



OBSERVATORIO  
ARGENTINO  
de SEGURIDAD  
del PACIENTE

*Que la atención sanitaria segura  
sea una realidad para todos*



## EL PROBLEMA

- Es elevado el número de **riesgos, errores y daños** que sufren los pacientes **durante** la prestación de **la asistencia sanitaria**.
- Generalmente, la atención dada a un paciente es resultado de una serie de pasos realizados por diferentes actores del equipo de salud.
- La complejidad de los entornos de atención sanitaria, hace que quienes allí trabajan se encuentren más propensos a equivocarse.

## PROPONEMOS

- **Difundir evidencia actualizada e ideas** sobre Seguridad en salud: materiales de interés, iniciativas institucionales en distintos niveles de atención
- Reconocer logros para **incentivar** la mejora
- **Ser fuente de consulta** sobre Seguridad del paciente
- Promover **políticas públicas** basadas en la evidencia
- Crear **alianzas con organizaciones** que quieran impactar en política pública
- **Identificar brechas de conocimiento** que puedan ser resueltas a través de la **investigación aplicada**
- Ser un potencial **repositorio** de información de instituciones que quieran **reportar**

## ¿QUÉ ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Es una disciplina de la atención de la salud cuyo objetivo es **prevenir y reducir los riesgos, errores y daños** que sufren los pacientes **durante** la prestación de **la asistencia sanitaria**. Para ello, es clave la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

## ¿POR QUÉ SE PRODUCEN DAÑOS A LOS PACIENTES?

La atención sanitaria es provista por **seres humanos**, quienes independientemente de su profesión, no están exentos de **cometer errores**. Los **entornos complejos** de atención sanitaria, hace que las personas se encuentren más propensas a equivocarse. Tanto las tecnologías utilizadas así como la **longevidad y complejidad de los pacientes**, son crecientes, convirtiendo a la atención en salud en un escenario más desafiante en términos de seguridad.

En la mayoría de los casos, la atención dada a un paciente es resultado de una **serie de pasos** realizados por **diferentes profesionales**. Así, un error que puede a simple vista suceder por “culpa” de quien interactúa directamente con el paciente (ej: administrándole un medicamento o realizando una intervención), podría ser en realidad resultado de una **serie de errores** cometidos por diferentes actores que **se “alinean”**, llegando dicha equivocación a alcanzar al paciente. Atribuirle la plena responsabilidad de un evento adverso al profesional individual que está en contacto directo con el paciente, es tener una visión excesivamente acotada de un servicio que forma parte de un todo mucho más amplio y complejo.

Veamos  
un  
ejemplo  
→

*Un paciente hospitalizado puede recibir un medicamento equivocado por una confusión con otro medicamento con un empaquetado similar. En este caso, la receta pasa por diferentes niveles de atención, empezando por el médico que la indica, pasando por la farmacia y terminando por el enfermero que administra el medicamento equivocado al paciente. Si hubiera existido un proceso de garantía de la seguridad en los diferentes niveles, este error se podría haber identificado y corregido rápidamente. En esta situación, la falta de procedimientos estandarizados para el almacenamiento de medicamentos que se parecen, la mala comunicación entre los diferentes profesionales, la falta de verificación antes de la administración del medicamento y la falta de participación de los pacientes en su propio cuidado podrían ser factores que condujeron al error.*

## El daño al paciente debido a eventos adversos...

Es **una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad** en el mundo. (Slawomirski 2017)

Es sufrido aproximadamente en **1 de cada 10 pacientes** en países de altos ingresos durante su **atención hospitalaria** (se estima que es mayor en países de bajos y medianos ingresos) siendo al menos el 50% prevenible. (de Vries 2008)

En la **atención primaria y ambulatoria** se origina la **mitad** de la carga global de daño al paciente y hasta **4 de cada 10 pacientes** enfrentan fallas de seguridad.

