

La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria

María Luisa Torijano Casalengua

En representación del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC *

Algo más de 15 años han transcurrido ya desde la publicación del conocido informe "To Err is Human: building a safer health system" que acrecentó, a nivel mundial, el interés por la Seguridad del Paciente (SP)¹. Desde entonces, evitar en lo posible los eventos adversos derivados de la atención, se convirtió en una prioridad para cualquier institución sanitaria. El mensaje de fondo de "To Err is Human" es que, siendo la seguridad un principio fundamental de la atención al paciente, su mejora supone una labor compleja que afecta a todo el sistema. Si el error es tratado como un signo de la incompetencia, insensatez o imprudencia de un individuo, en lugar de analizarlo y usar la información para el aprendizaje posterior, los profesionales sanitarios seguirán teniendo dificultades para admitir o discutir sobre aquello que en su trabajo suceda, porque les da vergüenza, temen la censura de los compañeros y las responsabilidades legales que puedan derivarse de ello.

Los estudios centrados en SP en el contexto de atención primaria (AP) llevados a cabo a nivel mundial han sido más escasos que en el ámbito hospitalario, aunque se reconoce como el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario y el nivel asistencial más frecuentado por la población, donde, efectivamente, se produce la mayor parte de los encuentros médico-paciente.

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone de manifiesto en el informe "Métodos y medidas utilizadas en la investigación en Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Resultados de una revisión de la literatura" que los incidentes en SP en el primer nivel asistencial se estiman en 0,004-240,0 por 1.000 consultas, y entre un 45 y un 76% de ellos son prevenibles. En el informe, muchos estudios incluían medidas de frecuencia relativa de diferentes tipos de incidentes: 26-57% de incidentes suponían errores diagnósticos; 7-52% implicaban algún tratamiento; 13-47% ocurrían en investigaciones; 9-56% implicaban administración y en un 5-72% fueron errores de comunicación. El daño producido por estos incidentes oscilaba entre 1,3 incidentes menores por 1.000 tratamientos hasta un 4% de incidentes que tenían como resultado la muerte, 17-39% produjeron daño, y entre 70 y 76% tuvieron potencial para dañar².

En 2012, el grupo de expertos de SP en atención ambulatoria de la OMS opina que la SP en AP es un problema global que conviene conocer y que precisa de soluciones

locales y sostenibles que interesa poner en práctica y difundir³.

Queda camino por recorrer. Se ha publicado una revisión narrativa cuyo objetivo es identificar aquellos instrumentos que sirvan al médico de familia para mejorar la seguridad de la AP. Se obtienen en ella más de 100 instrumentos e indicadores relacionados con la SP en AP, pero existen áreas de la SP poco representadas, como los errores diagnósticos, la investigación en SP o los resultados de pruebas y derivaciones. Se reconoce que es difícil estimar el impacto de estas herramientas sobre la mejora de la SP, siendo necesario probar su idoneidad y aceptabilidad, así como poner a prueba los cambios en la práctica clínica una vez aplicadas. También se realizan otras apreciaciones, entre las que se encuentra el hecho de desarrollar otras áreas importantes para la seguridad, tales como la formación y la cultura⁴.

Por otro lado, de la misma forma que ocurrió con la emergencia del conocimiento de la SP, tanto en general como en AP en particular, ha ocurrido con el estudio de "las otras víctimas". Mucho se ha publicado, durante estos años, acerca de eventos adversos (EA) y sus repercusiones sobre los pacientes, sin duda primeras víctimas de estos eventos. Mientras, se ha prestado mucha menos atención a las consecuencias que estos también tienen sobre los profesionales sanitarios que cuidan y tratan a esos pacientes (segundas víctimas) y las instituciones para las que trabajan (terceras víctimas).

En AP la media de EA en los que se ve involucrado un médico mensualmente es de siete⁵. En la mayoría de los casos se trata de EA sin consecuencias graves para el paciente, pero el profesional puede quedar traumatizado por la experiencia en diferente grado y puede llegar a limitarse su capacidad profesional y juicio clínico, pudiendo ser causa de otro EA en otros pacientes⁶.

Actualmente, existe en nuestro país un grupo de investigación que trabaja en un proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias, coordinado y que integra a médicos de distintas especialidades, psicólogos, enfermeros, con perfiles y experiencias profesionales bien distintas en hospitales y atención primaria que tratan de dar respuesta a esta problemática⁷.

Entre los primeros hallazgos de esta investigación parece que existe una escasa implantación en nuestro Sistema Nacional de Salud de intervenciones dirigidas a la aten-

ción integral a las segundas víctimas y que son consideradas como útiles, concluyendo que se requieren programas de actuación específicos que aborden la problemática tanto en atención primaria como en los hospitales⁸.

