

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ¿UNA ACTIVIDAD QUE PODRÍA QUEDAR EN EL OLVIDO?

Olga Lucia Moya Sáenz*

RESUMEN

Los eventos adversos (EA) están presentes en todos los niveles de atención en salud y deben ser evaluados de manera integral, tanto en los servicios hospitalarios como en el entorno de la Atención Primaria en Salud (APS). Los EA que se presentan en los servicios hospitalarios, son diferentes a los que se presentan en los servicios de Atención Primaria en Salud (APS) y por ello se debe dar un abordaje diferenciado. La seguridad del paciente debe ser una prioridad para todos los sistemas de salud. Desde esta perspectiva se deben identificar cuáles son las herramientas más adecuadas para el reporte, análisis, intervenciones y acciones de mejora, con las que deben contar los programas de seguridad del paciente y la apropiación de conceptos de gestión de riesgo, facilita la identificación y el manejo institucional de situaciones que ponen en peligro la integridad y la vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Atención primaria en salud, Gestión de riesgo, Seguridad del paciente, niveles de atención en salud, servicios hospitalarios.

ABSTRACT

Adverse events (AEs) are present at all levels of health care and should be evaluated holistically, both in hospital and in the environment of Primary Health Care (PHC). The EA presented in hospital services are different from those presented in the services of Primary Health Care (PHC) and therefore should be given a differentiated approach. Patient safety should be a priority for all health systems. From this perspective should identify the most appropriate for the reporting tools, analysis, interventions and actions for improvement, which must have programs patient safety and the appropriation of concepts of risk management facilitates the identification and handling are institutional situations that endanger the integrity and life of patients.

KEYWORDS: Primary Health Care, Risk Management, Patient Safety, Health Care Levels, Hospital Services

Introducción

* Enfermera egresada de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Auditoria Medica de la Universidad del Rosario. Candidata a Magister en Administración de Salud de la Universidad del Rosario. Se desempeñó como Coordinadora del Proceso de Paciente Seguro en el Hospital Universitario Mayor y en el Hospital Universitario de Barrios Unidos – Méderi, en Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico olga.moya@urosario.edu.co

Numerosas organizaciones se han dedicado a evaluar la ocurrencia de incidentes relacionados con el cuidado de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención; Sin embargo, se ha hecho hincapié en la atención hospitalaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó un grupo para estudiar los riesgos e incidentes en la atención primaria de salud (APS) el cual hace uso de las herramientas necesarias y adecuadas para realizar las investigaciones pertinentes las cuales debe cubrir: la mediaciones de los daños, comprender las causas, identificar las soluciones, evaluar el impacto y aplicar pruebas para la atención (1).

María es una mujer de 86 años, con hipertensión, diabetes mellitus, obesa y con una gonartrosis severa bilateral, a la que recientemente le han diagnosticado una fibrilación auricular tras una descompensación cardíaca que requirió ingreso hospitalario. Acude a revisión a la consulta de enfermería, donde plantea una duda sobre la medicación para el dolor de rodillas. La enfermera pasa a la consulta médica y pregunta si María podría tomar más dosis de su antiinflamatorio no esteroideo habitual tras el alta hospitalaria. La médica, sin consultar la historia, le indica que mejor pruebe con otro fármaco como metamizol, ya que no interfiere con su hipertensión, ni con el nuevo anticoagulante que le han prescrito para la fibrilación. Sin embargo, María es alérgica al metamizol y la médica no lo recordó en ese momento. La paciente presenta un cuadro anafiláctico por el que es ingresada de nuevo en el hospital. Una vez dada de alta, vuelve a la consulta a la semana siguiente. La médica de familia conoce el desenlace de la prescripción realizada en ese momento. Se siente abrumada y le dice cuánto siente lo que le ha pasado, iba deprisa, estaba atendiendo a otro paciente y no consultó la historia clínica antes de hacerle la recomendación (2). Este caso puede corresponder a uno de los tantos eventos adversos (EA) que

se presentan frecuentemente en el entorno de la Atención Primaria en Salud (APS) en cualquier lugar del mundo y que no siempre son visibilizados.

Las cifras sobre el volumen de atenciones y el impacto de los riesgos en la atención asistencial hablan por sí solas. De acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) reportados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado al Ministerio de Salud y Protección Social para el período 2009 a 2015 y contenidos en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) (3) del Ministerio de Salud y Protección Social, 49.314.300 colombianos demandaron la prestación de 1.563.229.793 atenciones, mientras que el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), el primer trabajo a gran escala en América Latina que evaluó los incidentes que causan daño durante la presentación de los servicios de salud en 58 hospitales de cinco países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), concluyó que la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10%; más de 28% de los efectos adversos desencadenaron discapacidad y 6%, la muerte de los pacientes (4).

