



# La seguridad del paciente: un problema importante y actual

Fernando Palacio Lapuente\*  
CS Ondarreta. Comarca Ekialde. Donostia.

### Puntos clave

- Los eventos adversos son frecuentes, algunos son graves y muchos son evitables.
- El imprescindible liderazgo de la administración, consciente del problema, debe ir más allá de aspectos puramente formales.
- Las propuestas para mejorar la seguridad del paciente (SP) deben dejar clara su utilidad y deben evitarse propuestas teóricas.
- Los profesionales debemos tomar las actividades de SP como una ayuda para trabajar en entornos difíciles y complejos, no como un cuestionamiento de nuestra profesionalidad y autonomía.
- La formación de grado y el período médico interno residente (MIR) son oportunidades para mejorar la cultura de SP.
- La notificación de incidentes, además de ser un indicador de cultura de SP, proporciona información imprescindible para la mejora.
- Llegado el caso, e independientemente de lo relacionado con la SP, el paciente tiene derecho y debe ser compensado por los daños sufridos.
- En un evento adverso los profesionales implicados son las segundas víctimas y deben ser apoyados por la organización sanitaria.

### A vueltas con la seguridad del paciente

Llama la atención la dificultad para implicarnos en este tema. Asumimos como base de nuestra práctica el *primum non nocere* y nos ofendemos si alguien insinúa mala práctica. Con ello renunciamos a implicarnos activamente en la mejora de la seguridad del paciente (SP).

La resistencia al cambio es una razón relevante de esta situación, sin olvidar la consideración de que estamos convencidos de que en Atención Primaria (AP) provocamos pocos daños (¡y la mayoría los vivimos como inevitables!). El estudio APEAS<sup>1</sup> contradice esta visión.

A menudo entendemos que «nuestra práctica clínica es segura»; el problema es «de otros»<sup>2</sup>: más de una cuarta

parte de los médicos de familia se creen inmunes al error. Con posterioridad a la «Alianza para la seguridad del Paciente»<sup>3</sup> de la Organización Mundial de la Salud (OMS), trabajos más recientes<sup>4-6</sup> parecen mejorar la percepción de nuestra implicación en incidentes relacionados con la SP.

Vamos a intentar proponer algunas ideas para intentar hacer un poquito de luz en este tema. Comprobaremos el impacto del problema, daremos las definiciones más imprescindibles, explicaremos cómo la SP evita la culpabilización y la personalización orientándose al sistema, hablaremos del sistema de notificación, de las actividades que se pueden abordar, de los protagonistas (paciente y profesional) y de cómo avanzar en la implantación de esta cultura de la seguridad del paciente.

### ¿Realmente es para tanto?

Hay muchos estudios en AP que cuantifican los errores, los incidentes y los eventos adversos que ocurren en nuestras consultas. Son ampliamente conocidos los de Mackerman<sup>7</sup> o los de Rubin<sup>8</sup>, pero en nuestro caso debemos destacar el ya citado APEAS<sup>1</sup>, «Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria», y vamos a revisarlo porque es el más potente de los que hay publicados, ya que se refiere a más de 96.047 visitas y, sobre todo, porque trata de la práctica en nuestro propio contexto.

El APEAS, promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, se desarrolló en España en el año 2007 y se publicó en 2008. Se incluyeron en el estudio 48 centros de salud pertenecientes a 16 comunidades autónomas (CCAA). Participaron 452 profesionales, de los cuales el 55,5% (249) eran médicos de familia o MIR, el 33,6% (152) enfermeros y el 10,8% (49) pediatras. Recogió todos los eventos adversos identificados en todas las visitas que realizaron los participantes durante las 2 semanas centrales del mes de junio.

En estas 2 semanas se realizaron 96.047 visitas y se detectaron 1.074 eventos adversos (11,18‰). De esos 1.074, en 831 (8,65‰) hubo, como mínimo, moderada evidencia de que la asistencia, el manejo sanitario, fuera la causa del evento adverso.

Un 8,65‰ no es mucho. Al final va a ser cierto que tampoco es para tanto. Pero... ¿Cuántas visitas hacemos en nuestras consultas? Vamos a pasar de porcentajes a ci-

\*Y el GdT de Seguridad del Paciente de semFYC (Aibar C, Almonacid G, Astier P, Jurado JJ, Maderuelo JA, Marco P, Martín MD, Minue S, Olivera G, Palacio J, Saura J, Torrijano ML).

fras absolutas (algo que siempre debe hacerse para no caer en conclusiones engañosas). Si nos colocamos en un escenario de 25 visitas/día de media, hacer 1.000 visitas significa 40 días de trabajo, unos 2 meses. En esos 2 meses, nos hemos podido ver involucrados en 8 o 9 eventos adversos, uno por semana, aproximadamente.

