

APRENDIZAJE A PARTIR DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN OSAKIDETZA

Peiró Callizo E.

*Coordinador de programas de Salud Pública y
Seguridad del Paciente de Osakidetza*

*Iruretagoyena Sánchez M.L., Marino Miguel A.,
Bilbao Markaida M.B., Tapia Bello M.A., Fernández Pérez L.*

RESUMEN

La Seguridad del Paciente constituye una prioridad absoluta en términos de salud de las personas. El eje de la gestión de riesgos está en la comunicación y el desarrollo de una cultura de seguridad en la que se consideren los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente como un elemento clave para el aprendizaje y la prevención de futuros incidentes.

En este sentido, Osakidetza ha desarrollado una política de abordaje integral de los incidentes de seguridad, teniendo en cuenta aquellos que no provocan daño al paciente, así como los eventos adversos y las consecuencias tanto para el profesional como para la organización, segundas y terceras víctimas de los mismos, respectivamente.

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente, incidente de seguridad, cultura de seguridad.

Un límite matemático expresa una tendencia mientras sus parámetros se aproximan a un cierto valor. La Seguridad del Paciente, al igual que un límite matemático, sólo puede entenderse a través del conjunto de procesos y estrategias encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de incidentes y aumentar la probabilidad de detectarlos y mitigar sus consecuencias en el caso de que estos se produzcan.

Si bien el precepto hipocrático “*Primum non nocere*” indica que desde hace siglos se ha reconocido la existencia de riesgos ligados a la asistencia sanitaria, fue tras la publicación del informe “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” cuando se produjo un antes y un después en la concienciación sobre este ámbito, que constituye hoy en día uno de los principios fundamentales en la asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un incidente relacionado con la Seguridad del Paciente como cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario e involuntario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria.

Los estudios realizados por Heinrich sugieren que por cada evento adverso grave, se producen al menos 30 eventos adversos leves y 300 incidentes sin daño, lo que define el “*modelo iceberg*”, en el que los eventos adversos graves son la parte visible y los incidentes sin daño la base, invisible pero presente, del problema.

Por ello es vital aprender de los incidentes sin daño, ya que estos ocurren con mayor frecuencia y pueden tener el potencial de desencadenar un evento adverso grave al poseer el mismo proceso causal. Es necesario analizar las circunstancias que facilitan

la aparición de cada incidente y aprovechar las conclusiones de dicho análisis para evitar que vuelvan a producirse.

En este sentido, Liam Donaldson, uno de los líderes de las acciones en pro de la Seguridad del Paciente a nivel mundial señalaba: “*cometer errores es humano; ocultarlos, una estupidez; y no aprender de ellos, imperdonable*”.

En el País Vasco se ha promovido activamente la Seguridad del Paciente en las últimas décadas, culminando estos esfuerzos con la publicación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Este documento constituye en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) el primer documento escrito de difusión pública y supone un compromiso firme en el afán de promover la cultura de la Seguridad del Paciente reduciendo lo máximo posible la probabilidad de ocurrencia de incidentes de Seguridad. Tras la citada Estrategia, se ha desarrollado una segunda que pretende mantener el esfuerzo aprendiendo de la experiencia: la Estrategia de Seguridad del Paciente 2020.

Durante este periodo y con el objetivo de generalizar la cultura de la Seguridad del Paciente y de garantizar unos niveles esenciales se aprueba el *Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciban asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi*, que ha sido objeto de desarrollo mediante dos órdenes con el fin de precisar los diferentes aspectos relacionados con los comités de seguridad y los sistemas de notificación.

Con el fin de garantizar el aprendizaje y la prevención de futuros incidentes en Osakidetza, se puso a disposición de los profesionales un sistema de notificación con las siguientes características:

- El objeto de notificación está constituido por los incidentes de seguridad sin daño para el paciente. Se trata de notificaciones que no implican consecuencias jurídicas para los notificantes.
- El carácter voluntario de la notificación.
- La notificación puede realizarse de forma anónima.
- La confidencialidad de las notificaciones.
- El análisis de la información recogida sirve exclusivamente para el aprendizaje y la mejora.

Así, el Sistema de Notificación para el Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP), posibilita la notificación de los **incidentes de seguridad sin daño** para los pacientes por parte de los trabajadores de Osakidetza.

En el caso de los **incidentes de seguridad con daño** o eventos adversos, las connotaciones que les afectan, entre las que pueden citarse las consecuencias legales que pueden dificultar su notificación, la posibilidad de reclamaciones, la obligación de informar al paciente, la mayor probabilidad de que se produzcan segundas y terceras víctimas, así como el eventual impacto mediático, condicionan un circuito de notificación y análisis adaptado a sus características diferenciales.

Con la elaboración de la Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos se puso a disposición de todas las organizaciones de servicios de la corporación las pautas de actuación generales ante estos incidentes de seguridad, y que posteriormente se vieron complementadas con la publicación de la *Instrucción 2/2018 de la Dirección General de Osakidetza para la adecuada notificación y análisis de los eventos centinela*, cuyo objetivo no es otro que garantizar la correcta notificación y análisis de todos los incidentes de seguridad con daño, asegurando que todos aquellos profesionales que deban conocer la información la tengan a su disposición, persiguiendo su gestión y análisis con una finalidad de aprendizaje, prevención y mejora.

Con el fin de desarrollar una política institucional que aborde los incidentes de seguridad de manera integral, se ha finalizado tras el consenso de los diferentes servicios implicados en la gestión de los incidentes de seguridad el *Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas*, cuyo objetivo es reducir el impacto de los eventos adversos en los profesionales y en la propia corporación, promoviendo así una cultura de seguridad positiva.

Pese a los esfuerzos realizados, el mayor desafío para avanzar en Seguridad del Paciente hoy en día no es un problema técnico, ni la necesidad de nuevas estrategias, sino una cuestión cultural para convertir la cultura de seguridad del paciente en una cultura no punitiva y de mejora continua.

Sólo cuando los incidentes de seguridad empiecen a considerarse como una fuente de aprendizaje en lugar de ser utilizados como un arma culpabilizadora conseguiremos mejorar la Seguridad del Paciente.