El **15 % del gasto** y la actividad hospitalaria se puede atribuir al **tratamiento de fallas de seguridad** en los países de la OCDE. (de Vries 2008)

La atención de mala calidad impone costos de **US\$ 1,4 billones a 1,6 billones cada año** en **pérdida de productividad** en países de ingresos bajos y medianos. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2018)

Aproximadamente **dos tercios** de la carga global de eventos adversos resultantes de una atención insegura, ocurre **en países de bajos y medios ingresos**. (Slawomirski 2017)

Profesionales de salud afectados en todo el mundo por ser **participes involuntarios** en su gran mayoría de eventos adversos que pudieron haber sido prevenidos

## VEAMOS ALGUNOS NÚMEROS...

2,6 millones de muertes en el mundo anuales por atención sanitaria insegura (220 a 400 K en USA)



400.000 eventos adversos por año en EEUU por **errores de medicación** (IOM 2004)



1 de cada 10 pacientes sufre daños durante su **internación**, 50% son prevenibles (IBEAS 2012, ENEAS 2009)



1 millón de muertes anuales por complicaciones **quirúrgicas** (OMS 2009)



40 a 80 mil muertes por año en USA asociadas a **errores diagnósticos** (Singh, 2014)



50 mil muertos por año en USA y Europa por **microorganismos multirresistentes** (OMS Global Burden 2016)

## VEAMOS ALGUNOS NÚMEROS...



5 millones de muertos por año en el mundo por **sepsis** (Fleishcman 2016)



**IACS:** 7,6% en países de ingresos altos y 10% en países de ingresos bajos y medios (OMS 2011)



15,8% de los pacientes internados en Argentina sufren **ulceras por presión** (IBEAS 2012)



6 millones de **TEVs** en países de ingresos bajos y medios (Janssen 2014)



Aislamiento y exceso de restricción física en **salud mental** (D'Lima 2016)



8,7 reacciones adversas cada 100mil unidades **transfundidas** (OMS 2010)



## ¿CÓMO EVITAR LOS DAÑOS PREVENIBLES?

Crear condiciones para una atención segura implica:

- que los profesionales de salud sean **personas capacitadas** para ofrecer el servicio que proveen
- asegurar **condiciones laborales** adecuadas (salarios, carga horaria, cantidad de pacientes o tareas a cargo, insumos o equipamiento necesario)
- contar con **políticas, protocolos y prácticas estandarizadas** que guíen la actividad profesional y prevengan errores
- la presencia de una **dirección/ autoridades que fomenten y faciliten** la implementación de programas e iniciativas de Seguridad en salud
- capacitación continua** de todo el personal en materia de Seguridad en salud, trabajo en equipo y comunicación para asegurar un adecuado traspaso de cuidados entre un profesional y otro
- contar con **un sistema de reporte de eventos adversos** para analizar sus causas y corregir aquello que falló, creando un entorno no punitivo (evitando castigar o señalar a quien pareciera ser responsable del evento ) sino de aprendizaje constante
- involucrar activamente al paciente y su/s acompañante/s** en el proceso de atención para que ellos mismos también sean una barrera para los errores
- a nivel del sistema de salud, políticos y entes reguladores deben velar por la seguridad de la población exigiendo reporte de indicadores de seguridad a todas las instituciones de salud, los pagadores deberían priorizar su cobertura en instituciones que trabajen en materia de seguridad
- La Seguridad debería ser una disciplina conocida transversalmente en todo el sistema de salud y enseñada incluso desde las carreras de grado y licenciaturas relacionadas con la salud.



OBSERVATORIO  
ARGENTINO  
de SEGURIDAD  
del PACIENTE

## EN SÍNTESIS

- ✓ Errar es humano, y esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista. Para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados (Leape 1997).
- ✓ Es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, la cual solo puede producirse en un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad.
- ✓ Se trata de una cultura en la que se concede gran importancia a las creencias, los valores y las actitudes en materia de seguridad y que es compartida por la mayoría de las personas en el lugar de trabajo (Workplace Health and Safety Queensland 2013).