

## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

### Seguridad de Paciente: La experiencia de Córdoba

En diciembre del año 2007, el gobierno de la provincia de Córdoba creó el cargo de Director de Jurisdicción en Seguridad de Paciente por sugerencia del entonces Ministro de Salud Dr. Oscar González, quien estaba convencido de la necesidad de desarrollar una política de Seguridad de Paciente en los hospitales públicos. La designación de tal función fue para el autor de estas líneas. La decisión se respaldó en seis hechos:

- a) El informe del Instituto de Medicina de EEUU de 1999 llamado “Errar es humano” por el cuál se estimó que entre 44.000 y 98.000 personas mueren anualmente en los hospitales del país como resultado de errores médicos. Dicho informe fue solicitado por el presidente Clinton a la Agency for Health Care Research and Quality. De este primer informe se desprende que las muertes por eventos adversos en medicina fue más significativo que las muertes por accidente viales, cáncer de mama o SIDA. El informe de la Agencia de Calidad estableció que la diferencia que existe entre los cuidados que reciben un gran número de pacientes y los que debería recibir no es una pequeña brecha (o “gap”) sino que existe un abismo entre ambos y formuló los objetivos de mejoramiento que, en un plazo de 10 años, debía fijarse el sistema de salud americano, así como la estrategia para conseguirlos. Los seis objetivos de este plan fueron lograr una atención sanitaria: Segura (evitar todo tipo de daño), Efectiva (prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica), Centrada en el Paciente (proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes informados), en el Momento Adecuado (evitar los retrasos innecesarios), Eficiente (evitar gastos innecesarios) y Equitativa (a cada uno según necesidad).
- b) Las nuevas consideraciones del error médico. Hoy se reconoce que el error en la atención médica es un problema creciente, debido a que son más frecuentes los procesos de alto riesgo, definidos como la combinación de tres factores: una alta probabilidad de error, una frecuencia significativa y un daño potencial para el paciente. En las organizaciones consideradas de alto riesgo, como las de aviación, industria química, producción de energía nuclear y eléctrica, el ejército y la navegación, en las que el error tiene severas consecuencias, el análisis de la causa raíz de los errores ha revelado que estos se deben a fallas técnicas del sistema u organización, así como a limitaciones o inconsistencias de la conducta humana. Dicho de otra manera, los errores no solo se deben a fallas de las personas sino sobre todo, a fallas en el diseño y la gestión de las organizaciones. Desde hace varios años se ha tratado de encontrar explicaciones sobre la etiología de los errores que conducen a lesiones de las personas y a pérdidas en las organizaciones. Entre las diversas teorías se destaca la de James Reason, sicólogo y académico de la Universidad de Manchester, autor del libro “El error humano”, que propone la existencia de factores latentes de tipo sistémico en las organizaciones, que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes. Es obvio, que la persona tiene un rol en la materialización del daño, pero es relativamente menor frente a todas las capas que el “vector de error” debe atravesar para afectar al paciente y que se conoce como “fenómeno del queso suizo”. Se parte del supuesto de que si en los servicios de salud se pone la atención en los aspectos organizacionales tales como los de estructura, los proceso y la cultura organizacional, los cuales para ser efectivos deben estar

alineados o en sincronía, se podrá obtener mejores resultados o impacto en la seguridad de los pacientes. Se debe superar la situación de “buenos profesionales versus malos sistemas”.

