carga de trabajo absurda, exigencias simultaneas y muchos pacientes enfermos? Obviamente, las personas se adaptan y hacen frente a las circunstancias, pero lo hacen de modo individual, en lugar de con una estrategia de equipo. Elaborar modelos que consideren la gestión del riesgo en estas situaciones es una prioridad para la siguiente etapa de la seguridad del paciente (Cuadro 11.4).

Cuadro 11.4 Desarrollar un abanico más amplio de estrategias de seguridad

- Debemos ampliar nuestras estrategias de seguridad para incluir el control, la vigilancia y la adaptación al riesgo, y la atenuación.
- No debemos avergonzarnos por proponer estrategias que tienen como objetivo la gestión del riesgo en lugar de la optimización de la atención, siempre y cuando el resultado final sea beneficioso para el paciente y sólido en el contexto.
- Elaborar y poner en práctica respuestas de equipo a las condiciones de trabajo difíciles será más seguro que confiar en la improvisación *ad hoc*.
- La asistencia sanitaria utiliza un conjunto muy limitado de intervenciones de seguridad. El limitado progreso en la seguridad del paciente se debe, en parte, a la infrautilización de las estrategias e intervenciones disponibles. Es como si condujésemos un coche y solo usáramos primera.

También tenemos que analizar cuál es la mejor manera de adaptar las intervenciones de seguridad específicas. Por ejemplo, una evaluación de los estudios de las intervenciones para reducir las caídas ha proporcionado pruebas contradictorias acerca de su eficacia: algunos estudios muestran importantes efectos, y otros ninguno. Frances Healey y otros defendieron que la contradicción es sólo aparente, pues se debe al hecho de que se estudiaron dos tipos de intervención muy distintos: algunos estudios adoptaron una puesta en práctica de paquetes de procedimientos tipo «talla única», mientras que, por el contrario, otros elaboraron un modelo personalizado para cada paciente, con planificación sensible a cada paciente y evaluación posterior a la caída. La intervención estándar ha mostrado, en ensayos clínicos randomizados de gran tamaño tener escaso efecto, mientras que un

modelo más personalizado, que pone el énfasis en una respuesta adaptativa al riesgo, está demostrando ser mucho más eficaz. Healey comenta que esto «tiene todo el sentido en el contexto del riesgo de caída, que supone una compleja combinación de factores intrínsecos y extrínsecos y de actitudes personales ante el riesgo, en un contexto crítico cuando las condiciones físicas y, por lo tanto, los factores del riesgo de caída cambian rápidamente» (Healey et al. 2014 y comunicación personal 2015).

UN COMPENDIO DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

Hemos propuesto cinco estrategias generales de seguridad, cada una de ellas vinculada un grupo de intervenciones. Hemos proporcionado ejemplos de cómo podría aplicarse cada una de ellas en el hospital, el domicilio y la atención primaria. La realidad es, sin duda, mucho más complicada y tenemos que seguir estudiándola. Pero incluso ahora, con una comprensión aún incompleta, podemos establecer un conjunto de intervenciones posibles para mejorar la seguridad y la gestión del riesgo.

La Tabla 11.1 recopila muchas de las intervenciones y estrategias que hemos detallado en los capítulos anteriores y ofrece algunos comentarios sobre su uso actual y los problemas para su puesta en práctica. Estas estrategias e intervenciones pueden funcionar en distintos niveles y éstos se han dividido en: primera línea, institucional y de sistema. No se trata de ningún modo de un análisis exhaustivo, pues para empezar no hemos incluido a los pacientes y a sus familias como usuarios de estos modelos. Sin embargo, sirve para destacar que algunas intervenciones son más útiles en la primera línea, mientras que otras lo son a nivel del sistema. Por ejemplo, los paquetes de prácticas clínicas (*bundles*) forman parte de las intervenciones de primera línea, aunque los gestores y las autoridades normativas pueden promover o incluso exigir su empleo. Los modelos de control de riesgos pueden usarse por el equipo asistencial para decidir que no se inicie una intervención quirúrgica a no ser que todo el equipamiento esté disponible. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones de control de riesgos, como la limitación de la demanda o el control de las condiciones de trabajo, se darán a un nivel institucional o del sistema y exigirán una considerable autoridad para ser puestas en práctica. Aunque, por supuesto, para que sean efectivas también necesitan el respaldo del personal de primera línea.