Además, un 5,9% de los eventos adversos detectados fueron graves (requieren hospitalización, tratamiento de soporte vital, o ambos), lo que implica un evento adverso grave cada 20 semanas o menos. El estudio comprobó que se pueden prevenir hasta un 70% del total de eventos adversos y si nos centramos en los graves, se podrían evitar algo más del 80%. Por tanto, los daños relacionados con la SP son numerosos, algunos son graves, y además son evitables en su mayoría.

### ¿De qué hablamos? conceptos

Vamos a basarnos, para ello, en la taxonomía propuesta por la OMS en su Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, en su versión española<sup>9</sup> y en las definiciones que utiliza la norma UNE 179003<sup>10</sup> sobre gestión de riesgos para la SP.

Así, Hablamos de Seguridad del Paciente, según la OMS, para referirnos a la «evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden "errores", "desvíos" y "accidentes". La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria». Según la UNE 179003, la SP consistiría en la «ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria». Así que en SP hablamos de los daños producidos por el propio sistema sanitario, no por la enfermedad, hablamos de los daños que sufre el paciente durante su proceso de atención, y provocados por ese proceso.

Entendemos por incidente relacionado con la SP cualquier «evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho» (OMS) o «acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente» (UNE). Puede ser, pues, con o sin daño. Cuando se haya producido daño hablaremos de evento adverso.

Un error es «el hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo» (OMS) o la «desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca en el paciente. Pueden ser por realizar acciones innecesarias, por omitir las necesarias o por realizarlas de forma inco-

recta» (UNE). Este concepto amplio del error incluye dentro del campo de la SP cualquier actuación cuyos resultados sean inferiores a los que pueden obtenerse llevando a cabo otra actuación sobre la que haya evidencia disponible.

Finalmente, entendemos por factor contribuyente «un factor antecedente de un evento, un efecto, un resultado o una consecuencia que es similar a una causa. Un factor contribuyente puede representar un fallo activo o una razón de que se produjera un fallo activo, como un factor situacional o una condición latente que desempeñó un papel en la génesis de la consecuencia» (OMS) o «factor contribuyente es toda circunstancia o acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o en la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente» (UNE).

Este concepto de «factor contribuyente» nos da pie para entrar en el siguiente punto.

### No hay culpables, sí posibilidades para aprender

En SP hablamos de por qué ha ocurrido o ha podido ocurrir, no de quién lo produjo.

Hablamos de daños asociados a la atención sanitaria, de daños provocados por el propio sistema sanitario. Por tanto, cuando se produce una situación de riesgo hemos de buscar dónde está fallando el sistema, no dónde está fallando el profesional implicado en la atención del caso.

La perspectiva de la orientación al sistema cuando se analiza un error es una premisa fundamental, básica, en la cultura de SP. Y lo es por varias razones:

La primera es de concepto. Los fallos se producen en el contexto del sistema sanitario, por tanto, es todo ese contexto el que tendremos que analizar para poder entender lo ocurrido. La responsabilidad o implicación de los profesionales hay que analizarla siempre en ese contexto.

Los errores se analizan para identificar barreras que puedan prevenir errores futuros al implantarlas. Los errores no suelen tener una sola causa. Por tanto, tenemos que identificar todas las causas que, en mayor o menor grado, han contribuido a que se llegue a la situación de riesgo y a que se produzca el error. Necesitamos conocer las causas para poder implantar las barreras que impidan que esas causas den lugar al error.

El queso de Reason<sup>11</sup> (figura 1) ilustra bien este concepto. Cada loncha de queso representa un tipo de barreras, por ejemplo formación, medios técnicos, supervisión, ayudas a la prescripción, alertas, etc. Cada una de esas lonchas, de esas barreras, puede presentar un fallo, pero solo cuando se alinean los fallos en las diferentes barreras el riesgo se transforma en daño. Por eso, la SP debe tener una perspectiva global y analizar conjuntamente todos los factores

y barreras que operan en la organización, en definitiva, la orientación al sistema. Se orienta a detectar todos los fallos que han hecho posible que se llegue al daño, real o potencial. En la [tabla 1](#) se presenta un listado de posibles factores contribuyentes, muy utilizado en nuestro medio.

Por contraposición, el modelo orientado a la persona que comete el error como forma de abordar los problemas de SP, se ha demostrado radicalmente ineficaz, ya que conduce a una cultura de la ocultación, dificultando la implantación de un sistema de notificación de incidentes, circunstancia absolutamente necesaria para mejorar la SP, o minimizando sus logros potenciales.