Estos datos muestran el alto riesgo a que se exponen los pacientes cuando asisten a recibir servicios asistenciales, sean hospitalarios o de APS. El riesgo y la seguridad del paciente (SP) no son conceptos distintos sino situaciones de un «continuo» de mayor o menor grado de riesgo para el paciente. El riesgo y la seguridad forman un equilibrio dinámico representado por la línea sinuosa que los separa: cuando uno aumenta, el otro disminuye (5).

Pero entonces, ¿qué es la gestión del riesgo en la atención asistencial? La gestión de riesgo es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un EA con el objetivo de evitar o minimizar sus consecuencias negativas tanto para el paciente, para los profesionales como para la propia institución de salud (6).

Colombia cuenta con una Política en Seguridad del Paciente expedida en 2008, que es transversal al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS). La política cuenta con lineamientos para la implementación y las herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente. No obstante, su enfoque está más direccionado hacia la gestión clínica, ya que se considera que los EA resultantes de la práctica clínica cotidiana pueden, y generalmente suelen provocar más morbilidad, aumento de la estancia hospitalaria, mayor demanda de servicios de salud, incapacidad o muerte, así como también conflictos relacionados con sobrecostos entre los prestadores de servicios de salud (4).

Es evidente que la SP se ha centrado más en la práctica clínica en el ámbito hospitalario que en la APS. Las normas legales vigentes que ordenan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Colombia los contenidos mínimos para la habilitación y la acreditación de estas instituciones tampoco contemplan explícitamente acciones orientadas a garantizar la seguridad del paciente en APS (7). Igualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha diseñado y divulgado 22 paquetes instruccionales dirigidos a los prestadores de servicios de salud (8) para que implementen con carácter obligatorio, las mejores prácticas en SP en la atención en salud, sin embargo, ninguno de estos paquetes está dirigido específicamente a las actividades asociadas a la APS hecho que posiblemente se deba a que los esfuerzos de seguridad

pueden ser más fáciles de implementar en el entorno hospitalario (9) y su extensión a actividades no hospitalarias depende de la voluntad y de la interpretación del prestador. De hecho, el paciente que recibe cuidados médicos en este entorno tiene la ventaja que la mayoría de las veces los recibe por parte del mismo proveedor de servicios de salud, el cual tiene la posibilidad de realizar un seguimiento sistemático y continuo, lo que facilita que la atención en salud gire en entornos seguros y favorables.

Sin embargo, estos hechos no se deben convertir en una barrera que limite al paciente que va a recibir servicios de salud en APS para que se lleve a cabo en condiciones de seguridad; al contrario, debe generar una gran expectativa al determinar qué tareas se deben desarrollar en la búsqueda de una prestación de servicios favorable para el paciente que permita que el acceso a este servicio no cause ningún daño a la integridad del paciente.

En consecuencia, es claro que los riesgos que se presenten en APS y en la gestión clínica pueden conllevar a los mismos desenlaces, incluso fatales. Desde esta perspectiva los riesgos potenciales para la seguridad del paciente en un establecimiento de atención primaria son diferentes de los riesgos para la seguridad del paciente en un establecimiento de cuidados agudos. Las principales diferencias surgen de las estructuras organizativas de la APS en la prestación de los servicios de salud y en la mayor participación de los pacientes en su cuidado (10). Dadas estas condiciones, el abordaje de este artículo se centra en analizar ¿en qué medida el Sistema General de Seguridad Social en Salud promueve la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente en APS?

Para lograr este propósito, el artículo se divide en cuatro partes en las cuales se intenta establecer, en primer lugar, la relación de la seguridad del paciente y la identificación de riesgos en el escenario de la APS; en segundo lugar, la importancia de conocer los eventos adversos e incidentes y su frecuencia; en tercer lugar, los elementos estructurales para hacer de la seguridad del paciente parte de la cultura organizacional de las instituciones y los beneficios que se logran al incorporar estos conceptos; y finalmente, en cuarto lugar, las características que deben tener los profesionales de la salud que trabajen en APS frente a la seguridad del paciente e identificación de riesgos asistenciales.

La seguridad del paciente y su relación con la APS

La SP se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de EA. Los EA ligados a la asistencia son un problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de cuidados (6).

Es por esta razón que, al no contar con un sistema capaz de identificar los riesgos, para posteriormente tratarlos, el impacto en el paciente puede ser muy alto. Se hace necesario que el objetivo primordial de la seguridad del paciente en APS, sea mejorar la calidad de la atención haciendo uso de las herramientas normativas y gerenciales dispuestas para tal fin.

