



Universidad de Belgrano

Facultad de Económicas

Maestría en Administración de Empresas

Mención Dirección Estratégica

Tesis

**Seguridad del Paciente en Instituciones de Salud
Privadas en Ciudad de Buenos Aires y
Conurbano Bonaerense**

Director: Jorge W. Barrientos

Alumna: Lic. Magalí B. Córdoba

Nro. de Registro: 90122034

Año 2020

Resumen

El presente trabajo aborda la problemática de la Seguridad del Paciente durante la prestación de servicios de Salud, en instituciones de Salud privadas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbado Bonaerense.

Por medio de la revisión bibliográfica, exposiciones y publicaciones de expertos en la materia, recopilación de datos y análisis de los mismos, estudia los conceptos vinculados a la seguridad del paciente, los eventos adversos, el riesgo que afrontan los pacientes al ser atendidos por el sistema de salud y por qué se concretan dichos errores. Se analiza también la percepción a nivel mundial de los pacientes y sus familiares, basado en estadísticas que abalan la alarma, cada vez más resonante, a nivel mundial.

Profundiza en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el riesgo de los pacientes durante la atención así como los eventos de no calidad y mejorar de este modo la Seguridad del Paciente. Basado en los procesos asociados a estas, análisis de riesgos e indicadores de seguimiento de las mismas.

Indaga también sobre la percepción de los profesionales y gestores de salud vinculada a la dificultad de adopción de las prácticas recomendadas por la OMS. A través de la aplicación de una encuesta en entrevista, se relevan aspectos como: si percibe dificultad en la aplicación de las prácticas estudiadas y cuales son, si son percibidas como costosas, y qué roles prestadores de salud considera más resistentes a su utilización.

Así mismo analiza los costos que se incurren por no adoptar herramientas para la seguridad del paciente, poniendo de relieve lo riesgoso que puede ser esto para una organización de salud privada y el sistema de salud como un todo. Dado que los costos hundidos por la no calidad se traducen en gastos innecesarios que obliga a los Gestores de Salud a desviar flujo financiero para reparar o contener estas fallas, en detrimento de campañas de prevención, fortalecimiento de mejora tecnológica y metodologías de atención, entre otros destinos.

Se concluye que las principales dificultades para aplicar las herramientas de seguridad del paciente estudiadas, están asociadas a diferentes variables. El aspecto cultural se presenta como el más fuerte de ellos, en el que la falta de constancia en el correcto

uso de estas herramientas, ignorar las mismas, y la resistencia a adoptarlas, se muestran como las evidencias más observables de un problema cultural a resolver. También denota una falta de liderazgo para los equipos de atención que encaminen a estos a interiorizar estas herramientas. La supervisión y verificación de la aplicación de los procesos que enmarcan las prácticas también se evidencia ausente. Así mismo existe debilidad en la capacitación y concientización constante sobre la seguridad del paciente y los métodos disponibles para fortalecerla.

Se concluye también que los equipos de salud son conscientes de las fallas y sus causas, dado que ellos mismos lo expresan en las entrevistas realizadas, por lo que el esfuerzo de las áreas de Gestión debería centrarse en planificar y ejecutar acciones que permitan resolver esta problemática, capacitar sobre la misma, supervisar estrechamente su aplicación y medir los resultados para poder corregir los desvíos.

Dedicatoria

A mi familia. A mi mamá, Patricia, que además de madre es mi principal mentor y modelo profesional. A mis hermanos, Virginia, Nicole y Miguel, por contenerme y apoyarme con todo su amor en cada paso de mi vida. A mi abuela Marta por esa incondicional fé en mí y en mis capacidades. A mi abuelo Cesar, por marcar tan a fuego en mí mente que estudiar es el principal bastión del crecimiento e independencia. A Manuel, mi papá por elección y también gran mentor. A mi novio, Lucas, por alentarme incansablemente a cumplir mis sueños y objetivos.

A mis colegas profesionales Jorge Guerra, Eduardo Palombarini, María Rosa López y a las instituciones de Salud con las que he compartido maravillosos proyectos laborales, que me han enseñado tanto y con tanto cariño.

A Jorge Barrientos, mi Director de tesis y Director de Maestría, por su enorme profesionalismo, guía y apoyo en este crecimiento académico.

A los profesionales que colaboraron con el presente trabajo al brindarme su tiempo y opiniones en las entrevistas realizadas.