Por tanto, en caso de fallo, analicemos lo ocurrido, busquemos todos los elementos que han contribuido a que ocurra, y planteemos barreras que dificulten o impidan que vuelva a ocurrir.

### Para aprender necesitamos saber qué se ha hecho mal

La cultura de la SP empieza por disponer de un sistema de notificación de incidentes. Todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, asistenciales y de gestión, han de disponer de un sistema que permita notificar a los responsables de la SP en los centros y en las gerencias aquellas situaciones en las que ha existido un riesgo real o potencial para el paciente, independientemente de que haya producido daño o no. Se trata precisamente de identificar dónde está el riesgo, ya que una vez hecho esto se puede analizar, y planear e implementar defensas para evitarlo, minimizarlo o controlarlo. El conocimiento de los incidentes es un material valiosísimo para la mejora.

Pero tiene otros valores añadidos. El sistema de notificación de incidentes es una de las piezas fundamentales de la gestión de riesgos ya que:

- Favorece la implantación de la cultura de SP y es una prueba de la madurez del sistema. Comprobar que la comunicación de un incidente genera su análisis y promueve cambios convierte a los profesionales en agentes activos de la SP.
- Proporciona material imprescindible para su análisis y para el diseño de barreras frente al error, precisamente en el propio contexto asistencial. El sistema de notificación nos dice lo que está pasando en nuestras consultas, es decir, los problemas reales que ocurren en nuestro medio y en nuestro contexto preciso, allí donde se han de implantar las defensas para evitar el daño.

Un sistema de notificación puede ir desde una sencilla plantilla donde el profesional que notifica explica lo ocurrido a un complejo programa de notificación donde se recogen todas las circunstancias posibles de lo ocurrido. Evidentemente los primeros son más fáciles de cumplir que los segundos. Los modelos sencillos tienen utilidad para su análisis en el propio centro de salud donde se genera, donde además se puede completar la información con más facilidad. En todo caso debería incluir, como mínimo, la descripción del incidente, las posibles causas y las posibles soluciones propuestas por el notificador. Los modelos más complejos, además de tener esa misma utilidad, permiten el análisis de series de incidentes, lo que nos permite identificar áreas de problemas<sup>12</sup>. Por ejemplo, supongamos que en el sistema de notificación de incidentes que han promovido el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento y el Ministerio de Sanidad<sup>13</sup>, un sistema para la declaración de incidentes relacionados con la medicación, aparecen numerosos incidentes debidos a la prescripción por DOE (Denominación Oficial Española, la versión española de la Denominación Común Internacional) en medicamentos que no tienen especialidad farmacéutica genérica (EFG). En ese caso, quizás alguien podría reconsiderar la política de prescripción por DOE (de evidente interés científico y evidente riesgo para el paciente en el caso de no existir EFG) o podría revisarse la vieja y fallida aspiración de la bioapariencia de los envases de los medicamentos.

Por supuesto, el sistema ha de ser confidencial, pero eso no le libra de problemas legales. Hay países donde la legislación ampara los sistemas de notificación, cuya información queda a salvo de ingerencias legales. Pero no ocurre así en el nuestro, donde el Ministerio de Sanidad no ha encontrado todavía la manera de legislar al respecto. El sistema de notificación debe quedar a salvo de ingerencias legales tanto en sus contenidos como en la responsabilidad de las personas que lo gestionan, precisamente para que puedan declararse incidentes que no deben volver a ocurrir. Eso no es contradictorio con el resarcimiento de daños al paciente. Si un paciente ha sufrido un daño provocado por el sistema, ha de ser resarcido por ello, sin duda, porque ese es su derecho como ciudadano. El «blin-

FIGURA 1

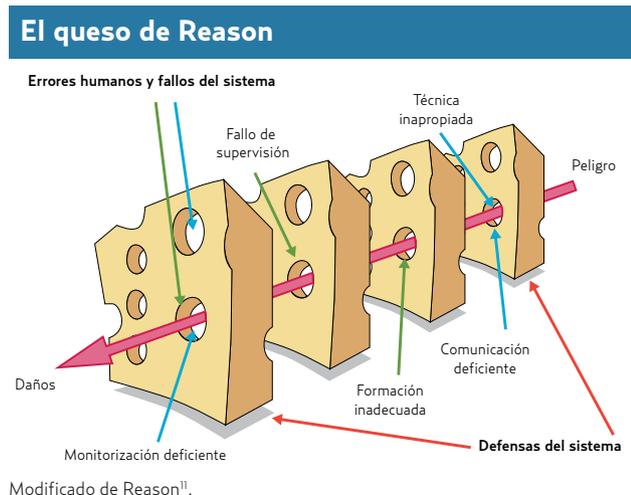


TABLA 1

## Factores que pueden contribuir a la aparición de un incidente de seguridad del paciente

## FACTORES CONTRIBUYENTES

**Relacionados con los pacientes**

Barreras que dificultan la comunicación (discapacidad, nivel de conciencia, demencia, idioma, etc.)

