



# COSTOS DE LA «NO SEGURIDAD» DEL PACIENTE



**Juan Ricardo Pavés**

**Ingeniero Comercial**

Experiencia de más de 15 años en distintas áreas del sistema de salud chileno.

Liderazgo de proyectos de rediseño de procesos, tecnología e innovación en salud pública y privada.

[jrpaves@outlook.com](mailto:jrpaves@outlook.com)



## 1. UN CONTEXTO RIESGOSO

El común de las personas tiene la razonable expectativa de que la atención de salud que recibe es una acción segura que tendrá un efecto positivo en su estado de salud.

Las personas que tienen un conocimiento más profundo entienden que los procedimientos sanitarios son complejos con niveles elevados de riesgo, por lo consiguiente, resultados inciertos.

Sí podemos asegurar que los seres humanos cometemos errores por lo que los profesionales y técnicos en salud tienen la misión de generar barreras a los errores y minimizar el impacto de ellos cuando no es posible evitarlos.

Tenemos alta variabilidad de la práctica clínica, organizaciones con pocas, malas o nulas barreras para los errores y culturas punitivas

que no permiten el aprendizaje organizacional para prevenir los eventos adversos.

El resultado de estos errores son daños a los pacientes, sus familias y a los profesionales, técnicos, además de las instituciones y finalmente a la sociedad completa.

## 2. DESTRUCCIÓN DE VALOR

Los eventos adversos (Incidentes en Seguridad del Paciente que producen daño a un paciente) generan mayores estadías, mayor consumo de exámenes y cuidados de enfermería, visitas médicas, y otros costos como pueden ser las demandas civiles y pérdida de ingresos por las estadías prolongadas.

Todos estos costos se agregan destruyendo valor en el sistema de salud.

- Procedimientos sanitarios riesgosos

- Seres humanos que cometen errores

- Organizaciones sin o débiles barreras para los errores

- Varibilidad de la praxis

- Pocos recursos para hacer gestión sobre los incidentes y realizar promoción y prevención dentro de la organización.



### 3. CIRCULO VICIOSO

Los costos de los eventos adversos debilitan a las organizaciones lo que hace probable que las inversiones y gastos que se requieren para tener una organización más segura se vayan restringiendo por lo que se siguen produciendo eventos adversos evitables y así se alimenta este círculo vicioso destructor de valor.

También es cierto que, a pesar de los años y avances en seguridad del paciente, los administradores de los hospitales todavía no ponen la relevancia necesaria al tema de la seguridad. No es solamente en el discurso o en el orga-

nigrama, sino que en destinar y medir el desempeño de mayores recursos para la calidad y seguridad asistencial.

### 4. ¿EL FOCO ES LA SEGURIDAD O LA ACREDITACIÓN?

El Estado de Chile, como otros estados, y las organizaciones sanitarias públicas y privadas han desarrollado inmensos aportes a la seguridad del paciente y de los trabajadores, sin embargo, en una visión crítica podemos decir que elementos como la Acreditación de Prestadores Institucionales pueden estar convertida en un fin en sí misma.



Necesitamos avanzar hacia un sentido común en el que la acreditación es un resultado de la práctica recurrente y cotidiana que tiene como fin el que las instituciones sean ambientes más seguros para los pacientes, sus familias y los trabajadores.

## 5. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD COSTOSA

Volvamos un momento al tema de las inversiones y gastos. Estos son insumos de los procesos para asegurar las condiciones necesarias para tener una organización sanitaria más segura.

Hoy esos procesos son llevados a cabo por algunos equipos formados por el liderazgo de alguien que se hizo cargo del tema de la calidad porque en algún momento despertó ese interés en esta persona, porque la legislación obliga a la administración o porque algún evento los empujó dramáticamente a realizarla.

