



CRÓNICAS

SIETE MITOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Fabián Vítolo

Fundación ITAES Argentina

vitolofabian64@gmail.com

Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el webinar ¿Cómo aportan los Factores Humanos y la Ergonomía la Seguridad del Paciente? Modalidad on line / Chile, 17 de Octubre del 2021



Hace más de 25 años que me dedico a incentivar programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente en hospitales y centros de salud. Y, si bien debo reconocer algunos avances en áreas específicas como el control de infecciones y la gestión de medicamentos, las mejoras han sido pocas y lentas. Lejos estamos de la revolución necesitamos para mostrar progresos significativos. Creo que en gran parte algunas de las razones de esta dificultad para avanzar es la ausencia del tema factores humanos en las currículas de formación de grado y posgrado y la ausencia de especialistas en esta disciplina en nuestras instituciones de salud.

De tanto en tanto, algunas lecturas tienen la virtud de plasmar en el papel sentimientos y creencias que uno tiene. Su estudio aparece así como una epifanía, como un acto de revelación. Me pasó, por ejemplo, con los primeros

trabajos de Lucian Leape, también con el informe «Errar es Humano» y me volvió a pasar en enero de este año con la lectura de un número especial de la revista de la ISQUA (Sociedad Internacional de Calidad en Salud) dedicado a factores humanos en la asistencia sanitaria. El número especial estuvo coordinado por Pascale Carayon, una de las referentes mundiales en factores humanos y ergonomía. En ese mismo número, escribió nuestro amigo Carlos Aceves de Relaes Mexico, para que tengan una idea del calibre de invitados que ha convocado la FSP en este día.

Dentro de este trabajo, me llamó particularmente la atención un editorial que trata del trabajo conjunto que nos queda por hacer entre los profesionales asistenciales y los especialistas en factores humanos y que nos llama a desterrar algunos mitos muy establecidos. Son

esos mitos los que pretendo abordar muy brevemente en estos pocos minutos

Desde hace años que los principales especialistas en factores humanos del mundo nos vienen advirtiendo a quienes nos dedicamos a la seguridad del paciente que estamos haciendo muchas cosas mal y aplicando erróneamente y de manera casi amateur los principios estándares y métodos de esta disciplina. Estos mismos especialistas nos llaman a desafiar muchos de los mitos y malentendidos que continúan prevaleciendo, principalmente entre nosotros y los líderes de las organizaciones de salud. Nos llaman a «desaprender» mucho de lo que hemos aprendido. Entre estos mitos ampliamente sostenidos y obstinadamente persistentes se encuentran:

1. EL MITO DE LA EXCELENCIA INDIVIDUAL

Tiene que ver con pensar que los resultados clínicos están impulsados por un solo médico excelente y no por la colaboración de muchas personas en un amplio número de disciplinas. Los profesionales de la salud en general ya se destacan en comparación con graduados de otras profesiones por su alta capacitación, motivación y meticulosidad. Saben que su trabajo es trascendente y son conscientes de su enorme responsabilidad. Instarlos a “esforzarse más” o a “tener más cuidado” no los protegerá contra errores. Asimismo, los intentos para mejorar la atención únicamente a través de la capacitación sólo conducirán, en el mejor de los casos, a progresos menores y fugaces. La medicina actual es muy compleja, y los seres humanos tenemos una capacidad de atención limitada. Trabajamos peor cuando estamos cansados, sólo podemos concentrarnos en una tarea a la vez, olvidamos las cosas. Cuando los

sistemas nos piden que vayamos más allá de estos límites, la falla está al caer. Si realmente queremos avanzar en la prevención y reducción del daño a los pacientes, el entorno de atención médica debe diseñarse teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones humanas.

2. EL MITO DEL SISTEMA PERFECTO

Cuando ocurre un daño, existe una tendencia a creer que el mismo fue una excepción en un sistema que de otra manera sería seguro. Sin embargo, una amplia evidencia observacional demuestra que los sistemas clínicos están lejos de ser perfectos y requieren de una amplia gama de soluciones y ajustes de los prestadores todos los días para tener éxito. Este mito se sostiene en la creencia de que los sistemas pueden ser o hacerse esencialmente seguros. En otras palabras, el objetivo sería lograr que el sistema se pareciera a un tanque blindado. Sin embargo, los sistemas complejos son por naturaleza inseguros. Más bien son las personas a distintos niveles de la organización las que generan seguridad utilizando herramientas y tecnología, balanceando su utilización entre objetivos que compiten. La seguridad es lo que el personal hace todos los días, es creada por la gente y es dinámica. No es una propiedad estática del sistema.

3. EL MITO DE QUE LOS PROCESOS CONFIABLES GARANTIZAN LA SEGURIDAD

En los sistemas complejos, la seguridad es una propiedad emergente de todo el sistema, mientras que la confiabilidad es una propiedad de los componentes individuales del sistema. Cada componente del sistema puede funcionar exactamente como se espera (confiabili-

dad), pero las complejas interacciones entre los distintos componentes pueden conducir a un sistema inseguro. Esto fue lo que enseñaron grandes accidentes como el Challenger y Three Miles Island.