Ubicación del paciente (direcciones erróneas, difícil acceso, paciente atrapado, etc.)

Situación clínica, patología compleja, factores físicos, factores mentales y psicológicos, problemas de personalidad, problemas sociales y familiares, etc.

**Factores ligados a la tarea**

Protocolos, guía, procedimientos, procesos (existencia o no, disponibles, actualizados, comprensibles, relevantes, no ambiguos, simples, realistas, información aportada insuficiente, no difundidos, etc.)

Ayudas a la toma de decisiones (disponibilidad de ayudas, acceso a especialistas y personal con mayor experiencia, ayudas para el cálculo de dosis o velocidad de infusión, etc.)

Diseño de procedimientos o tareas (¿diseño adecuado? ¿realistas? ¿cada uno de los pasos del proceso puede ser llevado a cabo?)

**Comunicación entre profesionales**

Comunicación oral

Comunicación escrita (ilegible, inaccesible, incompleta, no actualizada, tardía, confusa, problemas con la terminología, abreviaturas, etc.)

**Información sobre el paciente**

Ausencia de datos en la HC, discrepancia entre datos HC, ilegibilidad HC, no disponible, confusa, etc.)

**Trabajo en equipo**

Asignación de responsabilidades

Supervisión, búsqueda de ayuda

Diferencia de criterios (entre miembros del mismo servicio o de distinto servicio)

**Formación y aprendizaje**

Competencia (conocimientos, habilidades, tiempo de experiencia, familiaridad con la tarea)

Formación para el desarrollo de las tareas o para actuar en circunstancias de emergencias

Planes de acogida

**Equipos/dispositivos**

Ausencia

Fallo de diseño

Error en la selección del equipo

Información correcta, consistente y clara, legible

Integridad (funcionamiento correcto, tamaño adecuado, fiabilidad, mantenimiento adecuado, especificaciones de seguridad efectivas)

Situación (correcta para el uso, almacenamiento adecuado)

Facilidad de uso (manual de usuario, equipamiento familiar, nuevo equipo, estandarización, equipos obsoletos, facilidad de uso)

Configuración lógica (fallo de teléfono, busca, etc.)

**Fármacos**

Etiquetado confuso

Envases o nombres similares

Conservación, almacenamiento, etc.

**Recursos humanos**

Valoración objetiva de la competencia antes de asignar tareas, asignación de personal sin experiencia

Número insuficiente

Falta de disponibilidad de un profesional. Planes de contingencia ante ausencias

Reparto de cargas de trabajo

Rotación de la plantilla. Porcentaje de personal temporal

Cambios frecuentes de tareas

Confección inadecuada de turnos y horarios

Turnos de trabajo prolongados

**Factores ambientales**

Temperatura, iluminación, nivel de ruido, distracciones, interrupciones frecuentes

**Situación de emergencia/imprevistos**

Ausencia de planes de actuación en situaciones de emergencia, en imprevistos: retraso de pacientes, cambios de citas

**Información a los pacientes****Factores individuales de los profesionales**

Carga física y mental no relacionada con el ambiente y la carga de trabajo (saturación mental, fatiga, enfermedad, preocupación, problemas domésticos, etc.)

HC: historia clínica.

daje» del sistema de notificación se refiere a que, llegado el caso, la justicia habrá de instruir en función de sus propias averiguaciones, sin recurrir a la información que pueda haber en el sistema de notificación. Los actuales sistemas de notificación deben eliminar los datos de identificación del declarante, si los hubiera, una vez que se ha obtenido la información necesaria para analizar el caso.

Es un problema complejo, pero en cualquier caso reiteramos:

La notificación de incidentes es una de las fuentes fundamentales de conocimiento en SP. Una organización que declara y analiza sus incidentes, y aprende de ellos, es una organización madura, con una cultura de SP implantada.

### Son muchos y evitables, ¿qué hacer?

Saber qué ocurre es importante, pero no suficiente. Es preciso comprender los factores contribuyentes y desarrollar estrategias de gestión del riesgo dirigidas a evitar lo evitable y mitigar las consecuencias de lo inevitable.