Los datos disponibles de diversos estudios desarrollados en la Unión Europea muestran que entre el 8% y el 12% de los pacientes hospitalizados presenta un EA asociado a la atención sanitaria. El impacto que los EA tienen sobre los pacientes, la carga económica que suponen para los servicios sanitarios y la evidencia disponible sobre las medidas para prevenirlos han alertado a los Estados Miembros sobre la importancia de incluir la seguridad del paciente en la agenda de sus políticas sanitarias (11).

Por tal razón, es necesario tener en cuenta que la atención del paciente agudo se realiza en un ambiente hospitalario, generalmente en la misma organización; mientras que la APS puede brindarse por diferentes proveedores de servicios, lo que en ocasiones deriva en la pérdida de la continuidad de la información y del manejo de estos pacientes (10) y de alguna manera se expone al paciente a riesgos que deben ser identificados por las instituciones para su priorización y gestión.

Cabe resaltar que la APS es la entrada del paciente al sistema de salud, por ello es necesario tener a disposición de los pacientes un grupo interdisciplinario de profesionales que cubra sus necesidades de atención en salud. Los servicios que se brindan en atención primaria, incluyen promoción y prevención de la enfermedad, educación en hábitos saludables, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Al prestar esta variedad de servicios se dificulta ejercer control sobre los mismos por parte de los prestadores ya que los pacientes son de diferentes rangos de edades, con gran variedad de condiciones de salud, alimentación y acceso a servicios de salud.

Debido a lo expuesto anteriormente los programas de seguridad del paciente han enfatizado en los procesos asistenciales hospitalarios, de hecho no existe un instrumento validado para el registro sistematizado de los EA que ocurren en APS (12). Esta es una razón de peso para considerar que los eventos en salud que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes, no solamente ocurren en el proceso de atención asistencial en el contexto hospitalario.

En 2008, La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una revisión de las publicaciones sobre seguridad de los pacientes en APS y estimó que la tasa de incidentes de seguridad ocurridos variaban enormemente entre 0,004 EA y 240 EA por cada 1.000 consultas, con un porcentaje de errores prevenibles entre el 45% y el 65% de todos los eventos (13).

Datos de la OMS sobre métodos e instrumentos de medición en la investigación sobre seguridad del paciente, se han enfocado principalmente en identificar errores y EA en los hospitales, sin embargo, no se ha investigado en profundidad en los ámbitos extrahospitalarios, como la atención domiciliaria, las consultas en dispensarios o las consultas a médicos generales o farmacéuticos. No hay mediciones de la seguridad del paciente en estos ámbitos. En general, en los ámbitos en que los datos son más escasos faltan métodos de investigación eficaces (14).

Los datos de la OMS no solo han identificado estas situación (12). La investigación sobre seguridad se ha centrado en hospitales, aunque en los últimos años el interés en APS se ha incrementado, sobre todo, en economías emergentes en las que el primer nivel de atención ocupa un lugar preponderante en la atención en salud. ¿Acaso un error en el diagnóstico de un paciente, en APS no puede conllevar a un EA?

Un reciente informe del Instituto de Medicina (*Institute Of Medicine* - IOM) en Estados Unidos y su programa "mejorando el diagnóstico en la atención sanitaria" destaca las implicaciones de seguridad de los errores de diagnóstico, que son uno de los tipos más comunes de errores médicos en APS. El informe estima que estos errores afectan anualmente en Estados Unidos a uno de cada 20 pacientes adultos ambulatorios, y llevan a la mala práctica ambulatoria, errores de diagnóstico que son sujetos de investigación en seguridad del paciente (15).

Por esta razón es que la seguridad del paciente y la gestión de riesgo en APS, deben tener otro énfasis, y hacer frente a los retos de medir las consecuencias de EA que pongan en riesgo la integridad y la vida de los pacientes. Un estudio de revisión (16) plantea que los errores en diagnóstico y prescripción constituyen los EA en APS más frecuentes. Los errores de diagnóstico varían entre el 4% y el 45% de los casos; y para errores de prescripción varían entre el 1% y el 90%, estos errores son mayores en algunos subgrupos tales como pacientes mayores y pacientes polimedificados.

Sin embargo, no solo se deben entender la seguridad del paciente y la gestión de riesgo como el no causar daño al paciente dentro del proceso de atención médica, sino que además, es necesario contemplar los EA relacionados con la gestión o los trámites administrativos como son un diagnóstico tardío por inoportunidad en consulta por especialista; una accesibilidad limitada al sistema por barreras geográficas, económicas, administrativas o culturales, entre otras; una restricción de costos a tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios, hechos que ponen en riesgo la vida y la integridad del paciente y su familia.

