Seguridad del paciente: retos y desafíos en la década 2020-2030

PARTE II

En un artículo publicado recientemente en el newsletterⁱ del ITAES, llevamos a cabo una revisión sobre la cita del New England Journal of Medicineⁱⁱ sobre “La Seguridad de la atención médica para pacientes hospitalizados”, donde la editorial muestra como problemática una preocupación y una labor sin descanso en muchos centros, en pro del cuidado y condiciones óptimas de calidad en la atención de los pacientes. En esta segunda parte del presente artículo, avanzaremos en reflexionar junto a ustedes sobre otras vías y miradas con relación a la calidad y seguridad desde la percepción y experiencia de los pacientes.

Al analizar la asistencia y prestación médica, comprendemos que existen diferentes interfaces sanitarias como ser: centros de alta complejidad o mediana complejidad con internación o con estancias ambulatorias, policlínicos, centros diagnósticos, centros de rehabilitación, consultorios privados, centros de baja complejidad, centros de tercer nivel, internación domiciliaria, etc.

Ahora bien, siguiendo el pensamiento de una continuidad en la atención en forma transversal, debemos agregar a la definición de la clásica dimensión de calidad otros conceptos no siempre presentes, cómo son: accesibilidad, pertinencia, oportunidad, experiencia, valorar el diseño, fiabilidad, rendimiento, mirada del paciente y su familia, compasión, trato digno, respeto, bondad, cuidado de valores y principios, creencias, expectativas, entorno social, ambiental, presencia de un tercer pagador.

Las instituciones sanitarias deben incorporar estos principios como parte de su misión, visión, valores, siendo estos pilares esenciales de prestación y asistencia, conceptos que permiten no solo dar respuesta sólida y eficiente, sino que facilita llegar al paciente en forma adecuada, acompañado de lo que hoy conocemos por la medicina basada en valor.

Las instituciones de salud, como “empresas de servicios”, son sistemas donde se producen, distribuyen y consumen los servicios, pero este hecho es algo difícil de palpar y contemporizar a veces por los pacientes. La interacción de estos conceptos es muy rápida (casi no tangible), se produce y se consume casi simultáneamente. El paciente no cuenta -a diferencia de otras empresas que producen objetos- con otras características: tangibles, palpables, visibles, capaces de ser analizados a través de los sentidos antes de su consumo.

El sistema de salud está integrado por un soporte físico, el cual cuenta con elementos físicos, tecnológicos, asistenciales o prestaciones, un recurso o soporte humano, un conjunto de medios disponibles para la asistencia o prestación, todas condiciones que deben tener en su diseño de calidad en un aspecto multidimensional; la interacción y el feedback del cliente, es decir usuario-paciente, genera un vínculo estrecho ahora con el productor y con su producto, su visión como consumidor tiene el matiz de la percepción sobre necesidades, expectativas y/o experiencia.

El sistema de atención o la prestación asistencial en sí misma, cada vez es más complejo, relacionado con la tecnología y la hiper especialización de tratamientos sobre afecciones no pensadas hace unos años atrás; al respecto, juegan un rol fundamental y contributivo el desarrollo de competencias, capacitación, formación continua, actitud, empatía, predisposición de servicios y equipos para alcanzar grandes logros en este campo.

En un mundo ahora integrado en comunicación, en resultados, en información, el desempeño se hace cada vez más visible y palpable por el usuario/cliente; en muchos casos surgen preguntas del paciente sobre resultados, garantías, opiniones, controversias, temores, dudas sobre estos productos intangibles. Este “cliente” no puede inspeccionarlos antes de consumirlos o adquirirlos, lo que da como resultado la aceptación por medio de la confianza, la experiencia, la opinión existente, o bien una orden de derivación que respalda un accionar.

Todo ello debería ser reforzado por un diálogo con una escucha activa, entre el equipo tratante, el paciente y la familia, disipando dudas, temores, falsas perspectivas, hablando de pronóstico, de resultados en corto o largo plazo, sobre posibles complicaciones (si las hubiera y posibles alternativas). Esto es parte de una coproducción necesaria de un trabajo en equipo con el paciente y su familia, también lo es en forma nativa desde sus derechos.