Con la experiencia actual, pensamos que las líneas de actuaciones principales en SP deben dirigirse a:

- Control de los pacientes polimedicados, particularmente de los mayores o que presentan factores de riesgo como vivir solos o tener afectadas sus facultades cognitivas. El gran número de prescripciones que se realizan en AP, propias o inducidas por otras especialidades, hacen que este sea, probablemente, el mayor problema de SP.
- Mejora de la continuidad asistencial; comunicación eficaz de todos los datos clínicos relevantes y conciliación de la medicación en todas las interfases asistenciales. Este es un problema vivido con gran preocupación. La información clínica, incluyendo pruebas complementarias, debe estar accesible para todos los profesionales que tratan a un paciente. La información debe fluir desde especializada hacia AP, pero también desde AP hacia especializada. De la misma manera, es imprescindible que cada paciente disponga de una lista única de prescripciones, gestionada por el médico de familia, que incluya las propuestas de todos los prescriptores que le atienden.
- Control de los medicamentos de riesgo (anticoagulantes, metotrexato, antirreumáticos modificadores de la enfermedad, factor de necrosis tumoral, etc.) cada vez más habituales en la práctica.
- Coordinación dentro del equipo asistencial. El médico y el enfermero que atienden a un paciente deben tener conciencia de la importancia del trabajo conjunto, de la transmisión de la información. En una asistencia en la que los enfermos crónicos tienen cada vez mayor presencia, puede ser necesaria la existencia de un espacio de agenda común, compartido, un tiempo específico en el que puedan llevar a cabo esa coordinación.
- Higiene de manos. Si bien los «5 momentos» que la OMS preconiza para los hospitales no son de aplicación en AP, este no deja de ser un problema también en nuestro ámbito. La adaptación que el grupo de trabajo de semFYC ha hecho para la AP, teniendo en cuenta nuestro entorno asistencial, recoge la información necesaria para abordar este punto<sup>14</sup>.
- Atención rápida a los procesos graves de rápida evolución. El retraso en el diagnóstico y tratamiento, sobre todo en procesos evolutivos de mal pronóstico, debe evitarse a toda costa. Una sospecha diagnóstica precoz puede modificar el curso de la enfermedad y el pronóstico para el paciente. Esto implica, por un lado, la formación en signos de alerta para sospechar el diagnóstico, pero también una organización de la asistencia que facilite la confirmación diagnóstica y el tratamiento precoz.
- Actuaciones sobre procedimientos y cuidados (sondajes, caídas, úlceras por presión, etc.). Todo el mundo de los cuidados está muy implicado en la SP. Los cuidados a domicilio son cada vez más complejos y, por tanto, de mayor riesgo. Hacen falta formación y medios para afrontarlos de manera segura.

Y a partir de estas propuestas, y de otras que pueden identificarse en la bibliografía científica, cualquier gerencia o cualquier centro de salud, e incluso cualquier consulta o equipo médico-enfermero, pueden tomar ideas para mejorar la práctica.

### Los roles de los protagonistas

En los eventos adversos hay dos protagonistas: los pacientes y los profesionales.

Los pacientes están incorporados en todas las estrategias diseñadas para implantar y mejorar la cultura de la SP. La propia OMS promueve la estrategia «Pacientes por la Seguridad de los Pacientes»<sup>15</sup>. Los roles que podrían tomar los pacientes<sup>16</sup> se agrupan en tres campos:

- La mejora de su propia seguridad. Incorporado como aliado de los sanitarios, interviene activamente en la mejora de su seguridad. Son muchas las herramientas de las que ya dispone<sup>17-19</sup> pero quizá lo más interesante sea el movimiento de pacientes formadores en SP, presente ya en muchas de nuestras CCAA.
- La colaboración con el sistema. El paciente tiene un punto de vista propio y diferente del de los profesionales que trabajamos en el sistema. Por eso debe incorporarse en la gestión de la SP, tanto para identificar problemas como para promover soluciones.
- Finalmente, el paciente debe ser incorporado en la gestión de los incidentes graves en los que se vea envuelto. Completa la información, libre de los sesgos provocados por el acomodo al sistema y la actitud acrítica, y como en el punto anterior, puede identificar as-

pectos del problema y proponer propuestas de mejora que, al ser vividas por el propio paciente, tienen muchas posibilidades de ser útiles para otros pacientes.

Pero debe señalarse que si bien hay consenso en el primer rol, la mejora de su propia seguridad, aparecen discrepancias en cuanto a la conveniencia de su colaboración con el sistema o a su participación en la gestión de los incidentes en que se vea envuelto. Estas reticencias no son infundadas, ya que para implicarles se requiere la colaboración de pacientes con un elevado nivel de conciencia, compromiso e interés por el mundo sanitario. Por otra parte, los pacientes y sus organizaciones pueden estar influidos por intereses políticos, industriales o de otro tipo que influyan en su objetividad y mediaten su actuación. Y como última consideración, el beneficio de disponer de su punto de vista original al no estar sesgado por la cultura sanitaria, puede ser un inconveniente a la hora de hacer sus propuestas si estas son poco realistas.