Dada la necesidad de conocer los eventos y la frecuencia con que se presentan los EA en APS, España llevo a cabo el Estudio de Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) e identificó una tasa de prevalencia de 11,2 EA por cada mil visitas a la asistencia sanitaria. De los EA graves, el 70% eran evitables y la mayor parte estaban ligados a la medicación y a los cuidados; el 24,6% a la comunicación y el 8,9% a la gestión. La práctica sanitaria en AP es segura, pero si se generalizan los resultados a los profesionales de AP, cada paciente potencialmente podría sufrir 6 EA en un año (17).

Desconocimiento de los eventos en salud que se presentan en APS

La seguridad del paciente en APS es un campo en desarrollo con una base de pruebas embrionarias, pero en evolución. En el informe de la Asociación Médica de Estados Unidos de 2011 sobre la seguridad del paciente ambulatorio (18), se concluyó que la introducción y la investigación en SP en el entorno de atención primaria han quedado a la zaga de la atención secundaria. De esta manera es importante conocer qué métodos, herramientas e indicadores se están utilizando actualmente en APS para medir la seguridad el paciente.

Existen experiencias como MERIS (*Medical Error Reporting Information System*), sistema que ha sido evaluado de manera integral y eficaz, el cual tuvo éxito en la detección de los principales factores que causan eventos adversos y divulga omisiones graves en el sistema de salud griego.

MERIS se incorporó y ejecutó de manera eficiente a nivel nacional, adaptado a las necesidades y peculiaridades de cada hospital o clínica (19).

No obstante lo anterior, el gobierno español a través de su Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas en Atención Primaria en Salud, cuentan con sistemas de notificación y de aprendizaje de incidentes sin daño, relacionados con la medicación, con retroalimentación a sus profesionales a través de boletines, pero con gran dificultad en su operación ya que existen reticencias de los profesionales a notificar por el temor a posibles consecuencias punitivas (17).

Por tanto, los sistemas de notificación de eventos adversos para APS no deben ser los mismos que se utilizan para la gestión clínica, ya que los riesgos que se deben identificar nacen de la particularidad de los servicios que se prestan. Es posible mencionar el caso exitoso de Alemania quien, teniendo una necesidad imperiosa para determinar las diferencias entre la atención primaria y secundaria, hizo un estudio en donde aplicó un cuestionario a 1.800 médicos y asistentes de cuidado de la salud, seleccionados al azar en APS. Por ello, se realizó este estudio con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades del clima de seguridad en este entorno, y adicionalmente, para identificar las características individuales y de práctica que afecta la percepción del clima de seguridad de la asistencia sanitaria de los profesionales de la atención primaria (20). Se concluyó que los resultados de los pacientes hospitalizados no se pueden ajustar ni transferir al sector primario.

La preocupación por desarrollar una herramienta de captura que permitiera identificar los EA e incidentes que se presentan durante la asistencia de servicios en salud, llamó la atención de la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/Washington) quien en colaboración con la OPS/México y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de este mismo país efectuaron un estudio (12) con el objetivo de analizar los sistemas de notificación que operan en América Latina.

Cada uno de esos sistemas responde a objetivos y necesidades nacionales. Las experiencias de los países de la región y de fuera de ella muestran una gran variedad de modalidades operacionales de estos sistemas, lo cual refleja la diversidad de alternativas existentes. El estudio señaló que no existen aún evidencias científicas concluyentes frente a las bondades de un sistema en relación con otro, aunque sí existe un amplio consenso sobre el carácter de aprendizaje no punitivo que debe caracterizar a estos sistemas (12).

En Colombia, existe el aplicativo para registro y gestión de EA, el cual fue gestionado por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social. Este aplicativo tiene como finalidad el registro, la clasificación, el análisis de los EA, la gestión de los casos, y la respectiva implementación de acciones de mejora (21). No obstante, y para sorpresa de los profesionales de salud que trabajan en los programas de SP, este aplicativo no funciona de manera masiva y permanente en las instituciones de salud, debido posiblemente, a que la gran mayoría de las IPS cuentan con su propio sistema de notificación y reporte de los EA. Al no contar con un sistema de notificación de EA estandarizado, se limita la provisión de

datos e información confiable al sistema de salud para que conozca el panorama de riesgo sobre la seguridad del paciente en el país y con ello una toma de decisiones informadas.

