

Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud

■ Sergio Luengas Amaya

Médico, director del proyecto de Seguridad del Paciente del Centro de Gestión Hospitalaria

En el 2006, intentamos enfocar nuestro Foro Internacional en el tema de seguridad del paciente. Sin embargo, para esa época no fue posible encontrar un número suficiente de experiencias colombianas para desarrollar el eje temático. Para el 2007 la situación fue completamente diferente, lo que llevó a que el evento versara exclusivamente sobre este tema. Es sorprendente, por su rapidez y despliegue, cómo ha sido abordado por las organizaciones del sector. En tan sólo dos años, las instituciones y los profesionales han mostrado

una genuina preocupación por disminuir errores y eventos adversos durante la atención en salud.

El sistema de acreditación, en todos sus niveles, se propuso inculcar el concepto de seguridad, y lo ha logrado gracias al trabajo del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (Icontec), de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud y del Ministerio de la Protección Social. El Ministerio logró incorporar a Colombia en el proyecto IBEAS, cuyos propósitos son caracterizar y medir los eventos adversos en el país.



Adicionalmente, ha publicado dos multimedia con conceptos para fomentar políticas de seguridad nacionales y organizacionales. En la actualidad hay múltiples instituciones prestadoras de servicios de salud que promueven diferentes estrategias y actividades internas para abordar el tema de la seguridad del paciente. Estas incluyen diseño de políticas, implementación de rondas de seguridad, mediciones de cultura, estrategias de reporte y análisis de eventos adversos e intervenciones en riesgos específicos.

Así mismo, las entidades de aseguramiento están abordando estrategias de reporte y mecanismos de análisis de eventos adversos. Las instituciones educativas también están promoviendo el tema. Conocemos, al menos, cinco programas en el país orientados exclusivamente a la seguridad del paciente. En tan sólo dos años este tema ha permeado más que todo al Sistema de Garantía de Calidad, desde el 2002, sobre todo en lo que se refiere a profesionales de la salud.

Este *boom*, como todos, está expuesto a amenazas. Dentro de ellas identificamos dos que atentan directamente contra la consolidación del tema en el sistema, antes de que pueda demostrar resultados tangibles.

La primera es un excesivo énfasis en lo conceptual. Las estadísticas que con abundancia encontramos en la literatura son lo suficientemente concretas y específicas como para que las estrategias y las acciones sobre eventos adversos también lo sean. Con frecuencia, los profesionales clínicos se quejan de que los logros que se mencionan, como salvar cinco millones de vidas, eliminar las caídas de camillas y las neumonías asociadas con ventilador, etc., han ocurrido en hospitales del Japón, Australia, Europa o Estados Unidos, y ninguno en hospitales colombianos o latinoamericanos.

Las actividades y estrategias a que hicimos referencia, que tanto se han incrementado en Colombia, se han enfocado en “sensibilizar” a los profesionales y a las instituciones, pero no en estrategias concretas de medición, análisis, intervención, estandarización y transformación de la cultura hacia la creación de entornos seguros de atención. Sin pretender restarle importancia a la

concientización acerca del problema, la verdad es que los clínicos quieren ver acciones específicas, herramientas prácticas y resultados concretos en nuestro país. En Colombia ya estamos listos para pasar de la fase de sensibilización a la de acción.

La segunda amenaza relevante es la dispersión de estrategias y acciones. Hoy la literatura es prolija en hallazgos, estadísticas, estrategias y herramientas prácticas para reducir eventos adversos. Esto invita a implementar acciones poco planificadas, en la medida en que se van promoviendo, sin que exista un modelo formal que permita estructurarlas de manera sistemática, con un foco concreto.

Ejemplos de ellas son: la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el lavado de manos, luego hay que implementar una campaña con tal fin; en las noticias se informa el caso de una operación de órgano par equivocado, luego hay que desarrollar un estándar de verificación del sitio correcto; dado que los eventos adversos medicamentosos son los más frecuentes, hay que adquirir un *software* para formulación; las caídas de camillas son muy frecuentes, luego hay que implementar una escala para medición del riesgo de caídas; como la norma exige reportar la cancelación quirúrgica y la pérdida de pacientes, formalicemos la estadística de salas de cirugía y hablemos con el personal encargado de seguridad.

Al final es posible que una institución se encuentre desarrollando ocho, diez o más programas o proyectos de seguridad, de manera simultánea, algunos de ellos sin relación con el tipo de pacientes que atiende o de servicios que presta, mientras los clínicos se preguntan “y de resultados ¿qué?”.

