

# Seguridad del paciente. Cambio de paradigma en la atención de la salud

---

La seguridad del paciente comprende un abordaje complejo ya instalado en la agenda mundial y en el debate público a partir del libro del Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos en el año 1999, *Errar es Humano (To err is human. Building a Safer Health System)*. Allí se muestra que, por revisión de estudios retrospectivos en ese país, entre 44.000 y 98.000 personas mueren por año por errores médicos. Este número de muertes sería equiparable a la caída de un avión jet por día y una causa de muerte aún más frecuente que los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama y el SIDA.

Recientemente se publicó *Medical error. The third leading cause of death in the US*, que muestra que los errores en la atención en salud son la tercera causa de muerte en los EE.UU. donde se calcula un promedio de 251.454 muertes por error por año.

Es necesario por ello poner en evidencia esta realidad y asumir que ocurren, involuntariamente, errores que afectan a los pacientes, en ocasiones sin producir daño, pero en otras, se producen lesiones de distinta severidad que pueden llevar a la muerte.

En lo que respecta a Salud Pública, la enorme cantidad de población afectada, determinó que en 2004 la Organización Mundial de la Salud creara la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes bajo el lema: ““Errar es humano, ocultar los errores es imperdonable, no aprender de ellos no tiene justificación” (Sir Liam Donaldson).

“La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa” dice Cyril Chantler. Por eso este tema es cada vez más importante.

Cuando se habla de error en medicina la literatura hace referencia a aquellos incidentes que ocurren como consecuencia del cuidado en la atención de la salud y no de los deterioros ocasionados por la propia enfermedad.

Si estos incidentes producen algún daño son llamados eventos adversos, y en el desarrollo de los mismos puede estar implicado cualquier agente de la salud que se encuentre al cuidado del paciente, sea médico o no.

La atención sanitaria es considerada tanto o más peligrosa aún, que las prácticas deportivas de alto riesgo por eso se la compara con actividades industriales de alta fiabilidad por sus complejos procesos, como la industria aeronáutica o la nuclear.

¿Cómo hicieron estas industrias para disminuir sus errores y evitar eventos fatales? ¿Qué aprendió la industria nuclear luego de Chernobyl? ¿Cómo hizo la industria aeronáutica para que su nivel de error sea de 1/1.000.000, a diferencia de la atención sanitaria que es de alrededor de 1/300, según la OMS?

Primero, aceptaron que los errores son parte de la condición humana, por lo tanto, son imposibles de eliminar en las actividades en las que intervienen los seres humanos.

En segundo lugar evaluaron que era necesario cambiar las condiciones facilitadoras de error en las que trabajan las personas.

Y en tercer lugar, lograron aprender de sus errores modificando los procesos de sus complejas actividades y desarrollando barreras para evitar los desvíos de los mismos, disminuyendo así enormemente las posibilidades de error.

Entonces desde la medicina ¿es posible hacer lo mismo? Claro que sí. De hecho, en varios países ya se está logrando. Pero es fundamental el cambio de cultura con el fin de concientizarlo. Si logramos pasar de una cultura punitiva, que busca **quién** es el culpable, que lo avergüenza y castiga, hacia una cultura en la que se ponga el principal foco en **qué, cuándo, dónde, por qué y cómo**, recién así se podrá llegar al fondo del problema y evitar o disminuir las posibilidades de daño a los pacientes.

Es sabido que los trabajadores de la salud desarrollan su actividad para ayudar a los pacientes y no para dañarlos y que los errores son involuntarios. No se descarta que en ocasiones pueda haber responsabilidad personal del agente o los agentes de salud involucrados.

Considerado como involuntario ¿es válido castigar a un agente de salud que sin querer dañó a un paciente? ¿No es acaso también una segunda víctima, además del propio paciente? Por otro lado, aunque se lo castigue ¿puede evitar equivocarse si es un acto involuntario? Al sancionar, ¿creemos acaso que nunca nadie más va a equivocarse y el mismo error no volvería a ocurrir?

Las industrias de alta fiabilidad aprendieron que, modificando las condiciones, los procesos, y mejorando la comunicación y el trabajo en equipo, fue posible minimizar enormemente los errores desarrollando las actividades de modo seguro para los usuarios y para el propio personal.

La clave es un cambio cultural, donde los errores no se oculten sino por el contrario se objetiven especialmente como grandes tesoro

de donde aprender. Para ello es necesario un clima de confianza y comprensión que propicia la cultura de seguridad del paciente.

Queremos agradecer al Comité Editorial de la revista de nuestro querido hospital que ha brindado a este Subcomité de seguridad del paciente, un espacio en la misma, para que podamos difundir y discutir esta temática fundamental en el desarrollo de nuestra tarea cotidiana e iniciar el cambio del paradigma en la atención de la salud.

***Subcomité de Seguridad del paciente***  
***HNRG***

Integrantes: *Claudia Berrondo,*  
*Virginia Biermayr, Paulina Cendrero,*  
*Marcos Chunflin, María Inés Fernández*  
*Achával, Josefina Fernández Díaz,*  
*Mónica Gareá, Julia Grunbaum, In Ja Ko,*  
*María Ana Mezzenzani, Ana Nieva,*  
*Cecilia Robledo, Silvana Salerno,*  
*Fabián Salgueiro, Angela Sardella,*  
*Lorena Torreiro*

**[subcomiteseguridadhnr@gmail.com](mailto:subcomiteseguridadhnr@gmail.com)**