Y esto no hace más que recordarnos, una vez más, la trascendencia del fomento de la cultura de seguridad en el ámbito sanitario y a todos los niveles de cualquier institución. Con ello, 15 años después de la publicación de "To Err is Human", es preciso reiterar que, para mejorar la SP en cualquier ámbito y también en nuestros centros de salud, los profesionales tienen que conocer y escuchar el mensaje de fondo de este primer informe. Algo que tenemos que seguir abordando para evitar que unas víctimas puedan generar otras, de uno y otro orden, primeras, segundas y terceras, originando una espiral de difícil salida que nos impida avanzar.

De hecho, dada la influencia de la cultura de la organización y de las actitudes de los equipos sobre la SP, se propone que sea un área competencial y formativa esencial⁹ y que su medición pueda utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente.

Por todo ello, para favorecer la seguridad de los pacientes en sus centros de salud y, si no se ha trabajado este tema con anterioridad, es oportuno animar a los equipos de atención primaria (EAP) a que hablen de ello en sus reuniones, con el enfoque adecuado, teniendo en cuenta la teoría centrada en el sistema y no en las personas, e identificar los puntos fuertes y sobre todo las áreas de mejora de las distintas dimensiones de esta parte importante de la cultura organizacional. Para ello existe un cuestionario diseñado para el ámbito ambulatorio y que deben conocer. Se trata del "Medical Office Survey on Patient Safety Culture" (MOSPSC) de la Agency for Healthcare and Research in Quality (AHRQ), que fue traducido, adaptado y validado para los centros de salud de nuestro país¹⁰ y que está asociado a una herramienta de análisis automático que también ha sido adaptada y que ofrece un formato estándar de resultados sobre cultura de seguridad, permitiendo así a los EAP, de una forma muy sencilla y práctica, realizar una autoevaluación de la evolución de la cultura de SP en su centro, al mismo tiempo que comparar sus resultados con los obtenidos a nivel estatal en 2010 y/o con los de la base de datos disponible de la AHRQ¹¹.

El cuestionario tiene la capacidad de hacer reflexionar a los profesionales y es una buena forma de fomentar en los equipos esta cultura que favorecerá, también, la necesaria comunicación, análisis y discusión de los eventos adversos que sucedan en el centro. Esta es, sin duda, la mejor manera de aprender de ellos para reducir la probabilidad de que vuelvan a ocurrir.

Bibliografía

1. Kohn L, Corrigan J, Donalson MS (Eds). To err is human: building a safer health system. Washington D.C: National Academy Press, 1999. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> [Consultado el 23 de diciembre de 2014]
2. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. Results of a literatura review. Ginebra: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/primary_care_ps_research/en/index.html [Consultado el 23 de diciembre de 2014]
3. Safer Primary Care. A global challenge. Summary of the inaugural meeting. The Safer Primary Care Expert Working Group. Ginebra: WHO; 2012. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html [Consultado el 23 de diciembre de 2014]
4. Spencer R and Campbell S. Tools for primary care patient safety: a narrative review. BMC Family Practice. 2014, 15:166. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/166>[Consultado el 3 de enero de 2015]
5. Aranaz J, Aibar C, Limon, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, Terol E. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. Eur J Public Health. 2012;22(6):921-5.
6. Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. Swiss Medical Weekly. 2009;139:9-15.
7. Segundas y Terceras Víctimas. Proyecto de Investigación [Sede Web]. 2014 Disponible en: <http://www.segundas-victimas.es/default.asp>[acceso el 5 de enero de 2015].
8. Pérez-Pérez P, Carrillo I, Olivera G, Astier P, Ferrús L, en representación del grupo de investigación en segundas y terceras víctimas. Las segundas víctimas en el Sistema Sanitario Español: prácticas actuales y posibles intervenciones. En: XIX Congreso Calidad Asistencial SADECA. Sevilla; 2014.
9. Saura Llamas J. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria. 2010;42(11):539-540.
10. Torrijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández JA, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria en España. Aten Primaria. 2013; 45:21-37.
11. Seguridad del Paciente [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 Traducción y va-

lidación de la encuesta de la AHRQ para medir la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/participacion/profesionales/proyectos-sscc/semfyc/2010/>. [Acceso el 5 de enero de 2014].

* Los miembros del grupo de seguridad del paciente de SEMFYC son Carlos Aibar Remón, Gemma Almonacid Canseco, Rafael Bravo Toledo, Silvia Clavet Junio, Cecilia Calvo Pita, José María Coll Benejam, Juan José Jurado Balbuena, M^a José Lázaro Gómez, José Ángel Maderuelo Fernández, María Pilar Marcos Calvo, María Dolores Martín Rodríguez, Guadalupe Olivera Cañadas, Jesús Palacio Lapuente, Pastora Pérez Pérez, José Saura Llamas, María Luisa Torijano Casalengua y María Pilar Astier Peña (coordinadora del grupo).