

TALLERES DE TRABAJO

TALLER DE FUNDACIÓN MAPFRE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL VERSUS RESPONSABILIDAD COLECTIVA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CAMBIO DE PARADIGMA

18. MITOS Y REALIDADES EN EL ABORDAJE DIARIO DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Ricardo Pardo García

Unidad de Riesgos Clínicos

Hospital Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real

En el inicio de la aviación y entre los años 50 y 70 volar se consideraba como un medio de transporte inseguro. La preocupación de las autoridades y las compañías aéreas hizo que la seguridad en los vuelos se incrementase consiguiendo reducir el índice de accidentes en un 80% entre los años 1950 y 1980. En el momento actual se calcula que debemos volar, de forma continuada, durante 20.000 años para tener una probabilidad del 50% de sufrir un accidente....Desafortunadamente esos niveles de seguridad no existen en la Sanidad en el momento actual ya que:

- Entre el 4% y el 17% de los pacientes que ingresen en un hospital sufrirán lesiones secundarias al tratamiento recibido
- De ellas el 28% son causadas por negligencia del cirujano o del equipo médico
- En el 1% de los ingresos se producirán actos médicos negligentes
- Solo el 2% de los casos de negligencia originarán una demanda

La pregunta en el momento actual en el que la Seguridad del Paciente se ha convertido en un tema prioritario es si la Sanidad puede incrementar sus niveles de seguridad y disminuir los errores y accidentes. Algunas de las características que han conseguido que la aviación mejore en seguridad son extrapolables a la Sanidad

- **Los pilotos comerciales NO vuelan solos.** La Sanidad es el único sistema organizativo en el que en muchas de las ocasiones la atención sanitaria se deja de entrada en manos de personal en formación. Mientras que es impensable que un piloto que inicia su formación tome los mandos de un avión nosotros dejamos a residentes de primer año que atiendan las urgencias con un nivel de supervisión excesivamente variable en función de las características del supervisor o de la presión asistencial a que se vean sometidos.

- **Tienen exámenes de forma regular.** En nuestro país y en el campo de la Sanidad no existe la obligación de mantener un nivel de formación continuada adecuado. Una vez que el médico, general o especialista, o el ATS aprueba la carrera o termina la especialidad podrá ejercer su trabajo sin que nadie le exija que se mantenga al día en sus conocimientos o en las técnicas nuevas que vayan surgiendo.
- **En la aviación los errores son usados para mejorar.** En el momento actual se comienzan a utilizar los errores en Medicina para evitar su repetición pero hay problemas para la identificación y estudio de los mismos.
- **Los líderes han creado una cultura de la seguridad.** Es en el momento actual cuando los líderes de la Sanidad Nacional están desarrollando el interés por la seguridad del paciente, empujados en parte por las organizaciones internacionales que han convertido la seguridad del paciente en una de las prioridades del siglo XXI.
- **La seguridad se sustenta mas allá de las personas, en los sistemas.** Cuando se produce un error solo en contadas ocasiones es una persona el único responsable del mismo. Por lo general el error ocurre porque existen problemas organizativos que se ponen de manifiesto en situaciones concretas y porque las barreras de protección fallan de forma simultánea.
- **La seguridad del pasajero es el eje central de la aviación comercial.** La seguridad del paciente comienza a ser uno de los ejes centrales de la sanidad.

I. MITO DE LA SANIDAD

El mito de la Sanidad con una atención perfecta a la población se basaría en disponer de personal adecuado y medios adecuados para poder hacer las cosas bien e identificar los errores, corregirlos y evaluar la eficacia de la corrección. La formación de todo el personal sanitario en nuestro país se puede considerar como adecuada desde el punto de vista técnico, los médicos, ATS o auxiliares terminan su formación con unos niveles buenos comparados con los países del entorno sin embargo en el momento actual NO existen sistemas obligatorios de reciclaje ni hay obligatoriedad de cursos de actualización. El número de contratos temporales se considera excesivo con una gran movilidad de enfermería que implica una incorporación Servicios Especiales (Urgencias, Intensivos, Prematuros, Quirófano...) sin preparación previa con las consecuencias que esto tiene para la Seguridad del paciente. Al mismo tiempo los sistemas de control son descriptivos, sin clara capacidad ejecutiva. No existe la sensación de que se controle la calidad del trabajo realizado...y si este se controla no existe la sensación de que se esté haciendo nada al respecto para mejorar.