Tabla 11.1 Un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad

Estrategia	Intervenciones	Nivel de puesta en práctica		Grado de utilización	Problemas
		Primera línea	Institución		
Estrategias de optimización	La seguridad equivale a la práctica óptima: aspira a los estándares	✓		Utilizado ++	Asigna más tiempo a la puesta en práctica
	Mejora la fiabilidad de los procesos a los que se dirige	✓		Infrautilizado +	Reduce la disparidad entre entornos
	Mejora la educación profesional continua para que se adopten prácticas óptimas	✓	✓	Utilizado +	Asignación de tiempo limitado a la educación y la formación
	Elabora directrices más minuciosas para los pacientes complicados			Infrautilizado	Medicina personalizada en curso
	Formación del personal, evaluación y retroinformación	✓	✓	Utilizado +	Empleo excesivo de plantilla temporal
	Estandarización y simplificación de los procesos clave	✓	✓	Infrautilizado ++	Cada vez un mayor volumen de directrices y de procesos excesivos
	Informática para apoyar la toma de decisiones	✓	✓	Utilizado +	Usabilidad e integración en el flujo de trabajo siguen siendo problemáticas
	Automatización de los procesos	✓	✓	Infrautilizado +	Resistencia a su adopción
	Diseño mejorado del equipamiento	✓		Utilizado +	Los fabricantes no están lo bastante implicados en la seguridad
	Formalización de las funciones y responsabilidades del equipo	✓	✓	Utilizado	Modelos disponibles, pero rara vez se ponen en práctica
	Estandarización y refuerzo de las prácticas de entrega	✓	✓	Utilizado	Modelos disponibles, pero rara vez se ponen en práctica
	Mejora de las condiciones de trabajo: ruido, luz, entorno físico		✓	Utilizado +	Amplio margen para el avance
	Reduce las interrupciones y distracciones		✓	Infrautilizado ++	No se considera como un problema
	Mejora la organización y la dotación de personal		✓	Infrautilizado +	Limitaciones económicas y funciones profesionales inamovibles
	Creación de nuevas funciones y puestos para mejorar la coordinación		✓	Infrautilizado +	Limitaciones económicas y funciones profesionales inamovibles

Estrategias de control de riesgos

253

Somos conscientes de que estas propuestas son sólo un punto de partida y de que aún se necesita trazar y articular el abanico completo de estrategias e intervenciones que se están empleando y que podrían ser adoptadas. Esto se ha realizado en los modelos de «práctica óptima» y, hasta cierto punto, en las intervenciones para mejorar el sistema. Pero necesitamos una descripción mucho más completa de todos los tipos de estrategias e intervenciones si pretendemos desarrollar un modelo de seguridad verdaderamente integral.

Podemos señalar otras innovaciones similares en otros ámbitos, que pueden servir como modelo para lo que podría llevarse a cabo. Por ejemplo, existe un enorme interés en influir en el comportamiento de las personas de distintas maneras; lo que incluiría la dieta, el tabaquismo, el ejercicio, la seguridad vial, el pago de impuestos y otra serie de objetivos estratégicos. Existen numerosas teorías psicológicas y sociales que pretenden explicar los cambios en el comportamiento humano mediante diversos mecanismos, todos ellos con posibilidades para la intervención. Por ejemplo, en la pérdida de peso, se podría tratar de aumentar la autoestima como medio para aumentar el respeto a una dieta, o poner más énfasis en las motivaciones extrínsecas, como ofrecer incentivos económicos (Cuadro 11.5). Susan Michie y otros han elaborado la Rueda del Cambio Conductual (Behaviour Change Wheel, BCW), una síntesis de los 19 modelos de cambio conductual que se encuentran en los trabajos de investigación (Michie et al. 2013). La BCW tiene como base un modelo conductual que se conoce como COM-C: Capacidad, oportunidad, motivación y comportamiento. La BCW identifica distintas opciones de intervención aplicables para cambiar cada uno de los componentes y recomendaciones que se podrían adoptar para aplicar esas opciones de intervención.

Cuadro 11.5 Distintos modelos para cambiar los comportamientos de riesgo

Supongamos que queremos reducir la propensión de los conductores jóvenes a asumir prácticas de conducción arriesgadas, como conducir a demasiada velocidad. Podríamos sondear todas las opciones, incluyendo la mejora de su «capacidad» para interpretar la carretera y ajustar su conducción a las condiciones, restringiendo la «oportunidad» para conducir imprudentemente con limitaciones de velocidad o badenes, y establecer si sería un modelo prometedor tratar de cambiar su «motivación» para conducir de forma segura con campañas en los medios o mediante leyes y su aplicación. Cualquiera de estos métodos y todos ellos pueden tener efecto. La Rueda del Cambio Conductual nos ofrece un modo sistemático para determinar que opciones son las que tienen más probabilidades de lograr el cambio requerido.

Adaptado de Michie et al. (2014)

Obviamente, cambiar el comportamiento es una manera de gestionar el riesgo, sobre todo en lo referente al cumplimiento de los procedimientos que son fundamentales para la seguridad. No obstante, en este contexto, estamos trazando un paralelismo más amplio con el modelo estratégico para la clasificación, la interpretación y el diseño de intervenciones. Michie y cols. señalan, al igual que lo hacemos nosotros, la plétora de intervenciones posibles, dado que la mayoría de las intervenciones pueden aplicarse tanto de forma individual o en combinaciones restringidas. Su aproximación consiste en destacar las características distintivas de cada modelo, para clasificarlos e integrarlos en un marco conceptual general de intervenciones de cambio.