Es por ello que se torna vital comprender esta situación por parte de todos aquellos integrantes que interactúan con pacientes dentro de una Institución de salud, generando así alianzas estratégicas para obtener un resultado propuesto, generando lazos de empatía y confianza, que se traducen en diálogos conciliadores, sobre todo ante la presencia de prácticas complejas, lo que evita descuidos, desconocimiento, falsas expectativas, conflictos, reclamos, quejas, pérdida de confianza y confrontación.

Retomando el modelo multidimensional de calidad, cuyo eje es la Atención Centrada en la Persona (ACPer), debemos comprender la existencia de un sujeto que tiene necesidades, expectativas, preferencias y que pudo haber tenido experiencias positivas o negativas. La ACPer tiene como dogma el principio de empatía, el respeto interpersonal del paciente y su familia con su equipo tratante,

sustenta también contar con un interlocutor válido, referencial, alineado a una misma idea por medio de una comunicación efectiva y una escucha activa.

Desde la ACPeR, el paciente y su familia deben recibir un cuidado integral holístico, por medio de una mirada compasiva, recibir un diálogo fluido, sobre todo cuando las condiciones no son las favorables, o cuando el pronóstico o resultado no son los esperados.

Los equipos asistenciales, como todos aquellos que se vinculan al paciente, deben tener una formación adecuada sobre comunicación verbal y no verbal, así como para el manejo de malas noticias.

Por último, y desde un aspecto de liderazgo institucional, debemos comprender que cuando surge un evento adverso (o un error) la mirada simplista es interrogarse únicamente por ¿quién? ¿qué pasó? ¿cuáles fueron las causas? Pero desde hace años, James Reason nos enseñó que hay fenómenos determinantes, hay factores concausales, barreras que se rompen, canales u orificios que se alinean en torno a la concausalidad, como así también factores latentes y procesos no lineales responsables de estos; a estas condiciones en materia de Gestión de Riesgo, o bien desde un análisis de fallo u error, deberíamos tener en cuenta que, más allá del análisis causa raíz, del diagrama de campos de fuerzas, de factores intervinientes, existen conceptos asociados en la ergonomía, al factor humano o ligado a la fiabilidad humana, como son los Factores Psicosociales a nivel laboralⁱⁱⁱ, son condiciones predisponentes de fallos Latentes o Sistémicos o bien de Fallas Activas, lo que nos da evidencia y hechos más objetivos sobre responsabilidad o causalidad, con una visión más clara en torno a “cultura justa” asociado a los incidentes.

Estos factores podrían ayudar a reconfigurar el mapa de riesgo institucional, determinando previsibilidad y procesos de adecuación y/o mejora, generando así previsión sobre futuros conflictos.

Como ejemplos de factores Psicosociales podemos citar: sobrecarga y ritmo de trabajo, exceso de trabajo o responsabilidad, redireccionamiento de labor, ausencia de competencias o ausencia de capacitación, horarios inflexibles, horarios no definidos, situación no prevista global (“pandemia”) e incertidumbre en masa, ambiente no adecuado, equipo y recurso insuficiente, dificultad en conceptos

de cultura y clima organizacional, falta de visión para el empleado de expectativa de carrera o grado, relación entre trabajo y su familia, seguridad y perspectiva laboral, tensión social, etc.

Por todo esto, desde una visión de liderazgo -o de quienes nos ocupamos de calidad y seguridad del Paciente-, es que tenemos obligación de contar con una mirada más objetiva, crítica, y analítica; escuchando a pacientes y sus familiares, los equipos de salud y el diálogo de la organización.

Entre todos, podemos construir una condición de atención y asistencia de calidad que sea empática, más humanizada, más realista, más eficiente, mejorando y contribuyendo a una mejor comunicación.

Dr. Rubén Vernuccio

Secretario en CD del ITAES

REFERENCIAS

i

Disponible en: https://www.itaes.org.ar/newsletter/23-02_Febrero.html

ii

David W. Bates, M.D., David M. Levine, M.D., M.P.H., Hojjat Salmasian, M.D., Ph.D., M.P.H. N Engl J Med 2023; 388:142-153. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMSa2206117>

iii

Orozco-Vásquez M-M, Zuluaga-Ramírez Y-C, Pulido-Bello G. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2019 Abril [citado 31 de marzo de 2023];18(1):e006. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2308>

Sanz Gómez Ana Isabel, Iriarte Ramos Sonia, Gascón Catalán Ana. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Jul [citado 31 de marzo de 2023; 15(43): 176-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300007&lng=es