Cuando los pacientes sufren eventos adversos inesperados, los profesionales que los han atendido pueden ser las «segundas víctimas». Estos profesionales pueden sufrir un daño moral por pensar que han fallado a su paciente. También pueden poner en cuestión su competencia profesional y la elección de su carrera. Muchos acaban sufriendo depresiones e incluso abandonan su profesión, especialmente en los años de residencia y al inicio de su carrera profesional<sup>20,21</sup>.

Es responsabilidad de la Administración la defensa de unos y otros. Los pacientes deben ser informados de manera adecuada, empática y veraz, para lo que puede ser muy conveniente disponer de personal entrenado para hacerlo, que les acompañe en todo el proceso. Por supuesto, deben ser resarcidos por el daño sufrido y deben conocer qué medidas se han tomado para evitar la repetición del error y, a ser posible, deben participar en la elaboración de esas medidas.

Los profesionales, en tanto que víctimas, deben tener garantizada tanto la protección legal como el apoyo psicológico de su organización y deben sentirse acompañados por ella en todo momento.

## Y si todo está tan claro, ¿cómo podemos avanzar?

Ya hemos visto que la SP es un problema de magnitud considerable, una causa importante de morbimortalidad, evitable en la mayoría de los casos. Sabemos muchos de los problemas que provoca y conocemos sus soluciones. Llevamos años trabajando en promover esa cultura de seguridad, pero tenemos problemas para lograrlo. Así que cerramos este artículo con algunas consideraciones que nos ayuden a entender los porqués, y a pensar estrategias para resolverlos.

El objetivo es alcanzar un cambio cultural. Necesitamos difundir una cultura que haga que cada profesional sea un agente activo de la SP, que colabore proactivamente para lograr un entorno asistencial seguro, en el que pueda centrarse en su tarea fundamental, diagnosticar y tratar. Y necesitamos conseguir que los profesionales lo tomen como algo propio.

En mayo de 2010, Ian Yardley, recordando sus tiempos de médico residente, publicó el artículo «Cambiar la forma de ver la Seguridad del Paciente»<sup>5</sup>. El autor comentaba su animadversión inicial por las iniciativas referidas a la SP. Lo veía como una intromisión en su práctica, que él consideraba segura. Le parecía que la SP defendía al paciente de los médicos y él no se consideraba un agresor, sino todo lo contrario. Además, los medios de comunicación no ayudan, haciendo más énfasis en los errores personales que en los fallos del sistema. Aceptar la cultura de SP significaría aceptar que hemos fracasado, que no hemos sido capaces de hacer frente a las demandas de asistencia sanitaria moderna y hemos fallado a nuestros pacientes. Tomamos las decisiones, trabajamos con probabilidades, no con seguridades, y sabemos que podemos hacer las cosas mal. En este contexto es fácil ver cómo la oferta de una red de seguridad podría confundirse con una insinuación de que no somos lo suficientemente buenos en nuestro trabajo. Se supone que nos devalúa como profesionales, nos presenta como alguien que no ha sabido manejar los riesgos adecuadamente. Y pone el ejemplo de la lista de verificación quirúrgica, que puede ser vista como un enfoque mecánico para evitar nuestra incompetencia. Así que, según este autor, el énfasis debería pasar de proteger a los pacientes de los errores médicos a apoyar a los médicos que están trabajando duro en situaciones muy difíciles. En lugar de sugerir una cierta incapacidad del profesional para hacer frente a las demandas de una situación, se plantea que su papel es tan complejo que necesita apoyo para hacerlo. Suprimir el riesgo de fallos en el sistema permite a los médicos concentrarse en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, las cosas que realmente deben hacer por su formación y experiencia. Yardley, en su artículo, se refiere a los médicos, pero idénticos argumentos podemos aplicar al trabajo de enfermería.