Nuestra «taxonomía incompleta» es el primer paso hacia una iniciativa similar en la gestión sistémica del riesgo en asistencia sanitaria y posiblemente también en otros contextos. Ahora necesitamos trazar el panorama, valorar las hipótesis y modelos propios de cada estrategia e intervención y empezar a analizar cómo adaptar y combinar las intervenciones para

afrontar los desafíos que tenemos por delante. En este momento, en la mayoría de los casos, sólo estamos usando una mínima parte de las posibles intervenciones a nuestra disposición. Establecer toda la gama e intervenir en todos los niveles del sistema nos dará mucho más poder y capacidad para enfrentarnos a los problemas de lograr que la asistencia sanitaria siga siendo segura en tiempos de austeridad y aumento de la demanda.

Puntos clave

- Hay cinco transiciones principales entre la visión actual de la seguridad del paciente y la visión más amplia que será necesaria en el futuro.
- Nuestra aproximación a la seguridad del paciente supone una asistencia sanitaria de alta calidad en general, alterada de vez en cuando por incidentes de seguridad y eventos adversos; es una visión de la seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. También tenemos que entender los riesgos y los daños desde la perspectiva del paciente.
- Contemplar la seguridad desde la perspectiva del paciente hace que, como consecuencia inmediata, tengamos que considerar la seguridad en el contexto del itinerario del paciente. Esto quiere decir que tenemos que examinar los episodios de atención sanitaria y considerar tanto el daño como el beneficio en una escala de tiempo prolongada.
- La seguridad del paciente es el arte de minimizar los incidentes y la gestión de riesgos durante períodos de tiempo más largos, lo que exigirá habilidades y métodos complementarios. Con esta perspectiva admitimos que los errores se producirán inevitablemente, pero que, en un sistema seguro, serán muy pocos los que tendrán consecuencias para el paciente.
- Es necesario abordar la seguridad de manera muy diferente en los diferentes entornos. La asistencia sanitaria consiste en muchos tipos diferentes de actividad y de ámbitos asistenciales, así que no se puede utilizar un único modelo principal.
- Tenemos que emplear un abanico más amplio de estrategias e intervenciones de seguridad. Debemos ampliar nuestras estrategias de seguridad para incluir el control, la supervisión y la adaptación al riesgo, y la atenuación.

- Las estrategias de seguridad con las que contamos para hacer frente a la realidad del día a día de la asistencia sanitaria son muy limitadas. Las personas se adaptan y hacen frente a las circunstancias, pero lo hacen de modo individual en lugar de con una estrategia de equipo. Elaborar modelos que consideren la gestión del riesgo en estas situaciones es una prioridad para la siguiente etapa de la seguridad del paciente.
- Ya disponemos de un compendio de las estrategias e intervenciones de seguridad. El lento progreso en la seguridad del paciente se debe, en parte, al hecho de que no estamos utilizando las estrategias e intervenciones disponibles. Es como si condujésemos un coche y solo usáramos primera.
- Aún tenemos mucho trabajo por delante para trazar y articular el abanico completo de estrategias e intervenciones que se están empleando en la actualidad y que podrían ser adoptadas.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

REFERENCIAS

- Amalberti R, Bami J (2012) “Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf* 21(9):729-736
- Healey F, Lowe D, Darowski A, Windsor J, Trembl J, Byrne L, Husk J, Phipps J (2014) Falls prevention in hospitals and mental health units: an extended evaluation of the FallSafe quality improvement project. *Age Ageing* 43(4):484-491. doi:[10.1093/ageing/afu190](https://doi.org/10.1093/ageing/afu190)
- Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE (2013) The behaviour change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behaviour change interventions. *Ann Behav Med* 46(1):81-95

- Michie S, Atkins L, West R (2014) The behaviour change wheel a guide to designing interventions. Silverback Publishing, Londres
- Mountford J, Davie C (2010) Toward an outcomes-based health care system: a view from the United Kingdom. JAMA 304(21):2407-2408
- Wears R, Vincent CA (2013) Relying on resilience: too much of a good thing? En: Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R (eds) Resilient Health Care. Burlington, VT: Ashgate. pp 135-144

La gestión de riesgos en la vida real

HEMOS PRESENTADO UNA SERIE DE ARGUMENTOS QUE CULMINAN EN LA IDEA DE QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEBE CONTEMPLARSE COMO LA GESTIÓN DEL RIESGO A LO LARGO DEL TIEMPO. Hemos propuesto que la asistencia sanitaria podría recurrir a un repertorio mucho más amplio de estrategias e intervenciones para gestionar el riesgo y reforzar la seguridad. Este libro ha sido un libro de ideas y razonamientos, pero esperamos que arraiguen en el ejercicio profesional y que tengan una aplicación práctica. En este capítulo analizamos, en primer lugar, algunas de las repercusiones más inmediatas tal y como las vemos, y luego analizamos la forma que podría tomar un análisis y desarrollo a largo plazo.