- c) La experiencia del Hospital de Niños de Córdoba (2001-2007, Director Dr. Héctor Maisuls) en el rediseño organizacional en base a la configuración Burocracia Profesional propuesta por Henry Mintzberg de la Universidad de McGill de Montreal. En general, los hospitales públicos de nuestro país presentan un pobre diseño de sus estructuras por ausencia del necesario respaldo de la administración científica. Si se considera que el hospital es una de las organizaciones más complejas del sistema empresarial, el vicio de la supervisión simple desde el cuerpo directivo es un fallo latente sistémico que afectará indefectiblemente la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. La propuesta del Prof Mintzberg explicitada en su libro “Diseño de organizaciones eficientes” fue ampliamente discutida y aprobada por el Hospital de Niños. Simultáneamente, se creó la Comisión Central de Calidad Hospitalaria para mejorar la gestión de calidad.
- d) La Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes lanzada en el año 2004 por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales de EEUU, con el propósito de mejorar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes como un desafío global ([www.icipatientsafety.org](http://www.icipatientsafety.org)). En el 2005 se plantean las primeras soluciones en 9 puntos: Medicamentos de aspectos o nombres parecidos; Identificación de pacientes; Comunicación durante el traspaso de pacientes; Realización de procedimientos correctos en el lugar del cuerpo correcto; Control de las soluciones concentradas de electrolitos (Potasio); Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales; Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos; Usar una sola vez los dispositivos de inyecciones; Mejorar la higiene de las manos para prevenir la infecciones asociadas a la atención de la salud.
- e) La iniciativa de la Academia Nacional de Medicina que a través del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas ha desarrollado el Área de Seguridad del Paciente y Error en Medicina cuyas actividades se detallan en su página web ([www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar)). Desde el año 2005 dicho Instituto colaboró en múltiples actividades sobre el tema en la provincia de Córdoba a través de la coordinación de la Dra. Zulma Ortiz y en septiembre del 2007 el académico Dr. Alberto Agrest disertó en el Hospital de Niños con la presencia del Ministro de Salud de la provincia. El título de la conferencia fue ¿Por qué es importante implementar un Programa de Seguridad para la Atención Médica?. Parte de sus numerosos escritos sobre el error médico están publicados y difundidos como newsletters en la página del Ministerio de Salud de Córdoba en la sección Novedades de la Dirección de Seguridad de Paciente.

En sus ensayos sobre el error médico, el Dr. Agrest ha señalado conceptos trascendentales:

“El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no hay que hacer y lo que no es verdad. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que éste es producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, considerándolo así culposo. Considerado el error como un producto de la mala práctica, y aceptada la noción de infalibilidad médica, se paso a ocultar el error, con lo cual se dejo de aprender de él. El temor al castigo, más

que un estímulo para la prevención, se ha convertido en un estímulo para el ocultamiento.

Hoy dirigimos nuestra atención a los errores del sistema, a los defectos de organización y al agotamiento de los actores. La racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas necesarias. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores, sus consecuencias y las que se consideren sus causas. Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano, en la que el error no sea equivocarse, sino aprender de él.”

- f) Las actividades sobre Seguridad de Paciente y Error en Medicina desarrolladas desde el año 2005 en el ámbito del Centro de Epidemiología y Medicina Basada en la Evidencia del Hospital de Niños bajo el liderazgo de la Dra. María Esther Olocco. Se creó el primer grupo de trabajo sobre el tema en la provincia de Córdoba. Unos de sus integrantes, Dr. Héctor de Uriarte, obtuvo una beca de Salud Investiga para realizar un trabajo colaborativo multicéntrico sobre “Seguridad del paciente en relación con la prevención y mitigación de las consecuencias de los denominados errores médicos en el proceso de atención”. Asimismo, dicho becario junto con el Dr. Enrique Pogonza fue coautor del libro “Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica de pacientes” bajo la dirección de la Dra. Zulma Ortiz de la ANM (<http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/libros/2007/seguridad.pdf> ). Posteriormente, se realizó una segunda investigación en el Hospital de Niños a cargo de la becaria Dra. Liliana Bekerman patrocinada por Salud Investiga: “Error en medicina y seguridad en la atención del paciente pediátrico” . Se trabajó sobre la difusión, grupos focales, protocolos, talleres, vigilancia del error, proporción de eventos adversos y acciones correctivas. Se registró un 13 % de eventos adversos, el 71 % prevenibles (32 % infecciones hospitalarias). Finalmente en septiembre del 2007 se creó el primer Comité de Seguridad de Paciente de la provincia de Córdoba en el Hospital de Niños.

## ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SEGURIDAD DE PACIENTE

La Dirección de Seguridad de Paciente se planteó en primer lugar trabajar sobre las infecciones hospitalarias sobre la base de un relevamiento en terreno de los respectivos Comité hospitalarios. Se pudo comprobar el funcionamiento irregular de los mismos, datos incompletos y escaso impacto en la organización.

