

BOLETÍN CONAMED - OPS

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2018

Órgano de difusión del
Centro Colaborador en
materia de Calidad y
Seguridad del Paciente

20

PROCESOS DE CALIDAD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

75
AÑOS
1943 - 2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Nuestra experiencia respecto del estudio IBEAS, retos y perspectivas

Robinson Rodríguez Herrera¹, Enrique Víctor Mora¹, Lady Patricia Yamaguchi Díaz²

El estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), así denominado por proximidad con el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS) de origen español publicado en el año 2006. Consistió en un estudio descriptivo retrospectivo de cohorte transversal para determinar la prevalencia, complementado con un análisis prospectivo sobre el 10% de la muestra del estudio para determinar la incidencia, se realizó en el año 2007 y pretendía obtener un conocimiento de la epidemiología de los sucesos adversos (incidentes y eventos adversos) en los hospitales de cinco países de América Latina, a saber: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Para concretarse contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, del Ministerio de Sanidad y Política Social de España y de los Ministerios de Salud de los gobiernos respectivos.

En 35 hospitales de estos países, equipos de profesionales entrenados, cribaron las historias clínicas de pacientes hospitalizados para extraerlas hacia un formulario de caracterización y tipificación del suceso (llamado MRF2), que permitiera determinar la naturaleza, prevalencia e incidencia de los sucesos adversos, así como los sucesos que afectaron la salud del paciente pero que no estaban relacionados con el sistema.

La primera publicación oficial de los resultados ocurre en el año 2009 (Estudio IBEAS: prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009).¹

Recordemos que el objetivo general del estudio IBEAS fue mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, mediante la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos, así como el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia médica que se asocian la aparición de efectos adversos que llegan a ser evitables. Por lo tanto, identificar áreas y problemas prioritarios de seguridad del paciente (SP) para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos resulta relevante para el estudio. Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente. Incorporar a la agenda de todos los países,

en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente. Un efecto adverso en un paciente se define como el daño ocasionado por la atención sanitaria que no se relaciona con la patología que motivó su ingreso.

Para ello se implementó un estudio observacional transversal sobre las historias clínicas de todos los pacientes hospitalizados en el momento del estudio y complementariamente un estudio de revisión retrospectiva. Se utilizaron los instrumentos validados según bibliografía internacional, esto es una Guía para el cribado de efectos adversos, y un cuestionario modular para revisión de casos. Los datos se cargaron en una base de datos programada para la gestión de los datos.

Dentro de los aspectos más significativos que resultaron del estudio, podemos mencionar:

- ▼ Consolidación de equipos de trabajo a nivel hospitalario, local y nacional.
- ▼ Crecimiento de masa crítica de equipos de salud capacitados en seguridad de los pacientes.
- ▼ Construcción colectiva en la identificación de situaciones de riesgo en la práctica asistencial.
- ▼ Equipos interdisciplinarios comprometidos, con un entrenamiento profundo y minucioso que posibilita la reproducción en otros establecimientos de salud del país.
- ▼ Visualización de la calidad del registro en las historias clínicas (HC).
- ▼ Jerarquización de la información volcada en HC.
- ▼ Sensibilización en la necesidad de trabajar en la mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, así como en la aplicación de herramientas de apoyo.
- ▼ Se evidenció la necesidad de un aprendizaje continuo por parte de los participantes (al menos de los que suscriben este documento).
- ▼ Incorporación de los pacientes en los próximos desafíos en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
- ▼ Se demostró la necesidad de realizar cambios relacionales entre los sectores/áreas administrativas y profesionales técnicos.
- ▼ Necesidad de generar canales de comunicación fluido entre todos los niveles generando y fortaleciendo vínculos formales e informales.

1. Disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME IBEAS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME%20IBEAS.pdf)

- ▼ Necesidad de vencer la resistencia al cambio.
- ▼ Necesidad de generar el interés y compromiso por parte de los directivos.
- ▼ Necesidad de incluir en las sensibilizaciones a todo el equipo de salud (médicos, enfermeras, camilleros, personal de limpieza, maestranza y otros sectores).
- ▼ A partir de este estudio se pretendía generar un “mirar hacia adentro” de las organizaciones, con una mirada crítica pero generadora de mejoras para la disminución de los riesgos asistenciales.