REPERCUSIONES PARA LOS PACIENTES, LOS CUIDADORES Y LAS FAMILIAS

La participación de los pacientes en la seguridad del paciente ha sido un proceso lento y difícil. Gran parte del esfuerzo inicial se ha centrado en lograr que los pacientes, junto con el personal, denuncien y actúen ante los problemas de seguridad. Esto ha resultado útil, pero siempre va a haber (con razón) un límite a lo que es razonable o viable que los pacientes asuman en el hospital. Ahora debemos dirigir nuestra atención al domicilio y al ámbito extrahospitalario, que plantearán desafíos muy diferentes en materia de seguridad. Por ejemplo, las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria son comunes en los hospitales, pero hemos elaborado formas eficaces de combatirlas con una estrecha supervisión y una rápida respuesta clínica y organizativa. En el domicilio, el riesgo de infecciones nosocomiales puede ser menor, pero surgen otros riesgos debi-

do a lo abierto del entorno, las visitas frecuentes y los distintos estándares de higiene. La seguridad es un equilibrio en movimiento entre los riesgos aceptados y las soluciones disponibles; podemos mejorar la seguridad tanto cambiando la exposición al riesgo como mejorando las soluciones.

En el domicilio y en el ámbito extrahospitalario, los pacientes son los encargados de la atención y, por tanto, son responsables de la seguridad, tienen la capacidad de cometer errores y pueden verse influenciados por los muchos factores que afectan a la seguridad. Esto es más que participación, toma de decisiones compartida o en cooperación. Los pacientes y sus familias están asumiendo funciones y responsabilidades que en otros ámbitos están restringidas a los profesionales. Esto plantea una serie de problemas para la gestión del riesgo y también para la prestación de servicios en general.

Sabemos que los pacientes y sus familias se toman la seguridad muy en serio y son hábiles en la gestión de muchos escenarios potencialmente peligrosos. Hemos suministrado algunos ejemplos en este libro y, sin duda, podrían recogerse y estudiarse muchos más para mostrar estrategias e intervenciones innovadoras que podrían compartirse, adaptarse y, posiblemente, utilizarse de forma más general. Nuestras cinco estrategias se pueden utilizar para plantear algunas cuestiones apremiantes sobre los riesgos gestionados por los pacientes y sus familias. ¿Qué formación se debe proporcionar? Si un profesional necesita recibir formación para, por ejemplo, cambiar un apósito en condiciones asépticas, resulta evidente que los pacientes y sus cuidadores también necesitarán formación. ¿En qué medida pueden relajarse los estándares de higiene simplemente porque una persona enferma se ha trasladado del hospital al domicilio? Es posible que tengamos que considerar el establecimiento de estándares y controlar el entorno en el que puede prestarse la asistencia. ¿Qué tipo de apoyo necesitan los pacientes y sus familias si tienen que vigilar la seguridad y actuar de forma adecuada ante las señales de deterioro? El ejemplo de la hemodiálisis domiciliaria expuesto anteriormente muestra que las unidades avanzadas incluyen ahora una serie de estrategias de seguridad dentro de sus programas de formación para los pacientes y sus familias. Posiblemente esto podría reproducirse, con distintos grados de intensidad, en otras formas de atención fuera del hospital.

REPERCUSIONES PARA LOS GESTORES Y EL PERSONAL CLÍNICO DE PRIMERA LÍNEA

En la asistencia sanitaria, el término primera línea se usa generalmente para referirse al personal clínico en contacto directo con los pacientes y cuyas acciones y decisiones tienen efectos inmediatos. Los gerentes no suministran los tratamientos y, por lo tanto, en este sentido, no forman parte de la primera línea. No obstante, sí son primera línea en el sentido de que sus actuaciones tienen una gran influencia en la seguridad. Un coordinador de camas en un hospital grande, por ejemplo, hace constantemente malabares con los pacientes y las camas, evalúa la última solicitud para una cama de urgencia, intenta ubicar a los pacientes en las plantas que son al menos prudencialmente adecuadas y evita que de los pacientes muy enfermos ingresen en plantas donde el personal no está familiarizado con sus necesidades. «Estar en el lugar equivocado» es un alto riesgo si se está muy enfermo. Los gestores clínicos tienen una enorme influencia en la seguridad, pero sabemos muy poco acerca de las estrategias que utilizan.

Tanto los profesionales sanitarios como los gestores pueden hacer mucho para mejorar los estándares y el valor del análisis de incidentes. Desafortunadamente, al menos en el Reino Unido, lo que una vez fue un ejercicio de aprendizaje, reflexión y mejora, en algunos ámbitos se ha degradado hasta convertirse un ejercicio en exceso burocrático, que produce numerosas recomendaciones que nunca se pueden llevar a la práctica. Hay una necesidad urgente de volver al objetivo original del análisis de incidentes, centrarse en la investigación exhaustiva de un número mucho menor de eventos y analizar los resultados en el contexto de un programa general de mejora de la seguridad y la calidad. Todo esto se puede lograr con los métodos que ya tenemos. Sin embargo, también tenemos que estudiar el análisis de los episodios de asistencia con la correspondiente atención a los factores contribuyentes en diferentes momentos, la adaptación y la recuperación de los problemas, y darle una atención aún mayor a aquello de lo que informan los pacientes y sus familias.