Si bien se puede aprender mucho de otros sectores como la aviación o la ingeniería nuclear, es importante reconocer que la atención de la salud es diferente en cuanto a su alcance y complejidad. Un piloto maneja durante años un mismo tipo de avión, mientras que un médico en un solo día puede ver a decenas de pacientes distintos.

Las organizaciones que se enfrentan a un entorno de trabajo en constante cambio y plagado de incertidumbres, tienen menos capacidad de gestionar el riesgo mediante el uso de normas y procedimientos estrictos y pueden ser más propensas a aplicar los principios de la ingeniería de la resiliencia. Esta disciplina aplica para sistemas complejos y propone gestionar el riesgo basándose fundamentalmente en la inteligencia, la adaptabilidad y la capacidad de recuperación de los operadores de la primera línea. Por lo tanto, estas organizaciones se preocupan por dotar a estos operadores el apoyo que necesitan para afrontar y abordar los riesgos a los que se hayan expuestos.

4. EL MITO DEL “ERROR HUMANO”

Como las personas siempre están implicadas en accidentes, se ha asumido que “eliminar” el error humano (o directamente a los humanos) evitaría daños. De hecho El mismo término “factores humanos” presta a veces a la confusión, y muchos no iniciados - cuando escuchan que un accidente se debió a un factor humano-, interpretan que el evento ocurrió por las

acciones de alguien, de un “humano culpable” que se equivocó. Sin embargo, más allá de la definición de factores humanos que se quiera adoptar, la disciplina rechaza de plano la noción de que sea una persona o grupo de personas en particular quienes deban cargar con toda la culpa por los errores que se cometen en el marco de sistemas socio-técnicos complejos. La premisa de esta visión es que estos sistemas son construcciones humanas y, por lo tanto, las mismas deben estar diseñadas para que los humanos las utilicen. Cualquier error que ocurra por parte del usuario es, por lo tanto, atribuible al diseño del sistema; esto reconoce entonces que, al momento de diseñar el sistema, no se consideraron en profundidad aspectos cognitivos o de conducta para evitar las circunstancias que condujeron al error

Una vez más, varios científicos de seguridad demuestran que esta es una visión simplista de la causa de los accidentes, ya que no reconoce las compensaciones diarias que los humanos deben realizar en el sistema. De hecho, es la capacidad de los seres humanos para variar lo que están haciendo (ajustes) lo que permite la función diaria eficaz de los sistemas.

5. EL MITO DE LA ESTANDARIZACIÓN Y EL CONTROL DE LA VARIACIÓN

Otro de los efectos de estos mitos es la necesidad de controlar la variación humana individual y el omnipresente llamado a la “estandarización”. Sin embargo, dado que cada paciente, unidad, especialidad y organización es diferente, la variación no sólo es necesaria, sino que es una parte esencial de la atención centrada en la persona. La sabiduría en este sentido se encuentra en la estandarización de todo aquello que se puede estandarizar, pero permitiendo

la variabilidad que sí es necesaria para poder adaptarse a situaciones cambiantes.

Si elimináramos todo tipo de variabilidad impediríamos que muchas cosas malas pasen, pero también evitaríamos los “ajustes” (cosas buenas) que corrigen las deficiencias de los procesos.

6. EL MITO DEL “CERO DAÑO”

Aunque el “cero daño” puede parecer un objetivo útil es, por naturaleza, inalcanzable. La atención de la salud es una tarea compleja y de alto riesgo. Es imposible que las cosas salgan bien el 100% de las veces. Los riesgos, los costos y la cantidad de pacientes que tratamos deben negociarse entre sí. Un sistema en el que se pudiera lograr cero daños tendría una carga financiera tan enorme y un efecto tan profundo en la prestación de atención que fallaría de muchas otras formas.

Debe señalarse que el “Daño 0” se menciona como uno de los objetivos estratégicos del Plan de Acción Global de la OMS 2020-2030 en seguridad del paciente, si bien lo plantea como visión o una filosofía y no como un objetivo concreto.

7. EL MITO DEL DETERMINISMO LINEAL

Otra suposición falaz es asumir que el proceso y el resultado están directamente relacionados; por lo tanto, un buen resultado significa que todo salió bien (y no se necesita más atención), mientras que un mal resultado debe significar que algo salió mal, lo que requiere investigación. Una vez más, la ciencia de la seguridad

demuestra la insuficiencia de estos supuestos. Muchas cosas pueden salir mal en la atención de un paciente, pero pocas afectan los resultados, porque las personas en el sistema siempre se están adaptando a las demandas del momento en formas que las tecnologías, las políticas y los procesos no lo hacen.

Por eso, si decimos que uno cada 10 pacientes es dañado por el sistema, la contracara es que 9 de cada 10 evolucionan bien, pese a las enormes dificultades a las que se enfrenta el personal de salud. Sin embargo, si bien tenemos cierta idea de por qué las cosas salen mal, nos falta mucha comprensión de por qué la mayoría de las veces salen bien y, créanme, no es por el cumplimiento de normas...