



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”
Multidisciplinario
10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México
ISBN: 978-607-95635

**“Estudio Preliminar para establecer un Sistema de Gestión para los Eventos
Adversos de un Hospital”**

Israel Flores Aguilar

Ing. Sistemas Computacionales

floresaguilarisrael@gmail.com

Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

México, D.F. Noviembre 2013

Resumen

La seguridad de los pacientes es un tema complejo en el que participan e interaccionan múltiples disciplinas y procesos, los cuales requieren un enfoque integrado que permita mejorarla. Es un principio fundamental de la atención al paciente y una dimensión de la calidad, incluso una condición (sin seguridad no puede existir calidad). La gestión de la seguridad abarca muchas disciplinas de la atención sanitaria, por lo que se necesita un enfoque global y multifactorial para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada ámbito. Ahora bien ¿Por qué la seguridad del paciente?, es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad, si bien sabemos en las intervenciones en atención de salud que se realizan a los pacientes es para obtener un beneficio a su persona más no se debe causar daño, sin embargo esto en ocasiones no es así.

Existen variados eventos o circunstancias que dan lugar a daños innecesarios a un paciente por infinidad de razones, las cuales se pueden deber a que no exista un proceso adecuado para llevar a cabo cierta actividad, que no exista comunicación entre los profesionales, medicamento mal etiquetado o etiquetado de apariencia similar, problemas con equipos y dispositivos de la administración, confusión en la identificación de pacientes, entre otros muchos.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Para lo anterior se estableció un sistema adecuado de notificación de incidentes de carácter obligatorio o voluntario relacionados a la seguridad del paciente para establecer el perfil de los problemas más frecuentes en un Hospital, aprender de ellos y mejorar o disminuir los riesgos de incidentes.

Palabras Clave: Análisis de riesgos, Hospitales, Sistema de Gestión, Eventos Adversos.

Introducción

El riesgo de la asistencia sanitaria en general, es un grave problema que está siendo abordado de forma prioritaria en los últimos años por las autoridades sanitarias de algunos países, sobre todo EEUU y Australia, y más recientemente Gran Bretaña y Canadá. Diversos estudios publicados hace dos décadas, revelaron el evento “*costo asistencial*” y económico de este problema. Además, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima.

El aumento progresivo de la incidencia de los incidentes en los sistemas sanitarios de los países se atribuye a varios factores, entre los que destacan fundamentalmente la falta de información del sistema sanitario, derivada de la escasa inversión en tecnologías de la Información en este sector, y la creciente complejidad de los procedimientos terapéuticos, ya que no cabe duda de que **«la complejidad es un enemigo de la seguridad»**.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

También hay que citar la especialización y segmentación de la asistencia sanitaria, la elevada disponibilidad de medicamentos de difícil conocimiento y manejo, y el desconocimiento de las propiedades farmacológicas de los medicamentos, especialmente de las interacciones. Es decir, en los países desarrollados se ha producido un enorme incremento en la complejidad y especialización de la asistencia, a la que se han incorporado tecnologías y tratamientos muy avanzados, mientras que ésta no ha sido capaz de incorporar paralelamente las nuevas tecnologías a los procedimientos de trabajo, los cuales se encuentran completamente desfasados. A todo esto hay que añadir la existencia de una cultura profesional sanitaria que tiende a ocultar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y sus causas.

Los gestores de riesgos están adoptando una actitud más activa en los hospitales, colaborando con el resto de los profesionales sanitarios en el desarrollo de iniciativas de prevención de errores. La gestión de riesgos clínicos es un nuevo modelo de pensamiento. En la administración tradicional, el jefe aplica el enfoque de solución de problemas, por lo tanto, es responsable de: a) identificar los problemas, b) priorizarlos y c) darles la mejor solución. En la gestión de riesgos, el líder se enfoca a: a) identificar riesgos, b) controlarlos y c) evitar que se presenten problemas.

Fundamentos de las estrategias de mejora de la seguridad

El estudio científico de los errores es relativamente reciente y se ha abordado desde disciplinas muy dispares, como son la psicología cognitiva, la sociología de



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

equipos y organizaciones, la ingeniería de factores humanos y el análisis de sistemas. En el ámbito sanitario estas técnicas comenzaron a introducirse en los servicios de anestesia con muy buenos resultados en la década de los ochenta, y en los últimos años están constituyendo la base de todos los programas e iniciativas de prevención de riesgos.

En este sentido, hay varios conceptos fundamentales sobre cómo enfocar la mejora de la seguridad que interesa conocer, y se resumen a continuación:

- **Error es humano.** El primer concepto es considerar que el error es un fenómeno inherente a la naturaleza humana y que ocurre incluso en los sistemas más perfectos. Es decir, es necesario asumir que, independientemente de la capacitación y del cuidado de las personas, los errores pueden ocurrir e invariablemente ocurrirán en cualquier proceso humano, incluyendo en el complejo sistema sanitario. Teniendo en cuenta que no es posible modificar la condición humana, para mejorar la seguridad de la asistencia, lo realista entonces será modificar las condiciones en las que las personas trabajan. Para ellos es necesario crear sistemas sanitarios seguros que sean resistentes a los errores humanos, es decir, que ayuden a prevenir los errores, a identificarlos y/o a minimizar sus consecuencias.
- **La seguridad no reside en los individuos, sino que es una característica de un sistema en su conjunto.** Los errores deben analizarse desde la perspectiva de que se producen porque existen fallos en los componentes de sistema (*System approach*) y no por incompetencia o fallos de los individuos (*Person approach*), como ha sido el enfoque tradicional hasta ahora. Cuando se analizan los accidentes desde la



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

perspectiva del análisis de sistemas se suele comprobar que incluso los más simples no se deben a un único fallo, si no que casi siempre son el resultado de la combinación de múltiples fallos o errores, entre los que se distinguen, por una parte, fallos latentes y, por otra, fallos activo. En consecuencia, castigar o eliminar al individuo «culpable» del error no va a modificar los defectos latentes del sistema y es probable que el mismo error vuelva a suceder otra vez. Por ello, se suele decir que cuando se produce un accidente no se debe tratar de buscar quien intervino en el mismo, sino que lo que interesa es analizarlo para identificar cómo y por qué se ha producido.

- **Para mejorar la seguridad de los sistemas es preciso aprender de los propios errores que se producen.** Sólo así es posible identificar las causas que los originan y desarrollar estrategias para evitar que se repitan. Para ellos es preciso crear una cultura profesional no punitiva que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación y el análisis de los errores.
- **La cultura general, el flujo de decisiones y los procedimientos de una Organización desempeñan un papel decisivo en su seguridad.** El estudio de las denominadas organizaciones de «alta fiabilidad», que son aquellas que trabajan en condiciones de alto riesgo y que sin embargo presentan una baja frecuencia de accidentes, ha permitido conocer que poseen unas características específicas que explican su escasa siniestralidad. Estas características son las que se tratan de introducir en los sectores como el sanitario. Así, estas organizaciones muestran una preocupación constante por la seguridad a la que consideran un valor corporativo. No confían en su éxito, sino que sistemáticamente revisan y controlan su Organización y sus procedimientos de trabajo. No esperan a



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

que ocurra un accidente, sino que se anticipan e investigan todas aquellas circunstancias y cambios que puedan comprometer su seguridad. Confían en la estandarización de los equipos y procedimientos para reducir la variabilidad. Capacitan a sus miembros en prácticas de seguridad, los forman en el trabajo en equipo y los entrenan para asumir menos y observar más. Tienen estructuras de decisión flexibles basadas en la experiencia de los profesionales que trabajan en primera línea, sobre todo ante situaciones de crisis. Disponen de sistemas no punitivos de comunicación y de flujo de la Información sobre los fallos e incidentes, y demuestran el valor positivo de esta Información para utilizarla y hacer cambios constructivos.

La gestión de riesgos clínicos mejora la calidad asistencial, mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los pacientes intentando suprimir los errores evitables. La puesta en marcha de programas de gestión de riesgos clínicos requiere de la creación de unidades dentro del organigrama hospitalario destinadas a canalizar las actividades relacionadas con la seguridad del paciente.

En Estados Unidos y en el Reino Unido el problema de la seguridad de los pacientes se intenta abordar mediante la creación de unidades de gestión de riesgos o nombramiento de gestores de riesgo en el entorno hospitalario, y existen algunas experiencias menores en atención primaria. Los objetivos de las unidades son diferentes según el funcionamiento del sistema sanitario, pero siempre están enfocados a mejorar los niveles de seguridad de la atención sanitaria, como causa primaria, y a disminuir las demandas asociadas a los errores, como causa secundaria.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

En Estados Unidos, las unidades de gestión de riesgos suelen estar ampliamente dotadas de personal, y sus objetivos primordiales son la Investigación de los incidentes, la evaluación de las situaciones de riesgo (risk assessment), el trámite de las reclamaciones, la supervisión de las causas de litigio y la estructuración de los pagos de las indemnizaciones.

En el Reino Unido, la gestión de riesgos se asocia con la figura individual del gestor de riesgos que, por lo general, se ocupa de la Investigación de los incidentes, la evaluación de las situaciones de riesgo, el trámite de las demandas y las reclamaciones; en ocasiones también es responsable de la gestión de riesgos laborales, el área de calidad y las auditorías. En ese país la existencia de una clara Política de gestión de riesgos se ha ligado al aspecto económico. La Política en gestión de riesgos debe ajustarse lo más posible a los estándares marcados por el Central Negligence Scheme for Trust (CNST). Cuanto mejor se cumplan los estándares, mayor disminución del costo de la póliza de aseguramiento se producirá.

En ambos países, la investigación de los incidentes se basa en el análisis de los incidentes notificados por el personal del hospital que han dañado o han podido dañar a un paciente o sus familiares. La notificación permite la recogida de un amplio espectro de incidentes, cuyo análisis permite identificar problemas asociados de la Organización, el sistema o el ambiente, factores que pueden influir en la aparición del error humano.



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Metodología

La metodología empleada en este caso de estudio que interviene trabajo de campo como de gabinete será de tipo cualitativa y cuantitativa, donde se llevarán a cabo entrevistas y la aplicación de encuestas para establecer una base que permita acceder a información veraz y confiable.

Dichas entrevistas se realizarán a personal del área de calidad para conocer la situación actual de los incidentes reportados, y su respectiva clasificación, así como las medidas preventivas que se tienen. Por otro lado las encuestas se llevarán a cabo a todo tipo de personal que tenga contacto directo o indirecto con los pacientes para analizar las áreas más afectadas en lo que respecta a los eventos adversos y con el objetivo de poder identificar, analizar y tratar los riesgos que se detecten. De igual forma es esencial conocer la opinión de los afectados y los beneficiados con este estudio en mayor parte, en este caso de los pacientes actuales en dicha institución de salud.

De lo anterior podemos concluir con esta sección comentando que: La intervención de la coordinación de Gestión de Riesgos se concibe como un conjunto de actividades designadas a minimizar el riesgo de que se produzca un evento adverso durante la atención, o a disminuir sus consecuencias negativas. Su importancia radica en que es la única forma en que se puede realizar la prevención efectiva de riesgos, y por ende, es un componente clave de los sistemas de gestión de la seguridad.

El proceso de Gestión de Riesgo bajo la metodología de ciclos de mejora se concibe de la siguiente manera:



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635



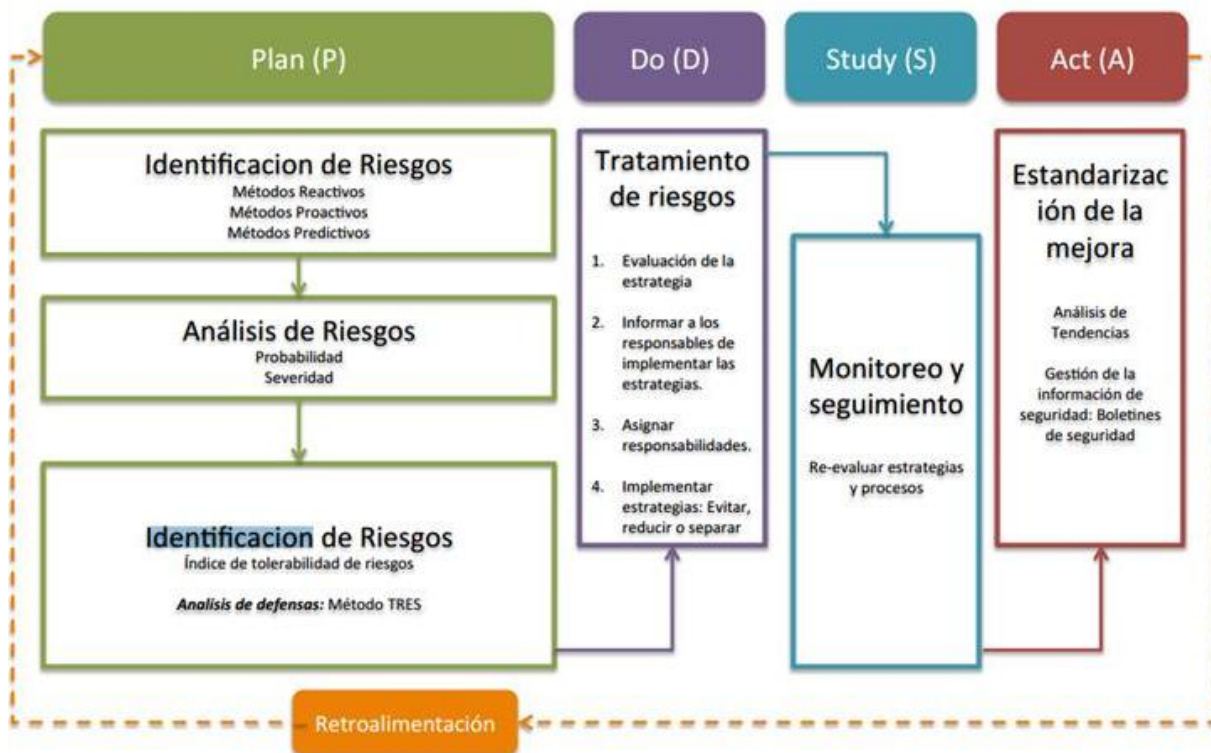


“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635





“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Conclusiones

- En México el problema con la seguridad al paciente es grave
- Aunque ya se han iniciado acciones, falta mucho camino por recorrer.
- Capacitar al personal del área de calidad es esencial para el comienzo de toma de acciones.
- Si bien para obtener mejores resultados es vital alinear esfuerzos entre organizaciones, con esto se evitará daño a los pacientes ocasionados por la asistencia médica.

Por otra parte se presume que con el análisis para el sistema de registro de notificaciones de incidentes y eventos adversos se contribuye al desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, asimismo aportará los beneficios tales como:

1. Identificar y analizar los eventos adversos (a la salud y bienestar)
2. Prevenir los eventos adversos
3. Reducir sus efectos



“CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN 2014”

Multidisciplinario

10 y 11 de abril de 2014, Cortazar, Guanajuato, México

ISBN: 978-607-95635

Bibliografía

1. Leape LL, Brennan TA, Laird NL, Lawthers AG, Localio R, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324:377-84.
2. Wu AW. Medical error: the second victim. Br Med J 2000; 320: 726-7.
3. Woods D, Cook R. From counting failures to anticipating risks: Possible futures for patient safety. En: Zipperer L, Cushman S, editores. Lessons in patient safety. Chicago (IL): National Patient Safety Foundation; 2001. p. 89-97.
4. Manasse HR. The paradox of medication use. En: Zipperer L, Cushman S, editores. Lessons in patient safety. Chicago (IL): National Patient Safety Foundation; 2001. p. 73-80.
5. Morris JA Jr, Carrillo Y, Jenkins JM, Smith PW, Bledsoe S, Pichert J, et al. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough. Ann Surg. 2003;237:844-51.
6. Vincent C Clinical risk management. 2nd ed. London: BMJ; 2001.