Creemos que los pacientes y sus familias deben seleccionar una parte de los análisis y ser alentados a contribuir tanto como les sea posible en el análisis; fuera del hospital, su perspectiva es especialmente necesaria. Su punto de vista nos ayudará a entender los problemas de seguridad a

más largo plazo y a desarrollar nuevas técnicas e innovaciones. Este punto de vista podría parecer utópico y que requiere una enorme cantidad de recursos; requeriría sin duda una organización meticulosa y el uso de tecnología para atraer a algunos participantes. Al igual que antes, sin embargo, la calidad es más importante que la cantidad. Una cantidad relativamente pequeña de exámenes minuciosos puede producir una gran cantidad de información útil sobre las vulnerabilidades, las defensas y la resiliencia del sistema de asistencia sanitaria.

Los equipos de primera línea, con el apoyo de la dirección, pueden iniciar un programa mucho más amplio y más estratégico de gestión de riesgos que el que actualmente se aplica. Podríamos concebir el desarrollo de un árbol de decisiones en el que diferentes estrategias e intervenciones se podrían considerar de forma secuencial, tanto por separado como en conjunto, como opciones para reforzar la seguridad en un contexto determinado y en respuesta a los problemas detectados. El modelo de seguridad más frecuente en la primera línea es la mejora de los estándares del ejercicio de la profesión sanitaria y, si es viable, es un primer paso obvio y necesario. Luego, existen varias maneras de mejorar el sistema general, aunque muchas de ellas no dependen de los equipos de primera línea. Una tarea fundamental es detectar los puntos en el sistema en los que los procesos ineficientes y la escasa fiabilidad ocasionan pérdidas de tiempo y soluciones potencialmente peligrosas; por supuesto, las adaptaciones son necesarias en el momento, pero son antieconómicas ya que son simplemente una compensación de otras deficiencias en lugar de ser una respuesta necesaria a los problemas o crisis. A corto plazo, hacer frente a las circunstancias resulta admirable y puede que sea lo mejor para ese paciente concreto, pero a largo plazo esta actitud es perjudicial para la seguridad ya que simplemente prolonga los problemas de fondo y elimina cualquier incentivo para el cambio. Los controles del riesgo, logrados con el consenso de los profesionales y de la directiva, protegen tanto a los pacientes como al personal y podrían poner orden y aportar calma a sistemas actualmente caóticos. Por supuesto, en caso de emergencia los controles del riesgo pueden, y deben, ignorarse.

La vigilancia, adaptación y respuesta puede utilizarse mal, pero a pesar de todo es una estrategia de seguridad absolutamente fundamental en todos los niveles del sistema. Se ha avanzado mucho en la formación de los equipos de anestesia, cirugía, medicina de urgencias y otros

niveles asistenciales clínicos. Las habilidades de vigilancia, verificación y otras características de la formación de equipos en los factores humanos son ampliamente explicadas en estos programas y se ha demostrado que mejoran la seguridad y los resultados clínicos. Tenemos que dedicar mucha más energía a comprender cómo se adaptan y responden las personas a los problemas de seguridad críticos en cada uno de los niveles del sistema y desarrollar métodos de preparación y formación de estas habilidades.

Una importante orientación que podríamos adoptar sería entablar una investigación paralela de cómo emplean los gestores (especialmente aquellos que participan en los servicios asistenciales) estas y otras estrategias. Los gerentes constantemente se adaptan y resuelven problemas: ¿cuánto es necesario y cuánto es innecesario y debido a sistemas inadecuados? ¿Qué estrategias e intervenciones se utilizan actualmente en el día a día y en momentos de crisis, y cuáles serían óptimas? No pretendemos de ninguna manera denigrar la habilidad y la dedicación de los directivos que ponen todo su empeño en mantener la seguridad. Más bien, queremos alejarnos de la improvisación *ad hoc* para acercarnos a intervenciones explícitas y programadas y a la preparación y la formación en el empleo de una cartera de estrategias e intervenciones. Es mucho lo que se podría aprender del estudio de las maneras en que los gestores adaptan y se enfrentan a las dificultades y esto se podría perfeccionar en un modelo más estratégico. Un programa de formación de seguridad personalizada para gerentes, o quizás, para gestores y profesionales sanitarios, tendría un lugar destacado en nuestra lista de deseos para el futuro de la seguridad.

REPERCUSIONES PARA LOS EJECUTIVOS Y LAS JUNTAS DIRECTIVAS

En el Reino Unido y algunos otros países, las juntas que dirigen las instituciones sanitarias incluyen a personas de otros sectores, que aportan conocimientos, experiencia y puntos de vista muy diferentes. Por ejemplo, para un ingeniero puede ser muy difícil comprender que lo que se tolera en asistencia sanitaria es muy diferente de lo que se tolera en ingeniería. En muchas ocasiones, los incidentes de los que se informa a

la junta son considerados como aterradoras e inusuales desviaciones de la práctica óptima, en lugar de como el resultado inevitable de las múltiples vulnerabilidades de un sistema sobrecargado. Lo más importante es que la junta directiva reconozca el grado de deterioro de la fiabilidad, las difíciles condiciones de trabajo y la correspondiente necesidad de improvisación *ad hoc* y de toma de atajos que son, con frecuencia, necesarios y, a menudo, fomentados activamente. Incluso los miembros del personal clínico de las juntas, que lo conocen de primera mano, pueden tener problemas a la hora de hacerlo explícito. Se trata de un conocimiento de fondo imprescindible para cualquier acción de seguridad eficaz y para las inevitables soluciones de compromiso y las compensaciones necesarias en el delicado y fluctuante equilibrio entre las finanzas, la seguridad, la calidad y la experiencia del paciente.