Las consecuencias de la dispersión de esfuerzos son previsible. ¿Qué grado de compromiso podemos esperar con un programa de seguridad en cirugía en una institución de primer nivel cuyo foco son la promoción y la prevención? De hecho, la experiencia nos enseña que las instituciones con resultados son aquellas que diseñan e implementan programas sistemáticos, congruentes con sus prioridades y servicios institucionales, de manera que, en general, se comprometen con programas y proyectos centrados en el tipo de pacientes que atienden, que representan su principal foco de

El modelo de gestión de seguridad del paciente, desarrollado por el Centro de Gestión Hospitalaria, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad.

atención y, en consecuencia, logran resultados prácticos, demostrables.

Hay premisas fundamentales para que la iniciativa de trabajar por la seguridad del paciente sea efectiva. Mencionemos las siguientes: el esfuerzo debe ser colectivo, sistemático y continuado; tener metas cuantitativas explícitas; debe tener un foco concreto y claro; involucrar los principales factores que intervienen en este; contar con el respaldo explícito y demostrable del equipo directivo institucional; abordar temas que todos consideren relevantes para su práctica diaria, y, con base en todo lo anterior, tener credibilidad.

La credibilidad en la iniciativa se fortalecerá en la medida en que las personas que han aportado para su diseño e implementación se ven recompensadas por resultados cuantificados. De hecho, estos, con frecuencia, el único propósito con el que los clínicos se comprometen: resultados exitosos con los pacientes que atienden. Por el contrario, si no

se obtienen resultados en periodos razonables, los equipos se cansan y los proyectos se abandonan.

Hace más de un año, el Centro de Gestión Hospitalaria, en alianza con la Fundación Corona, inició un proyecto cuyo fin es diseñar un modelo para facilitar el abordaje de la seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud. Algunas de las características previstas para el diseño fueron:

- Definición de un elemento cuantificable que focalizara y articulara todos los componentes del modelo (hoy entendemos que ese foco debe centrarse en un evento adverso).
- Definición de herramientas articuladas entre sí, efectivas y aplicables en la prestación de servicios de salud en Colombia.

Estas premisas se transformaron en criterios clave para el diseño del modelo, y enfrentan las amenazas planteadas en los párrafos anteriores. Por modelo de seguridad entendemos *el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente en una institución de salud un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencian para, de forma deliberada, reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindar la atención en un entorno seguro y generar y mantener una cultura de seguridad.*

El modelo de gestión de seguridad del paciente, desarrollado por el Centro de Gestión Hospitalaria, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y cultura de seguridad.

Estos dos elementos son mutuamente dependientes, y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse mutuamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto si no cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos.

En estos dos ámbitos se implementan diferentes herramientas: las duras, que son las de identificación, análisis e intervención de errores y eventos adversos, apoyadas en la literatura y la evidencia,

y tienen como propósito diseñar estándares para procesos seguros. De otra parte, las herramientas blandas, que son aquellas orientadas a promover y fomentar la cultura de seguridad.

Ambos elementos deben partir de una plataforma estratégica, en la que se identifiquen de manera explícita políticas de calidad y de seguridad del paciente. A partir de esta se define un foco de intervención coherente con ella, con las prioridades institucionales y con las políticas de calidad y seguridad. El Gráfico 1 ilustra el modelo descrito.

El presente escrito no pretende describir en detalle cada una de las herramientas y estrategias señaladas en el gráfico. No obstante, hay algunos conceptos que debemos resaltar:

- El foco se define a partir de la plataforma estratégica y permea el resto de las estrategias y herramientas.