En este sentido, no contar con un sistema unificado y propio para la notificación e identificación de riesgos en la seguridad del paciente en APS, se convierte en la mayor limitante para implementar barreras de seguridad o controles que mitiguen los riesgos; y del mismo modo dificulta reducir la frecuencia de los problemas relacionados con la SP, ya que se hace imprescindible conocer las causas de los EA y diseñar estrategias para prevenirlos o para minimizar sus consecuencias. Por esta razón es necesario que la seguridad en la APS sea un componente fundamental de la calidad asistencial, que antes de nada consiste en no dañar, siendo conscientes de que siempre cabe el riesgo mínimo irreductible pero asumible que implica la asistencia sanitaria (5).

La seguridad del paciente y la gestión de riesgos en APS un elemento esencial de la cultura organizacional

En este contexto es necesario apropiarse los conceptos de seguridad del paciente para incorporarlos en las organizaciones que prestan servicios o gestionan el aseguramiento en salud, y orientarlos a fortalecer los procesos del direccionamiento estratégico, ya que permite que el enfoque de seguridad del paciente se encuentre explícito en la misión, visión, objetivos y políticas, entre otros elementos estratégicos, y tal vez lo más importante, desde el mandato de la alta dirección. En esta medida es importante incorporar conceptos de seguridad del paciente como parte de la cultura organizacional, lo que les permite a las instituciones establecer los mecanismos para

identificar, reportar, analizar, intervenir y realizar las acciones de mejora que deben tener un seguimiento y evaluación sistemática y periódica.

Así las cosas, construir una cultura de seguridad (CS) en las instituciones de salud es fundamental para conseguir que la SP forme parte de la metodología y de las prácticas de trabajo cotidianas y de mejora continua de la calidad en los servicios asistenciales, y para ello es necesario que cada institución de salud conozca cuál es la situación de partida a fin de saber cuáles son los aspectos que conviene priorizar (22).

Pero para que la cultura en seguridad del paciente sea un elemento esencial de la cultura organizacional, es necesario ofrecer servicios con calidad enfocados en evaluar de manera sistemática y objetiva, cuales son los riesgos en seguridad del paciente que interfieren para el logro de este objetivo; por tanto, la calidad y la seguridad a la atención en salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. Si no hay calidad, no puede haber seguridad, y en sentido contrario, sin seguridad no puede haber calidad en la prestación de los servicios de salud. La calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso (23).

De la misma manera, a continuación, se presentarán algunas experiencias, en las cuales se pretende conocer el punto de partida de algunas instituciones para identificar los riesgos en la seguridad del paciente en APS. En las 61 unidades de Atención Primaria evaluadas por Fundación Pública Adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (ACSA) en España, se evaluaron tres dimensiones de la prestación de servicios. La primera, se relaciona con

la utilización de un método sistemático y estructurado de identificación proactiva de riesgos y su priorización; la segunda dimensión hace referencia a los riesgos potenciales para la seguridad del paciente identificados por las unidades; y la tercera, a las soluciones aportadas para evitar su aparición. Los resultados demostraron que tan solo el 50% las unidades cumplen el estándar analizado. La explicación a este hallazgo puede buscarse en el hecho de que la preocupación por la seguridad del paciente, a pesar de su larga existencia, es relativamente nueva en el ámbito asistencial (6). En otras palabras, a pesar de los esfuerzos, continúa siendo prematura la identificación de los riesgos en APS frente a la seguridad del paciente, la mayoría de experiencias ponen en contexto las grandes dificultades de implementar un instrumento estandarizado sistemático para registrar, reportar, analizar y dar soluciones a los eventos adversos en las unidades de APS.

Pero esta problemática no puede ser una limitante para alcanzar el logro de los objetivos. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) está aplicando actualmente un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, mediante estándares homologados para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General, los cuales han sido establecidos por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. El Comité Local de Investigación en Salud Mexicano, diseñó una herramienta que incluía el registro de fallas en la estructura y fallas en el proceso, validando el proceso de atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente y a la cultura de la organización (12).

Como resultado de esta validación se instauró el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos para Unidades de Medicina Familiar (VENCER-MF) (12). El

propósito de los sistemas de notificación de eventos adversos e incidentes en APS, no solo se limita a generar datos o estimaciones de prevalencia, incidencia, clasificación de los eventos en salud, sino que deben trascender y convertirse en una herramienta de mejora continua al interior de las organizaciones que permitan fortalecer la cultura en seguridad del paciente en la dinámica organizacional, articulado con sus sistemas de gestión de la calidad.

Actualmente España presenta un claro ejemplo en avances sobre SP en APS. De acuerdo con el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España para el período 2005-2009, promovía: «mejorar la SP de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS». El Ministerio de Sanidad de España, en colaboración con las Comunidades Autónomas (CC.AA.), elaboró la Estrategia de SP del SNS 2005-2011 y financió estudios para conocer su realidad.