Una observación importante en la puesta en práctica del marco recientemente desarrollado para la medición y vigilancia de la seguridad ha sido que las ideas centrales parecen encontrar eco en diferentes contextos y en diferentes niveles del sistema de asistencia sanitaria. Esto tiene importancia porque una institución podría posiblemente adherirse a un conjunto básico de cuestiones de seguridad que sean significativas para el personal de todos los niveles. No sabemos qué acogida tendrá nuestro esquema de estrategias e intervenciones ni hasta qué punto será aplicable en los distintos niveles del sistema. Somos conscientes de que el lenguaje y la práctica de la mejora de la seguridad son afines a la práctica de primera línea, mientras que el lenguaje del control, garantías y atenuación resulta más conocido para aquellos que están en el nivel ejecutivo, normativo y político. Sería enormemente beneficioso si el colectivo de la seguridad pudiese encontrar un lenguaje y una práctica aplicable a todos los niveles y contextos, y que tenga el mismo eco en pacientes, personal de primera línea, ejecutivos y autoridades normativas. Creemos que es factible y que podría proporcionar una muy necesaria clarificación e integración de las iniciativas de seguridad.

Las juntas también pueden emplear un abanico mucho más amplio de estrategias e intervenciones. Se necesita una combinación estratégica de modelos e intervenciones para lograr una seguridad óptima al hacer frente a restricciones y limitaciones financieras. Una ampliación de las estrategias de seguridad podría permitir que se empleen modelos como el

de control de riesgos, que es más afín y resulta más familiar en la gestión y el control de las finanzas. Las juntas directivas frecuentemente asocian la mejora de la seguridad con un mayor gasto, pero una combinación sensata de estrategias e intervenciones puede permitir intervenciones de seguridad que, como mínimo, no tengan coste añadido global. Por ejemplo, podríamos suponer que los controles, las restricciones y la fiabilidad mejorada reducirían los costes y permitirían el desarrollo de un programa para los gestores destinado a optimizar la gestión simultánea de la seguridad, el coste, la calidad y la experiencia del paciente. Esto también puede sonar optimista, pero creemos que con un programa de seguridad suficientemente amplio y bien pensado sería posible.

En este nivel de la organización, la integración de las estrategias y los programas y el compromiso claro entre objetivos es una habilidad fundamental. Una estrategia de cambio institucional o regional es, generalmente, una combinación de distintos subprogramas desarrollados y dirigidos por diferentes directores. Los programas individuales entran en conflicto entre sí casi inevitablemente. Por ejemplo, un plan ideal para reducir la deuda a un ritmo satisfactorio generalmente será perjudicial para la inversión en personal y nuevas tecnologías y, en último término, en calidad y seguridad.

El desarrollo de la estrategia definitiva recaerá en última instancia en el director, la junta directiva y un pequeño grupo de altos directivos. Éstos deben mediar entre los directores y los programas y crear y mantener una visión global que abarque todos los objetivos de la organización. Hay formas correctas e incorrectas de lograr estos compromisos; cada director tiene que estar dispuesto a adaptar su programa concreto e integrarlo con los otros objetivos y planes institucionales. El director y otros altos directivos tienen que ser expertos en el arbitraje y la negociación con todos interesados, para lograr un plan que alcance los objetivos de la institución sin comprometer indebidamente la calidad y la seguridad en la primera línea.

Este tipo de escenarios están a la orden del día en los programas para ejecutivos de las escuelas de negocios, pero en muy pocas ocasiones incluyen cuestiones de seguridad, al menos en la asistencia sanitaria. El desarrollo de escenarios en los que la seguridad se gestione de manera realista y con una visión clara en relación con las presiones financieras sería un gran paso en la gestión de riesgos. Una cuestión particularmente

importante es el reconocimiento de los primeros signos de los fallos en la organización, tanto para aquellas instituciones encargadas de dirigir como para aquellas que intentan controlarlas de forma externa, como los organismos reguladores y el gobierno. En las industrias del petróleo y del gas, se están desarrollando y probando cursos para ejecutivos dirigidos específicamente a la elaboración de estrategias que aborden simultáneamente la seguridad, las finanzas y otros objetivos institucionales, pero aún no han comenzado en la asistencia sanitaria.