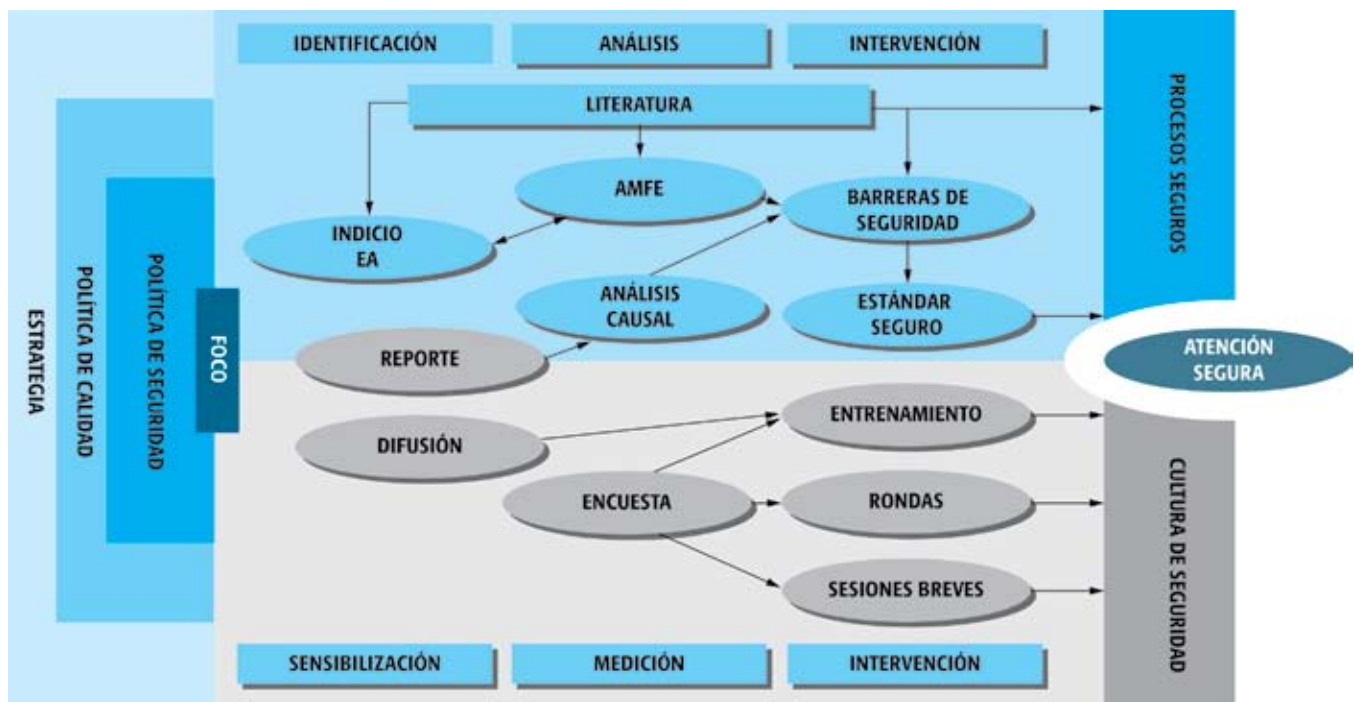
- Las herramientas duras en el ámbito de procesos están articuladas entre sí mediante una secuencia que busca finalmente el diseño de barreras de seguridad, que alimentan los estándares de atención, probadas en la institución.
- La literatura y la evidencia sustentan las diferentes acciones para identificar, analizar e intervenir eventos adversos. Es posible utilizar la literatura para implementar, desde el principio, procesos seguros. No obstante, la cadena de identificación y análisis de errores y eventos adversos propios de la institución y del foco es la secuencia que permite mantener la coherencia de las acciones específicas en aras de la efectividad.
- El sistema institucional de reporte es una herramienta útil, dirigida a incidir en la cultura organizacional. Más allá de su utilidad como

fente de aprendizaje, no lo es para la caracterización o para la medición de la incidencia o prevalencia de eventos adversos o errores. Hay estudios que muestran que tan sólo entre un 1% y un 10% de los eventos adversos se reportan, lo cual le quita cualquier validez al reporte voluntario como herramienta estadística.

La observación del modelo en su conjunto permite identificar e integrar los tres elementos que interactúan en toda organización para el logro de la calidad y, en este caso, de la seguridad del paciente: la estrategia, la gestión de procesos y la cultura organizacional. Es una forma de pensamiento gerencial en un modelo ya conocido y promovido por el Centro de Gestión Hospitalaria. Este modelo se encuentra en fase de implementación en varias instituciones del país. La experiencia acumulada durante esta fase será objeto de escritos posteriores.

GRÁFICO 1

MODELO DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Fuente: elaboración propia.

Calidad y cultura: dos conceptos inseparables

La calidad en salud no depende de un atributo único del servicio; por el contrario, depende de muchos, entre los cuales se destacan la efectividad, la seguridad, la eficiencia y el foco. De acuerdo con nuestro marco conceptual, estas dimensiones de la calidad se sustentan en un quinto atributo, el factor humano, para expresar que, sin desconocer la importancia de los otros, este es especialmente crítico. En este orden de ideas, cualquier definición de calidad tiene que incluir al menos estas cinco dimensiones.