Después de 10 años del despliegue de esta estrategia nacional han hecho una serie de propuestas para seguir construyendo el futuro de la seguridad del paciente en APS centrados en 6 objetivos:

1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura en seguridad del paciente;
2. Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente;
3. Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud;
4. Promover la investigación en seguridad del paciente;
5. Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad del paciente;
6. Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad del paciente de las principales organizaciones internacionales (17).

La implementación de estas estrategias requiere de niveles de planificación que garanticen la seguridad del paciente, en función del ámbito de responsabilidad en que se toman las decisiones.

Se pueden definir diferentes niveles y características dentro de la organización, en las cuales es fundamental involucrar a todos los actores que emergen dentro del proceso de atención, cuya finalidad será generar entornos más seguros, para lo cual se orientan dichas estrategias en *macrogestión*, relacionada con la toma de decisiones en el ámbito más alto del Ministerio de Sanidad y Consejerías de Salud, donde se definen las políticas sanitarias; *mesogestión*, consistente en aproximar las decisiones de las políticas sanitarias en el ámbito de las organizaciones e instituciones asegurando un funcionamiento eficiente y efectivo de los recursos disponibles; y *microgestión*, asociado con la toma de decisiones que se realiza en el ámbito de los centros de salud, con los profesionales que están involucrados directamente con la atención del paciente relacionados con la “gestión clínica”; por tanto, se busca aplicar los conocimientos de forma más efectiva y segura para el paciente. El centro de la atención es el paciente, siendo importante su participación en la toma de decisiones, todo ello alineado con las políticas sanitarias de nuestra organización en términos de equidad, eficiencia y accesibilidad (13).

Finalmente, el resultado de la implementación de estas estrategias deberá consolidar y alinear a las organizaciones con el direccionamiento estratégico, en un enfoque de gestión centrado en la identificación de riesgos hacia el paciente y el mejoramiento continuo de la calidad asistencial, para alcanzar una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente ya que la madurez de una organización se puede apreciar en la forma en que enfrenta sus problemas.

El rol de los profesionales de salud en la identificación de riesgos en los programas de seguridad del paciente en APS

A lo largo del artículo se ha presentado la importancia de la SP y la gestión de riesgos en APS, la necesidad de contar con un sistema de notificación de eventos en salud, la transformación de la cultura organizacional en seguridad del paciente, y los elementos estructurales fundamentales para generar entornos favorables para los pacientes. Sin embargo, el factor humano es indispensable en este gran desafío, de hecho, existe un enfoque de competencias para los equipos de APS.

Una revisión de la literatura que buscaba indagar por las competencias para la APS, acudió a la visión holística de la OPS, la cual establece que las competencias para un adecuado desempeño de los integrantes de los equipos de APS implican que estos tengan conocimientos (saber) para entender y ejecutar una labor; habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática o actividad específica (saber hacer); estar motivados y tener actitud (querer hacer) y, finalmente, disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer). Se encontró que diversos autores reconocen que los cambios acelerados en el entorno de las organizaciones, incluidas las del sector salud, han generado la necesidad de centrar la gestión del talento humano en las competencias requeridas para participar y enfrentar sociedades, organizaciones y problemáticas complejas (24).

Siendo la SP un proceso complejo, son los profesionales de la salud quienes tienen un reto superior al incentivar el desarrollo de ciertas competencias y habilidades propias, en las cuales los pacientes encuentren los espacios más seguros para su proceso de atención, razón por la cual la SP es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y la calidad de los recursos, la llamada cultura de la

seguridad y las características del contexto institucional, y por otro lado, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado asistencial (5).

Otra de las experiencias que aportan elementos para identificar las competencias que debe poseer los profesionales de salud que trabajan en APS, se encontró en Escocia en una investigación llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud (*Nationa Health System* - NHS), la cual consistió en aplicar una encuesta semiestructurada a profesionales del área de la salud vinculados APS. Las conclusiones de este estudio se enmarcaron en tres dimensiones: percepciones, experiencias y beneficios; mejoras en los sistemas de atención al paciente y la utilidad de las intervenciones. Sin embargo, se identificaron algunos desafíos relacionados con la comprensión de conceptos, la pertinencia en la aplicación de algunas intervenciones de mejora probadas frente a la implementación social y técnica, por ejemplo, el uso adecuado de los incentivos financieros, la disponibilidad de los datos y demandas de carga de trabajo (25).