Otro aspecto, que complementaría las tesis de Yardley, puede ser la diferencia de puntos de vista entre asistenciales y gestores. Los programas para mejorar el control de los pacientes polimedificados son relativamente fáciles de implantar y suelen alcanzar un cierto éxito, e incluso algunos un éxito rotundo<sup>22</sup>. Sin embargo, los de higiene de manos no son tan fáciles de implantar y desconocemos todavía sus resultados. Los asistenciales somos conscientes de que la polimedicación es un problema muy importante en nuestros pacientes complejos, tenemos experiencia propia sobre ello y vivimos el problema como propio. Pero no vivimos la higiene de manos como un

problema, porque no tenemos la percepción de que seamos un foco de diseminación de enfermedades. Como no tenemos esa percepción entendemos que la higiene de manos es una propuesta que interesa a la administración, pero no a los asistenciales, cuando en realidad hay un fuerte consenso en su utilidad también en AP. Esa aparente, y a veces real, diferencia de intereses o de prioridades puede minar la credibilidad de las estrategias para la mejora de la SP, y hacernos pensar que la SP es un asunto de los gestores cuando en realidad, si hay un aspecto de la calidad asistencial que nos atañe directamente y debemos asumir es el de la SP. Debemos entender que seguridad del paciente es sinónimo de seguridad del proceso asistencial, y el proceso asistencial es nuestro trabajo.

Leistikow<sup>6</sup> habla de cuatro desafíos para facilitar la implantación de la cultura de seguridad: visibilidad, ambigüedad, complejidad y autonomía. Debemos trabajar en hacer visible la importancia del problema, mediante estudios con metodología potente e incontrovertible. Debemos evitar la ambigüedad profundizando en las relaciones de causalidad entre la asistencia y el daño; que los daños provocados por la asistencia se consideren como tales y los provocados por la enfermedad como parte de su evolución natural. Debemos ser capaces de analizar sistemas complejos, para identificar los aspectos de mayor riesgo y plantear defensas frente al error. Y debemos aprender que la autonomía de los profesionales debe estar al servicio de la SP, y no generar problemas por las discrepancias entre estos profesionales.

Posiblemente los años de formación, tanto durante la carrera como en el período de especialización, sean una oportunidad clave para crear esa cultura de la SP que proponemos. Los resultados obtenidos en el estudio de Saura-Llamas<sup>4</sup>, muy alejados de los obtenidos por Borrrell-Carrió<sup>2</sup>, nos permiten pensar que tutores y unidades docentes podrían estar haciendo un buen trabajo en este campo, al menos en algunos casos. Un trabajo que necesitará de cambios en el programa de la especialidad, que tendrá que adaptarse a la realidad e incluir la SP en el currículo<sup>23</sup>.

Pero, además de los profesionales y de los pacientes, hay un tercer participante en la seguridad del paciente, la administración sanitaria. El desarrollo de la SP está siendo muy dispar entre los servicios de salud de nuestro país. Coexisten comunidades con un fuerte grado de desarrollo de actividades relacionadas con la SP, de formación, incluso de participación de los pacientes, con otras que apenas muestran interés por el tema. Si hablábamos del sistema de notificación como básico y fundamental, hay sistemas sanitarios que los han creado y promovido, que han trabajado su difusión y su utilización, y que son modelo en este campo. Otras lo están trabajando y van obteniendo resultados. Pero otras ni lo han iniciado (la primeras reuniones

de las CCAA con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI] se remontan a 2005 o son anteriores) lo que pone en evidencia su escaso interés por el tema. Una administración sanitaria con tan baja conciencia del problema no puede pedir a sus profesionales que se impliquen en la SP y no puede pasar la responsabilidad del tema a los profesionales clínicos.

Posiblemente para desarrollar una potente cultura de SP necesitamos una administración que entienda la importancia del problema y asuma de manera decidida su liderazgo, facilitando formación y medios a las gerencias y centros de salud. En este marco, desde las gerencias y sistemas sanitarios se pueden trabajar mejoras para la seguridad que sobrepasan las posibilidades de los centros, y desde los centros se pueden identificar problemas y diseñar soluciones desde la base asistencial. Esta convergencia de procedimientos e intereses puede ser la mejor vía para mejorar la SP.

Somos conscientes de que la implantación de una cultura de SP es un proceso complejo, que presenta más dificultades de las razonablemente previsibles, pero que es de una importancia tan evidente que acabará por imponerse. Los profesionales debemos entender que es un problema muy real, porque trabajamos en una profesión difícil, y que necesitamos un entorno libre de errores para asegurar los resultados de nuestro trabajo. Y la administración debe entender que solo será creíble en este campo si los profesionales ven que las propuestas y las actividades que se proponen son coherentes con los problemas que se viven en las consultas.

Por nuestra parte, y para acabar, hemos traducido y validado el cuestionario MOSPS (*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*), para medir la cultura de seguridad en AP<sup>24</sup>, que estamos aplicando en una encuesta a nivel de toda España, y cuyos resultados van a permitir conocer con precisión la situación de los diferentes servicios de salud. Este puede ser un buen punto de partida para ver cómo evoluciona en nuestro país este tema tan trascendental.

