

## ¿QUIÉN FALLA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EL PROFESIONAL O EL SISTEMA?

Cada uno de los pasos contenidos en el proceso de atención a los pacientes, conlleva un determinado riesgo inherente al mismo proceso.

Estos riesgos pueden deberse a reacciones idiosincráticas frente a los medicamentos, el efecto adverso propio de cada medicamento o la variabilidad biológica existente.

No obstante, estas situaciones no deben ser las condicionantes para impedir una adecuada actuación

por parte del personal de salud, sobre aquellos efectos adversos que pudieran ser prevenibles.

En una búsqueda para solucionar las preguntas ¿en cuál parte del proceso se encuentra el punto de quiebre que trunca la atención hacia el paciente? y ¿quién sería el implicado directo, el personal de salud o el sistema?, se realizó la siguiente búsqueda del conocimiento.

Durante décadas se consideró que la ocurrencia de los efectos adversos tiene como punto de fallo al ser humano.

En el año del 2010 se realizó el estudio IBEAS<sup>1,2,3,4</sup> para determinar los Eventos Adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales.

Tal estudio incluyó a 11,379 pacientes y fue realizado en 58 centros hospitalarios perteneciente a los siguientes países de Latinoamérica: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Este estudio concluyó que:

- 10 de cada 100 pacientes ingresados a una unidad hospitalaria sufrió un daño ocasionado por los cuidados sanitarios.
- Dicho número se duplicaba durante su estancia arrojando una cifra de 20 de cada 100.

Estudios posteriores han determinado que la mayor frecuencia de eventos

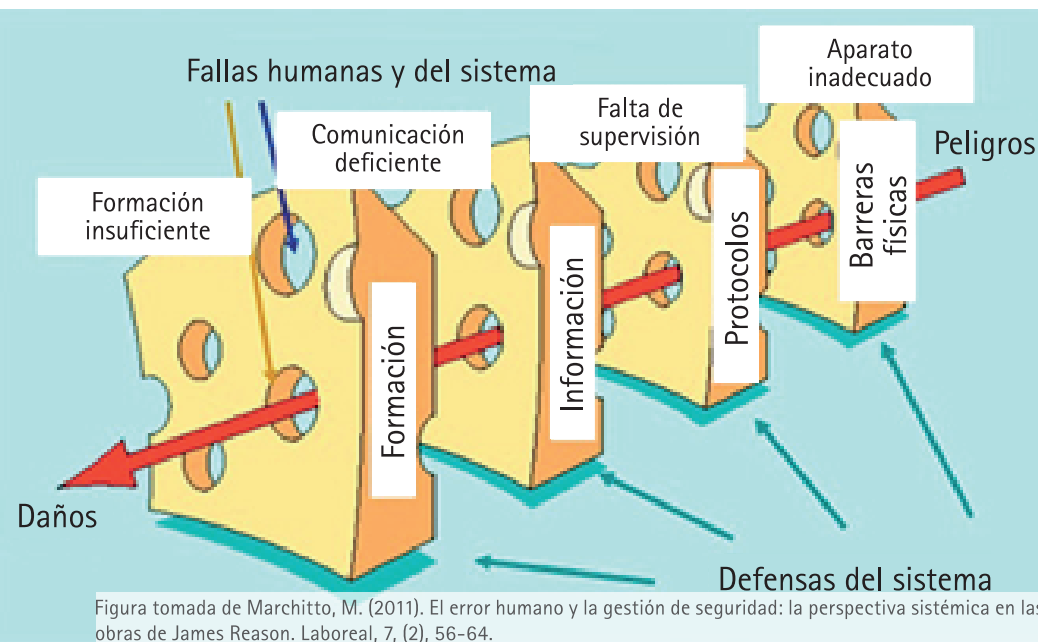


Figura tomada de Marchitto, M. (2011). El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal*, 7, (2), 56-64.

1 Aranz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Rev Calid Asist*. 2011;26(3):194-200.

2 Moya Mejía, C., Fernández Ros, M., Ibeas López, J., Alcaraz Busqueta, J., Mañé Buixó, N., Yuste Jiménez, E., ... & Fortuño, J. R. (2006). Monitorización sistemática del catéter permanente: una herramienta útil en el estudio de la tasa de infección y disfunción en dos tipos de catéteres tunelizados para hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9(3), 13-19.

3 Estudio, I. B. E. A. S. (2009). Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.

4 RODRÍGUEZ, H., & Édgar, C. (2009). Estudio latinoamericano de seguridad de paciente y Acreditación en Salud. *Revista Normas & Calidad*. <http://www.acreditacionensalud.org.co>.

5 Rodríguez, L. M. B., Rico, D. A. P., Ballesteros, N., Rodríguez, J., Carreño, Z. O., Bayona, L. G., & Polentino, C. V. (2016). Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Ciencia y Cuidado*, 8(1), 75-82.

adversos son debido a procedimientos quirúrgicos (63%), complicaciones de la intervención o re intervención (13.3%), así como la suspensión del acto quirúrgico (38%).

Esta problemática produce deterioro físico en un 100% en el paciente y aumenta la estancia hospitalaria en 1-2 días (91.7%), siendo el mayor factor causal el tipo de atención que recibe el paciente.

Además se concluye que en un 74% de los casos estos eventos se pudieron evitar<sup>5</sup>.

Por otro lado, las investigaciones en la actualidad han demostrado que la existencia de un fallo en el diseño de las organizaciones y en la implementación de los procesos. Lo que conlleva un gran riesgo de eventos adversos, más que en la actuación de los proveedores de servicios o los productos.

Para evaluar a las instituciones existe el modelo de James Reason conocido como modelo del efecto acumulativo o del queso suizo

Dicho modelo permite evaluar las causalidades de los eventos adversos presentados en una organización contemplando las influencias internas y externas, las fallas en la supervisión, condiciones previas y los actos específicos.

Este modelo representa las debilidades del sistema esquemáticamente presentadas, como agujeros. Los

cuales varían en tamaño y posición a través de los diversos cortes.

El sistema presenta una falla cuando los agujeros de cada rebanada se alinean momentáneamente, lo que permite una trayectoria con oportunidad de provocar un evento adverso, de tal manera que la falla pasa a través de todos los agujeros en cada una de las rebanadas, provocando una falla en la organización.

Esto implica que para mejorar la seguridad del paciente se requiere un cambio en la cultura organizacional, tendiente a disminuir las barreras, profesionalizar al personal y evaluar sus procesos individualmente.

Se requiere de organizaciones inteligentes que permitan la identificación de los problemas y la aplicación de estrategias destinadas a evitarlas. Así como la habilidad para aprender de los errores, promoviendo un cambio en la cultura institucional.

El conjunto de Eventos Adversos origina pérdidas económicas cuantiosas que repercuten en los ingresos, el pago de incapacidades y los gastos médicos que originan oscilan en un gasto anual promedio de 6,000 hasta los 29 millones de dólares<sup>6</sup>.

Adicionalmente el costo se incrementa por la pérdida de años de vida laborales, hospitalizaciones adicionales, procesos legales, infecciones nosocomiales, por mencionar algunas incidencias. La

repercusión económica es alta, la falta de seguridad y calidad repercute primeramente con la pérdida de vidas.

Si bien las organizaciones deben checar sus procesos y evitar el error humano en lo posible dejaría a cargo del lector la conclusión final, de acuerdo a su propia experiencia.

**Dr. José Félix Saavedra**  
dr-saavedra@  
hotmail.com

<sup>6</sup> Plowman R, Graves N, Griffin MA et al. The rate and cost of hospital acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. J Hosp Infect 2001;47: 198-209