A pesar de que existen experiencias positivas del rol del profesional de SP del paciente en APS, todavía se encuentran deficiencias en la identificación y notificación de EA causada por el temor a las represarías por parte de las organizaciones. Es claro que la importancia de la notificación de los EA e incidentes guarden la confidencialidad y la absoluta reserva, con la finalidad de brindar espacios de confianza, y que sean los propios profesionales de la salud, quienes intervengan directamente en las acciones de mejora puntuales. Otro de los retos de las instituciones de la salud frente a los profesionales es el adecuado manejo de los incentivos frente al reporte, estos deben estar direccionados estrictamente hacia la mejora continua de los procesos y no estar vinculados con intereses personales o financieros de las organizaciones.

En este sentido, se hace necesario formar a los profesionales de la salud en SP en APS, enmarcada en una continua y permanente educación sobre conceptos en SP, direccionados a identificar los riesgos propios del proceso. Esto permitirá una adecuada notificación de los eventos adversos o incidentes. Para la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CSCM) la formación de los profesionales en SP ha conformado desde sus inicios una línea estratégica dentro de su nueva estructura organizativa y funcional creada en el 2010, con el propósito de brindar cobertura en salud en APS a la comunidad de Madrid. Esta línea estratégica es una prioridad, pero del mismo modo permite integrar los cursos y contenidos de los mismos que son ofertados a todos los profesionales en forma de talleres, sesiones y jornadas. Así mismo se imparte formación dirigida a los residentes de medicina familiar y comunitaria, al ser considerada esta formación por parte de la organización como actividad obligatoria dentro de su programa formativo (26).

Conclusión

Las experiencias presentadas permiten observar que la identificación de los riesgos en SP en APS, habitualmente se realiza de la misma manera que se hace en la gestión clínica, sin tener en cuenta que los riesgos son diferentes. Probablemente esto ocasione un sesgo que no permita una adecuada identificación de riesgos, ya que las percepciones de los profesionales de salud que reportan pueden variar de acuerdo con el escenario donde se efectúen. Tal vez esta sea la razón por la cual la SP y la gestión de riesgos en APS podrían quedarse en una actividad en el olvido.

Aunque es válido que existan iniciativas de diversos actores para establecer unas directrices completas y eficaces en la identificación de riesgos frente a la SP en el ámbito de la APS, continua siendo prematuro su enfoque, teniendo en cuenta que, en primer lugar, no se cuenta con sistemas de notificación en tiempo real que consoliden de manera pertinente los EA o incidentes que se presentan en el ámbito de la APS; en segundo lugar, existe una mayor limitación en cuanto a la estandarización de términos (taxonomía), que permita clasificar adecuadamente los incidentes o EA en APS, lo que hace que los resultados sean muy variados en la determinación de su frecuencia (16); en tercer lugar, la educación y sensibilización de los profesionales de la salud en conceptos propios de la SP es limitada, en cuarto lugar, el temor a las represarías del personal de salud frente a la notificación de los EA por parte de las instituciones lo cual podría repercutir gravemente en la cultura de la SP. Por lo anterior, es necesario el compromiso de la alta gerencia de las organizaciones de salud para construir los espacios necesarios para transitar de una cultura punitiva a una cultura proactiva y del aprendizaje organizacional a partir de la aceptación de los errores, y en quinto y último aspecto, es muy importante involucrar a los pacientes y sus familias porque de acuerdo a la estructura organizativa de la APS, la mayor participación en el cuidado de la salud la debe asumir el paciente y su familia.

Todo ello significa que la SP no solamente debe ser enfocada a los servicios asistenciales o a la atención del paciente agudo, ya que las dimensiones a evaluar están relacionadas directamente con el entorno hospitalario como lo es la seguridad de los equipos, la prevención de la infecciones asociadas al cuidado de la salud, la seguridad en el uso de medicamentos desde la prescripción, dispensación y administración, procedimientos y prácticas clínicas, comunicación

entre los profesionales de la salud, entre otras. Esto significa que, aunque la incidencia de EA en APS sea de menor proporción, esto no implica que los eventos que se presenten sean potencialmente graves, incluso letales, para los pacientes.

De esta manera pareciese que la seguridad del paciente y la identificación de riesgos en APS, no contara con el suficiente peso para tenerlos en cuenta y que todas las miradas de los actores de los sistemas de salud priorizaran la gestión de riesgos en los servicios de media y alta complejidad y en la atención del paciente agudo. Por ello conviene considerar el reto de integrar la evaluación de los riesgos que los pacientes enfrentan durante el proceso de APS. Para lograr cumplir con este propósito, es necesario implementar métodos estandarizados para cuantificar y clasificar los riesgos en APS, acordes a los contextos específicos en donde se presenten y que estén diseñados para este fin.