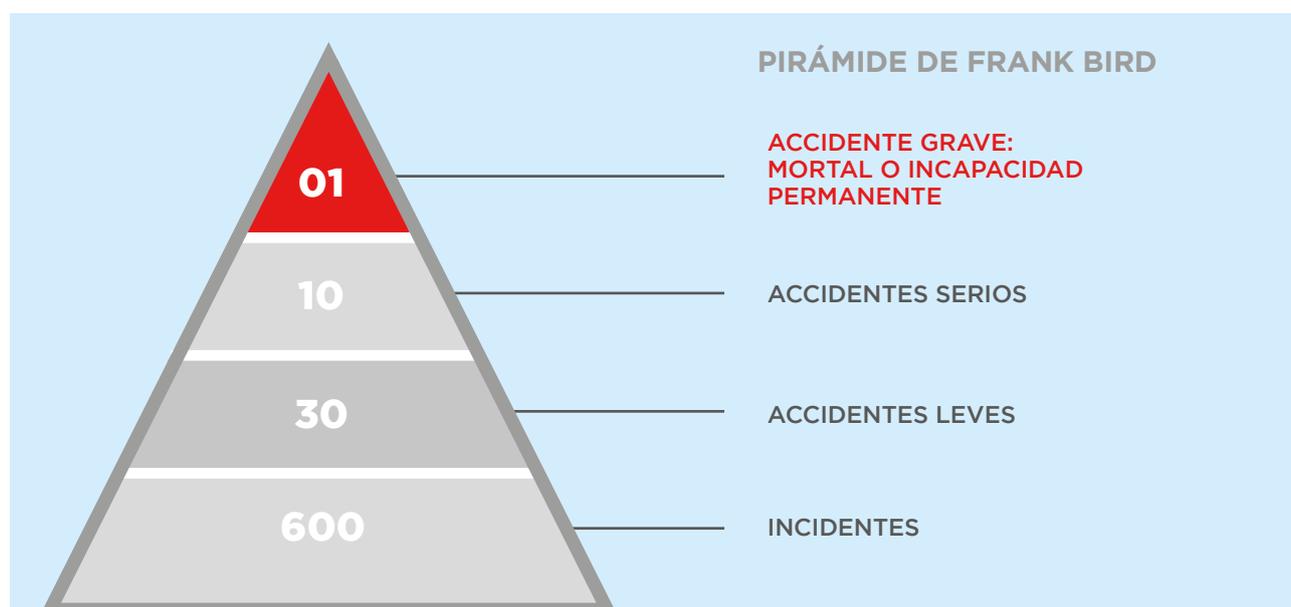
No asignar recursos suficientes a las unidades

de seguridad del paciente, produce una disminuida capacidad para sistematizar los procesos de gestión de riesgos, la baja o nula capacidad para construir bases de conocimiento para el aprendizaje organizacional y la carencia de herramientas de gestión, lo que redundará, en la probabilidad aumentada de ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

## 6. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD COMPLEJA E INTENSIVA EN TRABAJO

Según la Pirámide de Bird para que exista un accidente grave, (Evento adverso centinela), probablemente existieron antes 600 incidentes hasta que alguno se coló a través del queso suizo de Reason.

En ese panorama de cientos de datos que considerar, hechos de los que hacerse cargo vale la pena preguntarse cómo son los procesos y los recursos que tenemos para lograr los resultados que tenemos como meta.



---

## 7. ¿TENEMOS LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

### Un simple “auto-test”:

- ¿Con los recursos humanos y tecnológicos disponibles es real la capacidad de los equipos de seguridad del paciente para hacer gestión sobre los incidentes?
- ¿Cuentan con los recursos para desarrollar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente?
- ¿Podemos reunir los datos y actuar sobre ellos y los hechos que ocurrieron para generar conocimiento y acciones preventivas?
- ¿Sabemos si esos incidentes son repetitivos?
- ¿Podemos generar una acción correctiva para cada uno de ellos?

En salud “no podemos suponer que al ocurrir un incidente es responsabilidad sólo de la persona que lo provoca o que la seguridad del paciente es un tema sólo del área de calidad” y que una anomalía muy peligrosa es que “no todo incidente produce una acción correctiva.”

### Entonces la pregunta es:

- ¿Saben en su organización si todos los incidentes son reportados y generan acciones para minimizarlos en el futuro?

Las estrategias de seguridad pueden quedar en el papel si no tenemos los recursos necesarios y una cultura de calidad que tenga sopor-

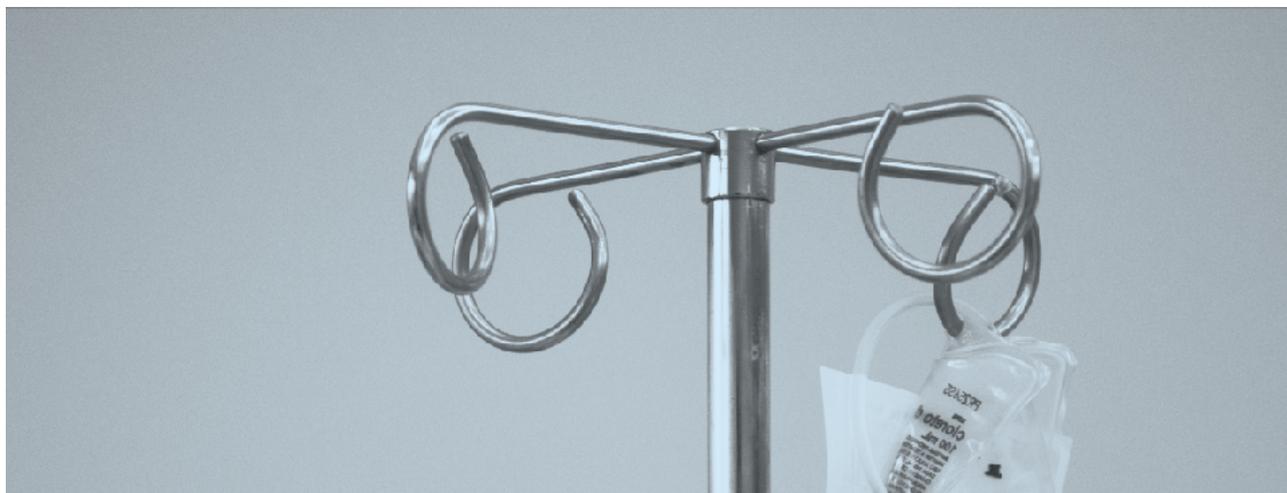
te para el seguimiento y la instalación de las prácticas que permiten hacer la prevención de dichos incidentes poniendo barreras efectivas a los riesgos. Muchos de estos incidentes son los precursores de los eventos adversos evitables en una institución de salud.

## 8. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD “RENTABLE”

No podemos responsabilizar de los problemas de los sistemas de salud a la gestión de la seguridad del paciente, sin embargo, podemos encontrar la oportunidad de identificar la capacidad de esta gestión para reducir la pérdida de valor y asignar recursos adecuados a sus necesidades y claramente justificados por el potencial de mejora en los resultados económicos de las organizaciones de salud.

Describir y cuantificar el costo de la no seguridad puede permitir hacer una evaluación de los beneficios que tiene la acción de los equipos de seguridad del paciente de las organizaciones sanitarias, incluyendo a los equipos de seguridad laboral, quienes al menos merecen una mención para considerarlos en todo el panorama.

Existen casos donde se demuestra que la inversión destinada a la gestión de los riesgos sanitarios aumenta la eficiencia y la eficacia de los profesionales de las unidades de seguridad del paciente. La doctora May Chomalí, directora de servicios médicos de Clínica Las Condes lideró un proyecto de incorporación de tecnología para la Seguridad del Paciente<sup>1</sup>. Después de un año la doctora Chomalí testimonia que esta inversión les ha permiti-



do “continuar ubicando al paciente en el centro de atención” y que ha sido “de gran valor para la decisión de mejoras en la seguridad de la atención del paciente” Por otro parte el equipo de seguridad del paciente de la misma clínica Las Condes, asegura que este tipo de inversiones les ha permitido concentrar el tiempo en las actividades de promoción y prevención para la seguridad del paciente.

## 9. ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LA NO SEGURIDAD

Es posible que las áreas de seguridad del paciente puedan estimar y producir un indicador de los costos de la no seguridad producidos, o en otras palabras, que puedan imputar a sus “beneficios” como unidad la diferencia entre los costos evitados versus las inversiones y gastos para evitar estos costos, los “costos de hacer nada” en cuanto a seguridad.

### a) Fuentes de datos para la estimación

Estudio Nacional de Incidencia Eventos Adversos en Hospitales Públicos de Chile

1 - Antares Consulting y The Patient Safety Company

Nancy Álvarez Ortiz, PhD en Salud Pública encabezó una investigación (2009) para determinar la incidencia, evitabilidad e impacto de los eventos adversos en hospitales públicos chilenos.

En este trabajo colaboraron profesionales y expertos incluyendo a las instituciones como World Health Organization (WHO) y World Alliance for Patient Safety-Small Research Grants, además del Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Algunos hallazgos fueron que entre 5.706 pacientes:

- Incidencia de pacientes con EA por asistencia sanitaria fue 6,7%, ( IC95% 6,0% - 7,3%).

- 12% de los pacientes con EA presentaban más de un EA.

- 16,3% de pacientes con EA en Unidades de Pacientes Críticos.