Es evidente que el buen resultado de cualquier intervención en salud (preventiva o asistencial) depende de la disposición y de la idoneidad de las personas que tienen a su cargo planearla y ejecutarla. En conjunto, la disposición y la idoneidad no son más que las competencias humanas, sin las cuales la probabilidad de obtener determinado resultado es incierta.

Las competencias de las personas pertenecen a una de dos grandes esferas: las generales, es decir, aquellas relacionadas con aspectos como trabajo en equipo, liderazgo, relaciones interpersonales, respuesta a la crítica, etc., y las específicas, esto es, aquellas que dependen de la formación y experiencia profesional. Un profesional con excelentes credenciales académicas y amplia experiencia puede ser incapaz de trabajar en equipo,

comunicarse y relacionarse adecuadamente con sus pares, subordinados y pacientes.

Por otra parte, uno muy hábil para trabajar en equipo, para comunicarse y para agradar a quienes lo rodean puede no tener la experiencia mínima necesaria para ejecutar una tarea. El primer caso ilustra una situación en la que las competencias específicas existen, pero no así las generales. En el segundo caso, la situación es la contraria. En ninguno de los dos la calidad podrá ser la ideal.

Cultura, por su parte, es el conjunto de respuestas aprendidas por los individuos dentro de un grupo, que tiene como propósito adaptarse y sobrevivir dentro de él. Como tal, presupone un patrón integrado de comportamientos individuales y grupales, que ocurre alrededor de creencias y valores compartidos.

Todo grupo humano, independientemente de que su organización sea formal o informal, tiene valores y creencias colectivas que determinan el comportamiento individual de quienes lo integran y del grupo como tal. Dichos valores y creencias pueden ser implícitas o explícitas, pero siempre producto de la conducta, deliberada o no, de los líderes.

En una organización en la que los líderes demuestran mediante acciones puntuales y concretas que decir la verdad, no ocultar los errores y



respetar a los demás son las formas de permanecer, el patrón de comportamiento de los individuos se irá adaptando progresivamente a ellas, porque en este ambiente la mentira, el ocultamiento y el maltrato hacia los demás son el camino más corto hacia la desvinculación.

Por el contrario, cuando los líderes prefieren y recompensan a quienes los alaban y no los contradicen, el grupo aprende que la fórmula más efectiva para sobrevivir es ser complaciente, sumiso, conforme y elogioso hacia sus superiores. En ambos casos se ha fomentado una cultura: en el primer caso sana y en el segundo perversa y dañina.

En una organización en la que a la calidad, entendida como el conjunto de las cinco dimensiones brevemente esbozadas al principio, se le da valor mediante acciones, conductas y comportamientos que dan testimonio de ello, la calidad no sólo es posible, sino probable, porque en ella se está fomentando una cultura que la soporta.

Sergio Castaño (1), en su artículo “¿Qué tan importante es la gestión de la cultura en el proceso de la calidad?”, hace énfasis en que la cultura es primero, es decir, es la condición necesaria para que la calidad, lejos de un discurso teórico, sea algo palpable, que los usuarios sientan. Mediante un ejemplo, por demás ameno y bien seleccionado,

ilustra cómo la calidad de un producto específico depende de un conjunto integrado de acciones, conductas y comportamientos individuales y grupales que buscan resultados y se apoyan en competencias generales y específicas de los integrantes del equipo, no en fórmulas abstractas.

Sergio Luengas (2), en el artículo “Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud”, plantea que sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros, cuando se refiere al Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente propuesto por el Centro de Gestión Hospitalaria para las instituciones de salud. En este, la cultura deseada se describe como un ambiente en que se habla libremente y sin prevención de los errores, se aprende de ellos, nunca se personalizan y se castiga el ocultamiento. Este patrón de comportamiento no se da de manera natural. De hecho, la experiencia muestra que la cultura espontánea tiende a ser exactamente la opuesta, es decir, una en que los errores se personalizan y ocultan por miedo al castigo, y no se aprende de ellos.

Conceptualmente, para ambos autores, el direccionamiento estratégico define los grandes propósitos organizacionales y la cultura requerida para lograrlos. Esta, a su vez, tiene que gestionarse mediante herramientas concretas y específicas, y constituye el “secreto” de la calidad.

Sergio Luengas, plantea que sin cultura de seguridad difícilmente puede haber procesos seguros, y por ello se refiere al Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente propuesto para las instituciones de salud. En este, la cultura deseada se describe como un ambiente en que se habla libremente y sin prevención de los errores, se aprende de ellos, nunca se personalizan y se castiga el ocultamiento.

1. Via Salud (2008). 43: 8-15

2. Via Salud (2008). 43: 2-5