Colombia no debe ser ajena a estos cambios, con grandes transformaciones a su modelo de salud y aseguramiento, con la reglamentación de la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud - por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, con una apuesta a la APS y un mejor enfoque en la prevención y en la baja complejidad, los cuales deben ser aclarados por el Ministerio de Salud y los demás actores del sistema. Esto permitirá tener un goce efectivo de la salud al romper con un sistema en donde las patologías tienen diagnóstico tardíos, con atención de mayor costo y una mayor mortalidad (27).

Finalmente, quedan algunos interrogantes relacionados con esta exposición que es necesario explorar. Teniendo en cuenta que el familiar del paciente en APS se convierte en el cuidador

principal y es quien provee los servicios asistenciales, bien vale reflexionar sobre ¿cuál podría ser la intervención del paciente y su familia frente a la seguridad y la gestión de riesgos en el ámbito de la APS?

Bibliografía

1. Marchon SG, Junior WVM. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde Translation and adaptation of a questionnaire to assess patient safety in primary health care. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(7):1395-402.
2. Torijano-Casalengua ML, Astier-Peña P, Mira-Solves JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria*. 2016;48(3):143-6.
3. SISPRO Sistema Integral de Información de la Protección Social [Internet]. 2015.
4. Mondragón-Cardona Á, Rojas-Mirquez JC, Gómez Ossa R, Rodríguez-Morales AJ, Mezones-Holguin E. La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31(6):531-2.
5. de las Heras-Alonso M, Aranaz-Andrés J. Primum non nocere, o como trabajar con seguridad para el paciente. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2016;107(4):269-74.
6. Castellano-Zurera M, Núñez-García D, Carrasco-Peralta J, Torres-Olivera A. Soluciones aportadas por Atención Primaria para abordar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*. 2012;27(6):319-25.
7. Sistema Único de Habilitación en Salud- Sistema Único de Acreditación [Internet]. 2016.
8. Calidad en
salud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/BuenasPracticas.aspx
[Internet]. 2016.
9. Jacobs L, Burns K, Cox-Chapman J, Kelly K. Creating a culture of patient safety in a primary-care physician group. *Connecticut Medicine*. 2012;76(5):291-7.
10. McLeod L, Kingston-Riechers J, Jonsson E. A conceptual framework identifying sources of risk to patient safety in primary care. *Australian Journal of Primary Health*. 2012;18(3):185.
11. Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I, et al. Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (European Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*. 2015;30(2):95-102.
12. Rojas-Armadillo MdL, Jiménez-Báez MV, Chávez-Hernández MM, González-Fondón A. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. Validation of an adverse event reporting system in primary care. 2016;54(3):327-33.
13. Barberá MG, Rossell CP, Junoy SC. Seguridad de los pacientes (I). Dimensión clave de la calidad asistencial. Conceptos generales. Taxonomía. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2014;21(8):464-70.
14. Métodos e instrumentos de medición en la investigación sobre seguridad del paciente OMS [Internet]. 2016.

15. Al-Mutairi A, Meyer AND, Thomas EJ, Etchegaray JM, Roy KM, Davalos MC, et al. Accuracy of the Safer Dx Instrument to Identify Diagnostic Errors in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2016;31(6):602-8.
16. Panesar SS, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, Javad S, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ quality & safety*. 2015;bmjqs-2015-004178.
17. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2016;48(1):3-7.
18. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC FAMILY PRACTICE*. 2014;15.
19. Riga M, Vozikis A, Pollalis Y, Souliotis K. MERIS (Medical Error Reporting Information System) as an innovative patient safety intervention: A health policy perspective. *Health Policy*. 2015;119(4):539-48.
20. Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schröber J, Weppler K, Gerlach FM, et al. Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(4):355-62.
21. Notificación Eventos Adversos Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Colombia [Internet]. 2016.
22. Montes YMH, Alonso JV, Jiménez CMG, Lopera EL, Chamizo RL, Bejarano JAF. Cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Sistema Andaluz de Salud. *Revista CONAMED*. 2015;18(4).
23. Galván HR, Moctezuma JM, Dolci GF, López DO-LO. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*. 2016;17(4).
24. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *The primary health care competency approach A literature review*. 2013;12(25):28-39.
25. Bowie P, Halley L, Blamey A, Gillies J, Houston N. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. *BMJ open*. 2016;6(1):e009526.
26. Cañada Dorado A, Drake Canela M, Olivera Cañadas G, Mateos Rodilla J, Mediavilla Herrera I, Miquel Gómez A. Artículo especial: Despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en atención primaria de la Comunidad de Madrid. Implementation of a patient safety strategy in primary care of the Community of Madrid (English). 2015;30:31-7.
27. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *salud pública de méxico*. 2015;57(5):433-40.