En este sentido, cuando se llevó a cabo el estudio, quienes participamos en los equipos gestores de cada país para el desarrollo de este proyecto, lo hicimos con la convicción de que consolidar este esfuerzo significaría un gran avance en la salud pública de nuestros países relativo al mejoramiento de la seguridad de los pacientes. A su vez, entendimos que un estudio de tal magnitud se constituiría como un referente técnico en lo que al conocimiento de los eventos adversos vinculados a la atención de la salud se refiere.

Ante esto y considerando el impacto académico y referencial que ha tenido la publicación de los resultados de este estudio, consideramos que nueve años después, es indispensable analizar tanto los alcances que ha tenido, así como las oportunidades por mejorar que dejaron de aprovecharse, y a partir de este análisis, buscamos plantear la imperiosa necesidad de planificar y realizar un estudio, que sea al menos similar y obviamente actualizado, y que sirva para conocer la prevalencia e incidencia de los sucesos adversos en la región, después de evidenciar para cada uno de los participantes en el IBEAS las acciones que permitieran dictar políticas públicas en la materia, así como desarrollar estrategias y acciones que permitieran contribuir tanto a la mejora de la calidad de la atención, como a minimizar la probabilidad del error y maximizar la probabilidad de detectar e interceptar esos riesgos antes de que ocurran (gestión de riesgos); además de reconocer la situación actual de la cultura de seguridad del paciente y a partir de eso tomar decisiones clínicas basada en evidencia, buscando a su vez estandarizar procesos que disminuyan la variabilidad clínica y la probabilidad de ocurrencia de los errores; considerando la posibilidad de desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación permanente de los objetivos trazados respecto al impacto de los resultados en los sistemas de salud.

Como beneficios claros del estudio IBEAS para la salud pública global, y especialmente en lo relativo al análisis y gestión de los eventos adversos, tenemos los datos relativos a las incidencias y prevalencias de estos en cada país y hospital participante. También contribuyó a establecer la viabilidad como

elemento fundamental para los planes y la gestión de cada centro de salud y sistema sanitario.

Un inconveniente mayor lo constituye el tiempo que transcurrió entre la toma de los datos y la publicación de los resultados de los establecimientos de atención médica de los países que participaron en el IBEAS, pues en dos años muchos cambios ocurrieron, también en las instituciones de salud de las organizaciones locales y nacionales respecto a los gerentes en turno. Además, se desaprovecharon las oportunidades de intervenir para evitar o al menos disminuir el impacto de los incidentes adversos posibles de ocurrir o detectados a pacientes entre el 2007 al 2009, algo evitable si esa información hubiese sido gestionada con mayor prontitud.

Al presente, planteamos una pregunta obligada, relacionada con la relación de congruencia que puede existir entre la inversión de tiempo y los recursos erogados en los sistemas de salud, así como las políticas de salud pública en las que se incorporaron como estrategia la seguridad del paciente, con planes, políticas o lineamientos de impacto que consideren una característica medible que se mantenga en la actualidad para beneficio de los sistemas de salud, del prestador de salud o cuidador y por supuesto, de los pacientes.

Es necesario que se actualice a los sistemas de salud de los países, respecto de la importancia del trabajo articulado de los gerentes, prestadores, pacientes y sociedad civil para fortalecer una cultura de seguridad del paciente, de manera dinámica, oportuna y congruente con las necesidades de la población en su conjunto y a superar las expectativas de los usuarios de los servicios de salud.

Así pues, a nueve años de este capítulo, resulta necesario favorecer la generación de condiciones que permitan realizar un estudio similar, basado en la metodología conocida, congruente con el camino recorrido, pero cuyos resultados sean compartidos a los sistemas de salud de manera oportuna y eficaz, para que generen estrategias y acciones con un tiempo de reacción congruente con las necesidades del momento, midiendo el beneficio concreto que estas van a generar para una mejor gestión y resultados de salud en las poblaciones de pacientes hospitalizados, que como ya se mencionó, no se contó en la experiencia anterior.

Esperamos que estas palabras tengan eco positivo entre los gestores y tomadores de decisión, y puedan trascender para lograr una nueva alianza estratégica, para que, de manera conjunta, se apoye a los interesados en replicar nuevamente la experiencia tan promisoriosa para nuestros sistemas de salud.

1. Caja Costarricense de Seguridad Social.*

2. Ministerio de Salud de Perú.*

* Participantes del estudio IBEAS.

BOLETÍN CONAMED - OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

75
AÑOS
1945 - 2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

www.gob.mx/conamed