De inmediato, se tomó la decisión de incorporar el Programa VIHDA (Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina) del INE (Instituto Nacional de Epidemiología) al Comité de Infecciones Hospitalarias de cada establecimiento como ocurría desde el año 2004 con los hospitales de Niños y Rawson. Diez hospitales en condiciones de ingresar a dicho Programa (tener más de 100 camas) recibieron la capacitación a mediados del 2008 por el director del INE Dr. Guillermo Lossa y su equipo, en la misma ciudad de Córdoba (financiación a cargo del Ministerio de Salud de la provincia) y, en pocos meses más, 12 hospitales públicos provinciales estaban adheridos a dicho programa bajo la conducción de la Dirección de Seguridad de Paciente. Los hospitales adheridos al Programa VIHDA envían la información diaria de cada área vigilada. Desde la Dirección del INE se proveen a cada hospital los datos de las diferentes tasas de infecciones para su análisis y mejoramiento, en tanto que al Ministerio se proveen los

datos jurisdiccionales de la provincia de Córdoba y los datos nacionales por semestre. Todo este trabajo de campo previamente desarrollado en la provincia, fue ratificado por un Convenio entre el ANLIS-INE del Ministerio de Salud de Nación y el Ministerio de Salud de Córdoba con obligaciones para cada uno de los hospitales públicos participantes.

Ello significó en la práctica el funcionamiento regular de cada Comité de IH con miembros designados por Disposición de la Dirección, Programa Anual de Vigilancia, Prevención y Control de IH aprobado y firmado por el Comité y la Dirección, Libro de Actas para registro de las actividades, reuniones periódicas, datos confiables de tasas de infecciones a disposición de la Dirección y Jefes de Servicios y mejoramiento de los procedimientos con impacto en la organización.

Simultáneamente, se trabajó en la conformación de nuevos Comité de Seguridad, además del Hospital de Niños, agregándose los hospitales San Roque, Maternidad Provincial y Materno Neonatal. En diciembre del 2008, por Resolución Ministerial N° 965 se aprueba la conformación del Comité de Seguridad de Paciente en los hospitales públicos y como política de Estado en la provincia de Córdoba.

( [http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/sal\\_sepa\\_dec965.pdf](http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/sal_sepa_dec965.pdf) ).

En Septiembre del año 2009 se realizó la 1° Jornada de Infección Intrahospitalaria y Seguridad de Paciente con disertantes locales de los hospitales y dos invitados nacionales: el Dr Guillermo Lossa del INE y el Dr. Hugo Arce del ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud). Participaron más de 700 inscriptos, se presentaron posters con trabajos de los hospitales y se entregó el Video de Lavado de Manos en Neonatología producido localmente por la Dirección de Seguridad de Paciente cuya producción completa se puede consultar y bajar desde la página web del Ministerio de Salud.

Por primera vez se integraron los profesionales que manejan las infecciones hospitalarias (un tercio de los eventos adversos) con los profesionales que intentan instalar la seguridad de paciente mediante el registro de los restantes eventos adversos (dos tercios restantes). Los primeros administran un modelo de riesgo conocido con tasas de referencias nacionales e internacionales, en tanto los segundos desarrollan investigaciones para conocer los diferentes tipos de eventos adversos y sus tendencias en diversos escenarios, adoptando nuevos protocolos y listas de verificaciones.

Debido al incremento de la mortalidad infantil en Córdoba en el período 2006 – 2007 (de 11,5 a 12,7 por mil nacidos vivos), el Ministerio de Salud crea la Unidad Ejecutora para el seguimiento de la misma bajo la Dirección de Maternidad e Infancia a cargo de la Dra. Marcela Miravet, con la participación de la Dirección de Seguridad de Paciente para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias y otros Eventos Adversos a través de un Comité de Infección Hospitalaria con el Programa VIHDA y de un Comité de Seguridad en cada servicio de neonatología. Además, con la colaboración del UNICEF se desarrollaron talleres de capacitación en servicios de Neonatología y Maternidades. Comparando el período 2008 - 2009, las muertes por sepsis neonatal bajaron un 50 % y las muertes neonatales han declinado progresivamente mejorando las tasas de mortalidad infantil (de 11,9 a 10,7 por mil nacidos vivos). Como resultado de estas múltiples acciones en el año 2012, la mortalidad infantil en Córdoba se ubicó en 9,6 por mil nacidos vivos.

En octubre del año 2011 se desarrollaron las Segundas Jornadas de Infección Intrahospitalaria y Seguridad de Paciente con disertantes locales y la participación del Dr. Ezequiel García Elorrio del IECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria), además del Dr. Lossa. Nuevamente hubo una masiva participación y las conferencias se pueden encontrar en la página web del Ministerio de Salud.