Lo ideal es que se desarrollara una formación continuada acreditada, con acreditación de profesionales facilitando, promocionando y subvencionando la

asistencia a cursos como ocurre en otros países de nuestro entorno. Es básica la realización de cursos de inducción para enfermería antes de comenzar a trabajar en determinados servicios ya que la alta especialización de los mismos exige una formación específica con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes que allí van a ser atendidos. Asimismo se deben diseñar sistemas de control interno y externo con capacidad ejecutiva para que aquel que controle los niveles de calidad y detecte malos funcionamientos haga algo al respecto y vea si ha sido eficaz.

La realidad actual del SESCAM o sistema sanitario de Castilla La Mancha es que se ha producido una mejoría importante tras las transferencias presentando en el momento actual una buena dotación a nivel tecnológico aunque existe todavía una infrautilización de la tecnología de la información que se ha demostrado eficaz para mejorar la seguridad como es la informatización de las Historias Clínicas o de los Servicios Centrales y Farmacia. El futuro parece ir en esa línea de actuación.

II. LA GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS

Es imposible evitar el daño a los pacientes completamente. Toda actividad humana conlleva un margen de error y la Sanidad no es una excepción. Lo que si se puede es **identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño** en resumen GESTIONAR EL RIESGO. Medidas de Gestión del Riesgo podrían evitar más del 50% de las lesiones a pacientes que en distintos estudios han demostrado ser evitables.

1. **IDENTIFICAR EL RIESGO:** es establecer **QUE** es lo que puede ir mal.
2. **ANALIZAR EL RIESGO:** analizar las **POSIBILIDADES** de que algo vaya mal, sus consecuencias y la importancia de las mismas.
3. **CONTROLAR EL RIESGO:** establecer **QUE** es lo que se puede hacer para **REDUCIR, MINIMIZAR O ELIMINAR** el riesgo.
4. **COSTE DEL RIESGO:** calcular el **COSTE** del control del riesgo y el coste de dejarlo tal como está.

Informes de incidentes

Es el mejor sistema de identificación de situaciones de riesgo y consiste en la información voluntaria y anónima por escrito de situaciones que han lesionado o podrían haber lesionado a un paciente. Se basa en el análisis de: **-¿QUÉ HA PASADO?; - PORQUÉ HA PASADO?; -¿QUÉ HACER PARA EVITARLO?;- NO EN ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE?.**

Para desarrollar dentro de un sistema sanitario los informes de incidentes se precisa de una cultura basada en la no culpabilidad asumiendo que el error es innato a la actividad humana. El informe de incidentes permite analizar los

errores y diseñar las soluciones para evitar su repetición. Para ellos se utiliza una metodología que analiza el incidente cuidadosamente y establece todos los factores que han contribuido a generarlo. Una vez identificados estos factores se pueden introducir medidas correctoras con el fin de evitar su repetición para posteriormente comprobar si esas medidas han sido eficaces. En España se ha desarrollado en alguna especialidad (Farmacología Clínica) pero hasta el momento no se ha desarrollado en ningún hospital de forma generalizada. •Siempre es importante destacar que cada hospital o cada área de atención primaria tiene sus problemas y sus incidentes lo que requiere siempre un estudio del área concreta. Medidas generales pueden ser de interés y el análisis de incidentes a nivel nacional o internacional puede ser de interés pero es probable que el Servicio de Cirugía del Hospital "A" genere incidentes y tenga un nivel de riesgo distinto del Hospital "B" por lo que habrá que analizar en cada caso las características de cada centro.

III. CONCLUSIONES

Para mejorar la calidad del personal médico:

- Mantener el nivel de la formación inicial
- Fomentar y facilitar la formación continuada
- Fomentar programas de inducción ante la incorporación a trabajos diferentes
Para mejorar los medios

1. Resulta imprescindible implantar en nuestro medio sanitario una cultura que permita abordar sin complejos el problema de los errores en el campo asistencial. CULTURA SIN CULPA.
2. La prevención de los errores es una labor de todos los estamentos sanitarios. Programas de gestión de riesgos con participación parcial solo obtendrán resultados parciales LABOR DE TODOS.
3. Implantar programas de gestión de riesgos sanitarios como única alternativa válida a la anticipación de los errores y como fórmula proactiva contraria a una postura reactiva representada en la famosa "medicina defensiva". PROGRAMAS PRO ACTIVOS
4. La prevención de los errores y la mejora de la seguridad para los pacientes requiere un análisis del funcionamiento de todo el sistema para modificar las condiciones que provocan los errores ANÁLISIS DE TODO EL SISTEMA

Siempre existirán las complicaciones en medicina. La labor de todos es afrontarlas con rapidez, seguridad, profesionalidad y amplias dosis de información a las personas afectadas intentando hacer todo lo posible para evitar su repetición.