REPERCUSIONES PARA LOS ORGANISMOS SANITARIOS Y EL GOBIERNO

Los organismos reguladores se enfrentan a nuevos e importantes desafíos. Hasta ahora la mayoría de las reglamentaciones se han centrado en los profesionales sanitarios o en organizaciones e instituciones específicas. Las regulaciones en sus diversas formas necesitan ahora ampliarse para abarcar las nuevas formas de organización y una compleja serie de transiciones e interfaces a lo largo del itinerario del paciente. La acreditación de los nuevos tipos de instituciones ya está en marcha en muchos países, pero todavía requiere un mayor desarrollo; y, a menudo, no está claro, por ejemplo, qué jurisdicción tienen las autoridades normativas sobre los pacientes que viven con relativa independencia en residencias. Es posible que los modelos tradicionales de certificación, inspección y los correspondientes criterios de evaluación tengan que adaptarse considerablemente. Pero pasar de la acreditación de las estructuras e instituciones a la acreditación del itinerario de los pacientes a través de la atención primaria, secundaria y domiciliaria es un desafío enorme.

Un segundo desafío fundamental es encontrar una forma de regular un sistema que evoluciona muy rápidamente. Las autoridades normativas en la mayoría de las otras industrias cuentan con la fortuna de un entorno relativamente estático, en el que los estándares pueden establecerse y mantenerse durante años o incluso décadas; por supuesto existe la innovación, pero ésta no suele dar lugar a un cambio en los estándares básicos, sino simplemente a una mejor manera de alcanzarlos. En la industria de la aviación o la nuclear, los grandes cambios

pueden tardar 10 años desde de la propuesta inicial hasta la puesta en práctica final, lo que concede el tiempo suficiente para el desarrollo de un consenso profesional, pruebas formales y la absorción gradual en el marco normativo.

Por el contrario, el rápido ritmo de la innovación en las pruebas complementarias y tratamientos en la asistencia sanitaria supone que las autoridades normativas van, inevitablemente, a la zaga de la innovación. El rápido ritmo de la innovación plantea un desafío para el desarrollo de nuevos estándares; los estándares pueden elaborarse rápidamente y adaptarse a un entorno que cambia con celeridad, pero sólo con la consiguiente reducción del rigor y de las pruebas, ya que no es posible lograr una evaluación formal en el tiempo disponible. El sistema actual no puede hacer frente al ritmo de la innovación, pero no está nada claro cómo se podrían concebir modos de regulación más reactivos.

Los políticos y otros directivos de alto nivel están bajo presión para mantener la ficción de que todos los ciudadanos puedan tener una asistencia sanitaria óptima. En privado, al menos, es absolutamente fundamental que los gobiernos y los legisladores reconozcan la vulnerabilidades del sistema y la brecha entre la atención que se pretende y la que de verdad se presta. La noción de estándares absolutos es ingenua y potencialmente peligrosa, sobre todo para las organizaciones en dificultades. La innovación y la aplicación de normas nuevas y mejoradas, aunque deseables, ejercen enormes presiones tanto sobre cada una de las instituciones como sobre el sistema general y crean nuevos problemas de seguridad. Muchas agencias reguladoras entienden esto muy bien, pero, sin embargo, pueden tener dificultades para ofrecer una respuesta eficaz al problema. El problema de la regulación a menudo se concibe como el problema de encontrar un buen modo de detectar esta brecha e identificar a las organizaciones que tienen un rendimiento deficiente. Es fundamental tener una perspectiva de la seguridad vinculada a la «práctica óptima». Sin embargo, el problema más importante en torno a la regulación no es tanto la desviación de los estándares, sino cómo manejar de forma inteligente y humana la brecha entre la atención que se pretende y la que de verdad se presta. El problema, empleando nuestra terminología, es de vigilancia, adaptación y respuesta, así como de elaboración de modelos que sean estratégicos en lugar de improvisados.

Las instituciones normativas han establecido métodos de inspección muy completos y han dedicado la mayor parte de sus esfuerzos al control del cumplimiento de los estándares. Se ha prestado mucha menos atención a la cuestión fundamental de cómo responder cuando no se alcanzan estos estándares. En muchos casos, parece que la respuesta no es mucho más que amonestación, amenazas y reinspección. Una estrategia básica de control de riesgos significaría el cierre o la limitación de las instalaciones cuando una inspección revele problemas básicos, pero esta amenaza normalmente tropieza con una fuerte resistencia local. El sistema sanitario bien necesita superar estos obstáculos o evaluar la situación y aceptar que no hay instalaciones que puedan funcionar libres de problemas y, en consecuencia, desarrollar una respuesta más elaborada a los fallos en el cumplimiento de los estándares. Necesitamos, al igual que ocurre en otros niveles del sistema, analizar cómo las organizaciones y las autoridades normativas podrían trabajar en colaboración en un proceso de adaptación y vigilancia constante de la brecha entre lo ideal y lo real. La tardanza en hacer que la institución cumpla con los estándares, lo que puede llevar meses o incluso años, puede ser peligrosa, pero rara vez se discute abiertamente cómo debe gestionar la seguridad en el ínterin. El arte de la negociación de plazos realistas para obtener cambios y cumplimiento es algo que necesita análisis, investigación y desarrollo.

ORIENTACIONES FUTURAS PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL EJERCICIO

Este breve libro y estas propuestas constituyen un primer paso. Creemos que pueden producirse repercusiones inmediatas, pero tenemos que reconocer que si estas ideas son prometedoras tendrán que ser debatidas y probadas en la práctica. La tabla del capítulo 11 proporciona, como ya dijimos, una taxonomía incompleta. Somos conscientes de que se necesita mucho más trabajo para trazar el conjunto de estrategias e intervenciones, evaluar el valor del esquema general, la naturaleza y el fin de las diversas intervenciones y su eficacia en la práctica. Hasta ahora, nuestra experiencia con el pequeño grupo de personas que generosamente encontró el tiempo de leer un borrador de este libro, es que reconocen la necesidad de una

perspectiva más amplia sobre la seguridad, de un modelo estratégico de mayor magnitud y, en particular, de adaptar los modelos de seguridad a los diferentes niveles asistenciales y a lo largo del itinerario del paciente.

El siguiente paso es, en general, etnográfico. Tenemos que observar, identificar y cotejar las estrategias y las intervenciones relevantes en materia de seguridad en todos los niveles de las instituciones sanitarias y del sistema general. Lo ideal sería que estos pudieran ser comparados y contrastados con los modelos adoptados en otras industrias. A partir de ahí podríamos elaborar una taxonomía de modelos más sólida y comenzar a evaluar lo que podría resultar aplicable en diferentes niveles asistenciales. Para trazar el conjunto completo de estrategias y de intervenciones que se están empleando en la actualidad y definir quién los está usando y en qué contexto será necesaria una cantidad considerable de investigación y de trabajo empíricos. A partir de ahí, podríamos concebir comprobaciones empíricas para los diferentes modelos y combinaciones de intervenciones, similares a los ya desarrollados para la práctica óptima y la mejora del sistema, pero empleando ahora un repertorio más amplio de modelos y, lo más importante, probándolos en todos los niveles del sistema.

Se han avanzado muchas nociones y modelos de seguridad; el concepto de seguridad mismo ha sido rebatido y definido de muchas maneras diferentes. Contamos con un sinfín de conceptos e ideales organizativos que nos sirven de guía en nuestra andadura en materia de seguridad. Sin embargo, muchas de estas ideas siguen siendo ideas y no encuentran una expresión o una aplicación concreta. Nuestro modelo, en cambio, con lo abstracto que puede parecerles a algunos, tiene una intención decididamente práctica. Se están usando todas las estrategias y modelos de seguridad que hemos descrito, pero no se han reunido en una estructura general que intente abarcar todos los ámbitos de la asistencia sanitaria. En el trabajo previo hemos visto que un marco aglutinador puede resultar útil a aquellos que gestionan la seguridad en todos los niveles del sistema sanitario. Esperamos que nuestras propuestas y la iniciativa de crear una estructura de intervenciones resulten provechosas ahora y en el futuro.

Open Access Este capítulo se distribuye de acuerdo con los términos de atribución de Licencia no comercial de Creative Commons, que permite todo uso no comercial, distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que se cite a los autores originales y la fuente.

Reconocimientos y agradecimientos

Obtuvimos mucho ánimo de las respuestas iniciales a un borrador previo del libro. También obtuvimos una gran cantidad de ideas, sugerencias y perspicaces comentarios que arrojaron luz sobre problemas específicos o encontraron fallos, inexactitudes y cuestiones que estaban totalmente equivocadas. Cuando hemos incluido citas o ejemplos específicos proporcionados por personas concretas las hemos citado en el texto, pero todos los comentarios recibidos fueron valiosos y llevaron a importantes cambios, tanto en la estructura como en el contenido del libro. El libro que ahora tiene entre sus manos es muy diferente del primer borrador que circuló originalmente. Nos gustaría darles las gracias a las siguientes personas por sus apreciaciones, sugerencias y críticas constructivas: Jill Bailey, Nick Barber, Maureen Bisognano, Jane Carthey, Bryony Dean Franklin, John Green, Frances Healey, Goran Henriks, Ammara Hughes, Matt Inada Kim, Jean Luc Harousseau, John Illingworth, Martin Marshall, Phillipe Michel, Wendy Nicklin, Penny Pereira, Anthony Staines y Suzette Woodward.

La Health Foundation es extraordinaria fomentando el desarrollo de nuevas ideas así como dando libertad y tiempo a las personas para enfrentarse a retos complicados. Agradecemos a la Health Foundation su entusiasmo y su apoyo a este libro. A Charles le gustaría agradecer especialmente a Jennifer Dixon, Nick Barber, Jo Bibby, Helen Crisp y Penny Pereira por hacer posible una transición profesional y por su aliento y apoyo personal durante tantos años. Michael Howes le dio vida a nuestras cifras provisionales. También queremos agradecerle a Nathalie Huilleret de Springer su entusiasmo por el proyecto, la supervisión de la publicación y su interés y aliento para que este libro fuera de acceso abierto y accesible a todo el mundo. Agradecemos también a Jesús Villena, de Modus Laborandi y a todas las entidades colaboradoras que han hecho posible la publicación de esta versión en español.

CHARLES VINCENT
OXFORD Y PARÍS

RENÉ AMALBERTI
SEPTIEMBRE 2016