Actualmente se está trabajando en mejorar en los hospitales públicos algunos aspectos básicos: Identificación de Pacientes, Medicación Segura, Quirófano Seguro, Lavado de Manos y Caída de Pacientes. El Departamento Central de Enfermería y sus servicios hospitalarios están desarrollando indicadores para medir resultados. Dos referentes de la enfermería local, Lic. Cristina Cometto y Lic. Genoveva Ávila, han participado como coautores del libro *Enfermería y Seguridad de Paciente* patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud.

En algunos hospitales se está avanzando hacia la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos de manera coordinada entre el Comité de Seguridad y el Comité de Farmacoterapéutica. Las consultas por problemas asociados a la terapéutica farmacológica en los hospitales son frecuentes debido a la complejidad del proceso de medicación que incluye los siguientes pasos: selección, prescripción, dispensación, administración y seguimiento (o monitorización). Se trabaja sobre las cinco “C”: la dosis Correcta, del medicamento Correcto, administrada al paciente Correcto, a través de la vía Correcta y en el momento Correcto. En igual sentido se han identificado medicamentos de aspecto o nombre parecido como por Ej. cloruro de potasio y agua destilada, gentamicina y dexametasona, metoclopramida – furosemida y dipirona, etc.

Muchos servicios de cirugía han implementado la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano.

La mayoría de los hospitales públicos han diseñado sistemas locales de notificación de eventos adversos y la Dirección de Seguridad de Paciente está preparando un diseño digital anónimo para todo el sistema que permita unificar los diferentes tipos de EA.

Para mejorar la gestión del conocimiento, se ha instalado un Área de Producción Científica por hospital con una Biblioteca Virtual en conexión con la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) para acceder a artículos científicos fulltext. Desde la Dirección de Seguridad de Paciente se coordina esta actividad con un asesor científico y la primera tarea es la construcción de un archivo de Guías de Práctica Clínica por especialidad. Dichas Guías para ser adaptadas y validadas deben usar la metodología propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación que están disponibles en la Dirección de Seguridad de Paciente.

Cada Área de Producción Científica de los 13 hospitales grandes de la provincia han recibido 4 computadoras, una impresora y un Modem para la conexión con la UNC por decisión del Ministro de Salud Dr. Carlos Simon.

El diseño de una página Web y el envío de newsletters en forma periódica es parte de una política de comunicación activa con un grupo numeroso de profesionales referenciados del sector público y privado de Córdoba y de la Argentina, todo lo cuál puede encontrarse en la respectiva página web del Ministerio de Salud. Se promueve el trabajo con herramientas comunicacionales perfeccionando la transmisión oral, la historia clínica, los manuales de procedimiento, las guías de práctica clínica, las normas de procesos (ISO 9000 y otras), los protocolos de trabajo, el tablero de comando, las investigaciones formales, los estudios de efectividad clínica y los estudios de eventos adversos. La construcción, el desarrollo y el respeto de estas herramientas comunicacionales es parte del cambio cultural de nuestro trabajo, no solo en conceptos sino también en operaciones concretas. El camino entre lo ideal y lo real es la construcción cultural permanente.

Un sector importante de establecimientos privados de Córdoba ha imitado esta política del Estado adhiriendo al Programa VIHDA en muchos casos, constituyendo Comité de Seguridad de Paciente en otros y en un caso acreditando calidad asistencial a través del

ITAES (Clínica Reina Fabiola de la Universidad Católica de Córdoba liderada por la Dra. María Esther Olocco del Hospital de Niños).

De esta manera se trata de cubrir el trabajo de cultura organizacional, la vigilancia de eventos adversos, el mejoramiento continuo de la seguridad y la gestión del conocimiento en el campo de la seguridad de paciente.

Hoy, el staff de la Dirección se integra de la siguiente manera:

- a) Un referente del programa VIHDA infectólogo: Dr. Gustavo Martínez
- b) Una referente del programa VIHDA enfermera en control de infecciones Lic. Laura Furlán
- c) Una referente del programa VIHDA bacterióloga Dra. Patricia Fernández
- d) Una referente de seguridad de paciente Lic. Genoveva Ávila
- e) Un coordinador de la Red de Áreas de Producción Científica Dr. Ramón Enrique Pogonza
- f) Una experta en comunicación social Lic. Mónica Lucero

Cada miembro del equipo tiene definido su rol por resolución ministerial y garantiza la continuidad de la política de seguridad de paciente en el tiempo, constituyendo una verdadera política de Estado para mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

Dr. Héctor Maisuls  
Director de Seguridad de Paciente  
Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba