

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:
RETOS Y DESAFÍOS EN LA DÉCADA 2020-2030
(PARTE I)**

Tal como hace mención un reciente artículo acerca de la “Seguridad de la atención médica para pacientes hospitalizados”, publicado en *New England Journal of Medicine*¹, la temática sigue siendo una preocupación y una labor diaria sin descanso en muchos centros y equipos de salud, en pro del cuidado y condiciones de calidad de la atención y prestación en los pacientes.

El artículo pone de manifiesto los resultados actuales -no alentadores- en materia de las cifras de incidentes y eventos adversos (EA), relacionados con el tiempo transcurrido entre la declaratoria de “Errar es Humano” y la actualidad.

La condición de seguridad del paciente ha cambiado significativamente desde la publicación en 1991 del estudio de Práctica Médica de Harvard en el Estado de New York, con cambios que se vinculan con la aplicación de estrategias de calidad y seguridad, con el uso de paquetes de medidas seguridad, mecanismos de identificación de riesgos, medidas de prevención y mitigación de daños, trabajo en capacitación, monitoreo de incidentes, con el advenimiento de la ciencia de la seguridad, la coproducción. Pero la evidencia recolectada se contrapone aún con cifras que no son óptimas en torno a EA.

La cita pone en manifiesto la existencia de una incidencia significativa de EA relacionados con medicamentos, intervenciones quirúrgicas, procesos vinculados con la atención médica -caídas y úlceras por presión (UPP)- e incidentes relacionados con infecciones.

Muchos de estos EA son potencialmente evitables o prevenibles; y un porcentaje de estos procesos ponen en riesgo la vida del paciente. En algunos casos son determinantes de discapacidad, prolongación de estancia hospitalaria, elevación de costos; en casos graves, de muerte.

En relación a los EA, el sistema de registro claramente ha mejorado en los últimos años pero la misma editorial hace mención sobre un estudio que demuestra que la incidencia real o la incidencia medida era 20 veces superior a la registrada por los reportes de notificación voluntaria.

Ahora bien, entendemos que los EA siguen siendo hechos comunes durante la internación o bien que no escapan a la atención ambulatoria, donde claramente están infravalorados, y se ha descrito que los mismos pueden ser prevenidos en 25% de los casos. Reconocemos también que los EA más prevalentes son los relacionados con medicamentos (incidencia del 39%), siguen los procedimientos quirúrgicos o instrumentales, luego caídas, UPP y las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

Es indiscutible que nuestra capacidad y conocimiento en materia de detección de EA o de incidentes ha mejorado mucho en los últimos años. Ejemplos de ellos son el caso de las IACS así como los incidentes relacionados con complicaciones de procedimientos instrumentales (vinculadas con la accesibilidad de métodos diagnósticos más sensibles y específicos). Por lo cual, mitigar o evitar una complicación mayor se torna indiscutible. Sin duda, es un cambio favorable a lo mencionado hace 32 años en la cita del estudio de Harvard de 1991.

Como otro dato alentador podemos mencionar que las tasas de IACS han disminuido sustancialmente en la última década en relación al total de EA, así como la incidencia de caídas y de UPP.

Pero no debemos descuidar la visión transversal de nuestros pacientes actualmente, tomando en cuenta las distintas interfaces (hospitalaria, ambulatoria, internación domiciliaria, centros diagnósticos, etc.) que los atraviesa en materia de cuidado de salud (o en su ciclo de vida). Los EA (o complicaciones), en alguna de las interfaces enunciadas, pueden hacer que el viaje del paciente sea un hecho sinuoso, tormentoso o de riesgo. Al respecto, podemos detallar con algunos ejemplos: en procedimientos complejos que ahora se realizan en forma ambulatoria, donde a veces no se cuenta con información integrada, existe un condicionante de vulnerabilidad sobre el paciente, quedando a merced

¹ <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs2206117> The Safety of Inpatient Health Care

en ocasiones de la alineación en la aleatoriedad de un incidente que impacta de lleno sobre él, tal como lo definió James Reason en 1990 en su modelo de queso suizo.

En muchos casos no hay casualidad, sino causalidad; hay falta de previsibilidad, descuidos, comunicación incorrecta (o falta de ella), etc.

En el 2020 se presenta el Modelo Multidimensional de Calidad, comprendemos la interacción de múltiples factores que inciden sobre un núcleo (en el cual se ubica la Atención Centrada en la Persona), rodeado por un universo de conceptos que deben ser cuidados; pero ahora, entendiendo también que ese paciente (o persona integrada holísticamente) entra en equilibrio en un sistema de salud y un ambiente, el que es parte de su escenario y el cual debe ser contemplado o ponderado.

Paralelo a esto, la Organización Mundial de la Salud ha definido una serie de pautas a seguir y alcanzar en lo que corresponde la “Década de Seguridad del Paciente” estrategia definida a cumplir entre 2020-2030. En la Rep. Argentina, contamos con el Plan Nacional de Salud 2021-2024, el cual está alineado a una estrategia regional de la Organización Panamericana de Salud. Estos son esfuerzos estratégicos colaborativos, rectores sobre un “qué hacer y hacia dónde ir” en materia de reducir tasas o la incidencia de EA.

Teniendo en cuenta el desafío y reto expuesto por la OMS, es necesario plantearnos una deconstrucción presente y futura con relación a la seguridad del paciente. Al respecto, podemos mencionar los siguientes interrogantes:

- *¿Habremos aprendido lo suficiente con la ciencia de seguridad?*
- *¿Será fomentando una mayor cultura en calidad y seguridad?*
- *¿Será obteniendo un mayor compromiso por parte de los equipos de salud, con una mayor participación en coproducción?*
- *¿Llegaremos a procesos más seguros por medio de una tecnología que sustente una mayor eficiencia en recolección de datos y el apoyo de inteligencia artificial, proporcionando alertas tempranas y cruce prioritario de información?*

En la transición demográfica y epidemiológica a nivel mundial, los EA constituyen un problema universal, el conocimiento expuesto o adquirido nos debe replantear nuevas perspectivas sobre el trabajo al respecto o bien la mitigación de riesgos; planteando correcciones en escenarios presentes y futuros, en condiciones previstas y en las no esperadas, como ha sido la Pandemia por COVID-19.

El desafío es y será mejorar la ergonomía de nuestros procesos, ayudarnos con la tecnología para obtener mejores resultados y mejor información; no perder de vista ese centro crítico del modelo multidimensional de calidad Centrado en la Persona, valorando sus expectativas, necesidades y su experiencia.

Debemos reposicionar nuestro accionar y mejorar con la ayuda del conocimiento de datos, por medio del Benchmarking (externo e interno) nuestros resultados. También, utilizar la tecnología como una alianza estratégica humanizada. Y pensar que ese horizonte inalcanzable (al parecer, utópico), propuesto como “daño cero” por la OMS en la el marco de la “Década de la Seguridad del Paciente”, sea una guía, una búsqueda sobre un ideal a trabajar incansablemente en pos de la mejora de calidad y seguridad de la atención el cuidado de la salud.

Dr. Rubén O Vernuccio
Secretario en CD del ITAES