## Para saber más

Mejorar la seguridad del paciente, más que una meta, es una forma de trabajar. Un viaje sin fin que requiere dosis de prudencia, perseverancia y aplicación del mejor conocimiento disponible<sup>25</sup>.

Actualmente existen multitud de centros, instituciones y organismos que facilitan información válida y fiable en relación a la seguridad del paciente en AP. Consideramos de interés para cualquier profesional de AP interesado en la seguridad del paciente la consulta de los siguientes recursos electrónicos:

- El monográfico de la *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* disponible en la Biblioteca de la Fundación Josep Laporte (<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap>)
- El documento «7 pasos en la seguridad del paciente en atención primaria»<sup>15</sup>, elaborado por la Agencia Nacional de Seguridad del paciente del Reino Unido y otros documentos y materiales formativos de gran valor disponibles en la página de seguridad del paciente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (<http://www.seguridaddelpaciente.es/>)
- El blog <http://sano-y-salvo.blogspot.com/> promovido desde el Grupo de Trabajo de la semFYC de Seguridad del Paciente.
- Las ponencias y comunicaciones de las Jornadas de Seguridad del Paciente en Atención Primaria organizadas conjuntamente por la semFYC y la Sociedad Española de Calidad Asistencial en los últimos años (<http://www.seguridadpaciente.com>)

## Resumen

La seguridad del paciente, entendida como una manera de trabajar que facilita a los profesionales y al sistema una asistencia razonablemente libre de daños, es un tema que ha venido para quedarse. Su interés es tal que todos, profesionales asistenciales y administración sanitaria, debemos implicarnos en desarrollar una cultura de mejora de la seguridad del paciente.

La medicación (particularmente en pacientes de riesgo), la comunicación entre niveles, la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales, el diagnóstico y tratamiento rápido en procesos de riesgo, unos cuidados y procedimientos seguros, la coordinación dentro del equipo asistencial, y la higiene de manos son aspectos importantes en este campo.

El liderazgo convencido de la administración y las gerencias, y la implicación de los clínicos, pueden y deben crear un entorno asistencial donde el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados puedan llevarse a cabo con razonable seguridad.

## Bibliografía

1. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38(1):25-32.
3. Alianza para la seguridad del paciente. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/> (consultado el 1/7/2011).
4. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. *Semergen*. 2011;37(6):280-6.
5. Yardley I. Changing the way we look at patient safety. Disponible en: <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20000985> (consultado el 1/7/2011).
6. Leistikow IP, Kalkman CJ, de Brujin H. Why patient safety is such a tough nut to crack. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3447> (consultado el 1/7/2011).
7. Makeham M, Kidd MR, Saltman DC, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C, et al. The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. *MJA*. 2006;185:95-8.
8. Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:443-7.
9. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) (consultado el 2/7/2011).
10. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente. Norma UNE 179003. AENOR 2010. Madrid.
11. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70. (Consultado el 2/7/2011.)
12. Aranaz JM. Acerca de los sistemas de notificación y registro de sucesos adversos. *Rev Calid Asist*. 2009;24(1):1-2.
13. Recomendaciones sobre Higiene de manos en Atención Primaria. Disponible en: <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2008/12/recomendaciones-sobre-higiene-de-las.html> (consultado el 15/7/2011).
14. Notificación de errores al ISMP-España. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/20> (consultado el 12/7/2011).
15. OMS. Patients for patient safety. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/) (consultado el 2/7/2011).
16. Siete pasos para la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria. NHS (traducción del MSPSI). Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete\\_pasos\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf) (consultado el 2/7/2011).
17. AHRQ. Consumer & Patients. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/> (consultado el 2/7/2011).
18. semFYC. Tu Centro de Salud. Disponible en: [http://www.semfyces.es/es/home/centro\\_salud/](http://www.semfyces.es/es/home/centro_salud/) (consultado el 2/7/2011).
19. National Patient Safety Agency. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/> (consultado el 2/7/2011).
20. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The Natural History of Recovery for the Health Care Provider «Second Victim» After Adverse Patient Events. Disponible en: *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30 (consultado el 1/7/2011).
21. Nelson WA, Beyea SC. The role of an ethical culture for the prevention and recovery of «second victims». *Qual Saf Health Care*. 2009;18:323-4 (consultado el 1/7/2011).
22. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo J, Cañada Dorado MA, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedcado en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2009;24:24-31.
23. Saura-Llamas J, y Grupo de Seguridad del Paciente de la semFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 2010;42:539-40.
24. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
25. Aibar C, Aranaz JM. Seguridad del paciente: cuaderno de bitácora. Abril 2007. IIE Academia Nacional, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial26.pdf> (consultado 2/7/2011).