- 28,9% de los EA ocurrieron en procedimientos (1,9% del total)

- 85,5% de evitabilidad

- En un 5,4% se prolongó la estancia media 5,5 días y un 8,1% causó reingreso.
- Se consideró evitable el 67,6%.

El impacto de estos EA observados fue de

- Aumento de parte de la estancia: 38,6%

- Reingreso Hospitalario: 31,2%

- Fallecimiento: 3,9%

Dimensión de algunos costos evitables

Considerando los datos presentados asumiendo la coherencia entre ellos podemos hacer una estimación inicial conservadora:

- Incidencia de 6,7% SNSS - (Álvarez, 2009), de 6,2% Privados - (Lancis-Sepúlveda & Asenjo-Araya, 2013)

- El 42,6 % de estos EA son globalmente evitables (ENEAS) (Aranaz-Andrés, 2006)

- En Chile tenemos en el SNSS app 1.040.000 egresos y app 597.000 en NSNSS (Dpto. de Estadística e Información de Salud - Ministerio de Salud, 2017)

- Días camas aumentados para los EA: 5,5 días (Lancis-Sepúlveda & Asenjo-Araya,2013)

## b) Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile

Lancis-Sepúlveda y Asenjo-Araya, de la Clínica Vespucio, desarrollaron un estudio en 2013, publicado en 2014, donde presentaron los siguientes resultados:

- Se incluyeron en el estudio 500 egresos
- 6,2% sufrió eventos adversos.
- 32,4% de los EA ocurrió en los procedimientos. (2% del total)
- Un 40,5% requirió procedimientos adicionales y un 35,1% tratamientos adicionales.

45 mil eventos adversos evitables es un nú-

SISTEMA	EGRESOS	% EA ESPERADOS	EA ESPERADOS	% EVITABLES	EVITABLES	DÍAS CAMA AUMENTADOS EVITABLES 38,6%
SNSS	1.040.368	6,70%	69.705	42,60%	29.694	63.041
PRIVADOS Y NO SNSS	597.000	6,20%	37.014	42,60%	15.768	33.475
<i>Datos DEIS 2017</i>	1.637.368		106.719		45.462	96.51



mero conservador que en el contexto de más un millón de egresos podría ser considerado “menor”. Sin embargo, hay estudios como Alvarez (2009), que encontró más de 85% de evitabilidad en el sector público, lo que pondría a este guarismo cercano a los 60 mil casos evitables solo en el sector público.

En cualquiera de los dos márgenes tenemos que considerar que es un número importante de personas que sufren eventos adversos que han pasado las barreras de las instituciones para evitarlos. En algunos casos, probablemente ni siquiera existe la barrera que podría haber detenido la ocurrencia del evento adverso.

Es posible poner un “valor monetario” a estos eventos evitables. Bastaría revisar el costo del día cama de su institución, así como el arancel que representaría los ingresos perdidos por el diferencial de días aumentados.

## 10. LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN APS

Este aspecto, considerado esencial en el sistema de salud, también se ha visto focalizado en la atención hospitalaria, concentrando los esfuerzos en los hospitales para conseguir disminuir el riesgo para las personas que reciben atención, así como para las segundas víctimas de los eventos adversos, los equipos humanos de los hospitales.

En menor medida, la atención ambulatoria de los hospitales ha recibido también el foco de las estrategias, lo que ha permitido en algunos casos, que sea equiparada a la atención de los centros de salud primaria, por el hecho de ser

similares en la atención con pacientes no internados y con menos procedimientos invasivos. El error de “homologar” los procesos ambulatorios de los hospitales con los de la APS en la gestión de los riesgos de la atención sanitaria, deja de lado los procesos fundamentales de la atención comunitaria, de la prevención, de la promoción y en general de las actividades de los centros de salud primaria que exceden a las prácticas de atención ambulatoria y sus procedimientos.

Otra situación frecuente es considerar a la atención primaria como sinónimo de atención ambulatoria, situación que no es del todo consistente con nuestra realidad país, pues el nivel primario de atención gestionado por el sistema público, adopta en una gran parte de las instituciones que trabajan bajo el modelo de atención de salud familiar, coexistiendo con la atención ambulatoria provista por redes nacionales de atención de prestadores privados de atención abierta, que entregan diversas prestaciones, incluyendo la atención médica de especialidades.

## 11. ¿CUÁL ES EL RIESGO EN EL SISTEMA DE SALUD PRIMARIA?

En estudios y documentos de la OCDE<sup>2</sup>, podemos encontrar algunos datos que son relevantes para discutir el riesgo al que se enfrentan las personas atendidas y prestadora de atención en salud:

- Se estima que el daño al paciente es la decimocuarta causa principal de carga de morbilidad global, comparable a la TB, la malaria y algunos tipos de cáncer.

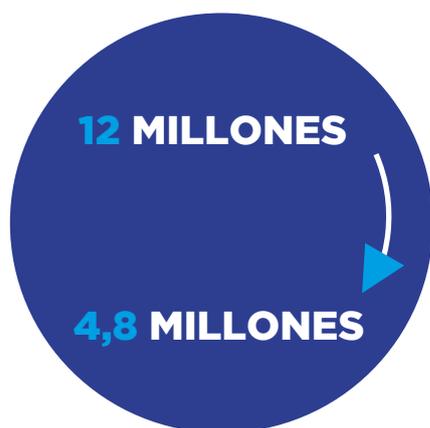
---

- Hasta 4 de cada 10 pacientes experimentan problemas de seguridad en los entornos de atención primaria y ambulatoria.

- Muchos eventos adversos son prevenibles. Los costos de la prevención son eclipsados por los costos del fracaso, lo que conduce al desperdicio en los sistemas de salud en toda la OCDE

Tomaremos un dato de atenciones médicas y de otros profesionales en la atención primaria, por razones de facilidad en la estimación, considerando que existen muchas otras acciones de salud con contacto entre prestadores y personas atendidas:

En promedio al año en Chile la APS realiza +12 millones de consultas médicas y de otros profesionales. Si consideramos el dato de OCDE 2017-2018, tenemos que 4 de cada 10 pacientes experimentan un problema de seguridad. Es decir, estamos hablando de un riesgo aproximado que puede llegar a los 4,8 millones de consultas médicas y de otros profesionales en los que podría ocurrir un problema de seguridad.



Es importante decir que si bien los efectos de una falla en la seguridad de los pacientes hospitalarios son de mayor notoriedad y relevancia por su parte en la APS se concentra el mayor número de atenciones, concentrando el riesgo y el impacto global de los problemas de seguridad superando a los problemas en el ámbito hospitalario.

### ¿Cuál es el impacto de la no seguridad en el sistema de salud primaria?

No desarrollaremos un estudio exhaustivo a falta de datos e información para determinar con suficiente evidencia este impacto. Sin embargo, podemos extrapolar los efectos que producen los problemas de calidad y seguridad en la atención primaria (diagnósticos tardíos, error diagnóstico, seguimiento insuficiente de los pacientes crónicos, etc.), y considerando también las hospitalizaciones “evitables”, todo ello es un problema que afecta a los recursos generales del sistema de salud.

En el estudio The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care ©<sup>3</sup> OECD 2018, se presenta el dato para 27 países OCDE sobre el impacto de las hospitalizaciones evitables para personas con 5 condiciones crónicas.

Estos casos, son a saber para: Diabetes, Hipertensión, Falla cardíaca, EPOC y Bronquiectasia y el Asma.

En el mismo documento de la OCDE se identifican como costos de los problemas de seguridad en la APS los derivados de los días perdidos laborales, de los impuestos y otros que afectan la vida de las personas en los países. Se cita a Gyllensten et al (2014) , que estimó



en Suecia por estas causas en alrededor del 3% del producto interno bruto.

Adicionalmente se cita a (Schofield et al 2015<sup>2</sup>; Schofield et al 2016) que calculó un 2,5% de pérdida del PIB en Australia por los mismos motivos.

A pesar de los supuestos que realizan los investigadores, no se puede dejar de considerar que este es un tema que tiene gran relevancia incluso ajustando estas estimaciones a la baja.

Si consideramos que entre un 1,5% y un 2% del PIB de Chile se puede perder en problemas como los señalados, el impacto es considerablemente grande al compararlo con el % del PIB que representa el presupuesto público para Salud.

### IMPACTO DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES PARA 5 DIAGNÓSTICOS CRÓNICOS 27 PAÍSES OCDE - 2017



## 12. LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA APS SON EVITABLES

Así como en los hospitales, cerca de un 50% de los eventos adversos son evitables, en la atención ambulatoria y primaria se ha calculado que aproximadamente el 80% son evitables. Frente a este amplio margen de manio-

bra para evitar los problemas y su impacto en la vida y la economía de los países, es que han surgido estrategias para buscar la instalación de las barreras de seguridad en el ambiente sanitario. En el caso de la atención primaria existen recomendaciones, obligación de sostener un modelo de calidad, acreditaciones y otras que se busca implementar.

2 - Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/economics-of-patient-safety.htm>

3 - Disponible en <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

4 - En el documento citado se pueden encontrar las declaraciones sobre la metodología, sus limitaciones y conclusiones.

5- The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care © OECD 2018, Pág. 28



### 13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Existe un potencial de mejora relevante en los resultados de la seguridad del paciente.

- Los daños a todas las víctimas, incluyendo las segundas víctimas son de impacto suficiente para entender que fue una buena decisión impulsar las mejoras en seguridad y continuar “rompiendo el techo” actual.

- Las acreditaciones no pueden ser el fin último, sino que una consecuencia de prácticas cotidianas que construyan una cultura de la seguridad que asegure las condiciones para tener organizaciones sanitarias más seguras.

- Los recursos hoy son escasos cuando es necesario avanzar más allá de la mejora continua e invertir en innovación.

- Es imprescindible mantener una mirada colectiva entre organizaciones, sistemas de salud, países y gobiernos para enfrentar este desafío.

- Incorporar competencias, investigación conocimiento y tecnología son una obligación en este estado de las cosas.

- Los recursos necesarios para esta actividad sanitaria pueden provenir claramente de los beneficios netos de la prevención de eventos adversos evitables.

- Es imprescindible medir con exactitud



cuál es el nivel de recursos óptimo para gestionar eficiente y eficazmente la seguridad de los pacientes y hacer un catastro nacional y transversal del estado actual de estos recursos.

• Se requiere una mayor capacidad para identificar y medir el costo de los eventos adversos con una nueva mirada organizacional y financiera que permita a los equipos de seguridad del paciente demostrar los beneficios, o recuperación de valor destruido en el sistema de salud. Esto significa profesionalizar y mejorar el sistema de costeo y de gestión clínico-económica de las organizaciones de salud.

• Una deuda que saldar de manera urgente es la incorporación definitiva de la atención primaria de salud, nivelando rápidamente el nivel de preocupación y relevancia que se le dé a este nivel de atención donde intuimos todos, que el problema puede ser de dimensiones aún más relevantes que la atención hospitalaria.

• Las recomendaciones principales para la Atención Primaria en Salud<sup>6</sup> son relacionadas con la integración en la red de salud, generar herramientas que permitan la información compartida para asegurar la captura de los incidentes y daños, así como generar una práctica estandarizada de mejora para la seguridad de los procesos e incorporar a los usuarios/beneficiarios en el plan de mejoras.

#### Bibliografía

Alvarez, P. N. (2009). *Estudio Nacional de incidencia Eventos Adversos en Hospitales Públicos de Chile*. Santiago de Chile.

Aranaz-Andrés, J. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. Madrid, España.

Avedian. (2017). *Diagnóstico estratégico global y medición de la producción hospitalaria con metodología GRD*. Cordoba, Argentina.

Chile, B. C. (s.f.). Banco Central. Obtenido de [http://si3.bcentral.cl/Bdemovil/BDE/Series/MOV\\_SC\\_TC1](http://si3.bcentral.cl/Bdemovil/BDE/Series/MOV_SC_TC1)

Diario La Tercera. (junio de 2014). La Tercera. Obtenido de <http://www.latercera.com/noticia/clinicas-cobran-hasta-tres-veces-mas-por-igual-servicio/Dpto.deEstadisticaeInformaciondeSalud-MinisteriodeSalud>. (2014). DEIS. Obtenido de <http://www.deis.cl/estadisticas-egresoshospitalarios/FondoNacionaldeSalud>. (2014). FONASA. Obtenido de [https://fonasaweb.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607120158.html](https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607120158.html)

Lancis-Sepúlveda, M., & Asenjo-Araya, C. (2013). *Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile*. Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-incidencia-eventos-adversos-una-S1134282X13001486>

Ministerio de Educación de Chile. (2017). *Mi futuro*. Obtenido de <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/buscador-por-carrera>

Ministerio de Sanidad y Consumo, Antares Consulting. (2008). *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid, España

*The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care* © OECD 2018

Nota técnica N°11/2018 Observatorio de calidad, Intendencia de prestadores, [www.Supersalud.cl](http://www.Supersalud.cl)

Estudio APEAS. *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. España. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)

Montserrat-Capella Dolors et cols. *Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study*. *International Journal for Quality in Health Care*. 27(1). 2015.