Índice de temas

1-	Introducción	9
1.1	Tema	10
1.2	Alcance.....	10
1.3	Metodología.....	10
1.4	Generalidades	10
1.5	Objetivo	11
2-	Marco teórico.....	12
2.1	Introducción	12
2.2	Consideraciones iniciales	12
2.2.1	Fuentes de Eventos Adversos:	13
3-	Metodología.....	26
3.1	Diseño Metodológico	26
3.2	Unidad de Análisis	26
3.3	Muestreo y Selección de Participantes	27
3.4	Mapeo de Variables.....	28
3.5	Instrumento de Indagación y Método de Procesamiento	28
3.5.2	Recolección de datos.....	29
3.5.3	Periodo de Aplicación.....	29
4-	Resultados.....	30
4.1	Introducción	30
4.2	Limitaciones y Desafíos	30
4.3	Metas de la Seguridad del Paciente	31
4.4	Identificación del paciente.....	34
4.4.1	Consideraciones generales	34
4.4.2	Riesgos	36
4.4.3	Procesos Vinculados	38
4.4.4	Indicadores y Medios de Control.....	42
4.5	Lavado de Manos para el Control de Infecciones	44
4.5.1	Consideraciones generales	44
4.5.2	Riesgos	51
4.5.3	Indicadores y Medios de Control.....	52

4.5.4	Procesos Vinculados	54
4.6	Check de Cirugía Segura.....	57
4.6.1	Consideraciones generales	57
4.6.2	Riesgos	63
4.6.3	Indicadores y Medios de Control.....	65
4.6.4	Procesos Vinculados	67
4.7	Seguridad del Paciente y los costos en la Atención de Salud	69
4.8	Percepción sobre la dificultad de aplicación de las prácticas investigadas ...	74
4.8.1	Introducción.....	74
4.8.2	1er Apartado: Roles Encuestados	74
4.8.3	2do Apartado: Pulsera de Identificación de Paciente.....	75
4.8.4	3er Apartado: Check de Ingreso a Quirófanos	79
4.8.5	4to Apartado: Lavado de Manos.....	82
4.8.6	Conclusiones de la Encuesta.....	85
5-	Análisis y Discusión	89
5.1	Hallazgos Clave.....	89
5.2	Respuesta a los Objetivos	90
6-	Conclusiones	92
	Bibliografía y Sitio web de referencia	94
	Anexos	98

Índice de Imágenes e Ilustraciones

Ilustración 1-	Eventos Adversos evitables por error en Medicación, The Pharmaceutical Journal, 2019.....	14
Ilustración 2-	Modelo Explicativo de la Multicausalidad. Liderazgo para el Cambio, Nov 2018	15
Ilustración 3-	Errores Médicos, la 3er causa de muertes en los EEUU. The bmj, 201616	
Ilustración 4-	Infecciones Intrahospitalarias. Healthcare Associated Infections, 2011 .	17
Ilustración 5-	Percepción sobre la posibilidad de daño en la atención de salud, Special EuroBarometer, 2009.....	18
Ilustración 6-	Pacientes o Familiares que han experimentado Evento Adverso. Special EuroBarometer, 2009.....	19
Ilustración 7-	Percepción de daño por países, Europa. EuroBarometer, 2009.	20

Ilustración 8- Percepción directa sobre el daño, EuroBarometer, 2009	21
Ilustración 9- Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria	22
Ilustración 10- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Universidad Austral	32
Ilustración 11- Pulseras de Identificación de Paciente, Blog Calidad en Enfermería, nov 2013	35
Ilustración 12- Pulsera de Binomio o Pulsera de Bebé, MedicalExpo, 2020.....	35
Ilustración 13- Pulsera de Identificación en Internación, Juanta de Andalucía, dic 2008	37
Ilustración 14- Mapa de Procesos. ProSanitas, 2019.....	39
Ilustración 15- Diagrama Atención de Paciente en Internación. Autoría Propia.....	40
Ilustración 16- Pulsera con Dispositivo de Radio Frecuencia, BBC, jun 2012	42
Ilustración 17- Medico- Lavado de Manos, TN, may 2012	45
Ilustración 18- Encabezado Noticia sobre el lavado de manos, TN, may 2012	46
Ilustración 19- ¿Cómo Lavarse las Manos? OMS, Oct 2010.....	47
Ilustración 20- Recorrido Paciente Quirúrgico- Lavado de Manos- OMS 2016.....	48
Ilustración 21- 5 Momentos Lavado de Manos. OMS, 2010	49
Ilustración 22- Mapa de Procesos- Procesos Sustantivos. ProSanitas, 2019.....	54
Ilustración 23-Procesos de Apoyo. ProSanitas 2019.....	55
Ilustración 24- Cumplimiento del Consentimiento Informado. Dr. Ricardo Herrero, Congreso SADAM 2018.....	58
Ilustración 25- Radiografía Tijeras Quirúrgicas. El Economista.es, Marzo 2015.....	59
Ilustración 26- Reporte: Errores Médicos. Quirófanos. Asch, April 29, 2005	60
Ilustración 27- Mapa de Procesos- Proceso Quirúrgico. ProSanitas, 2019	67
Ilustración 28- Al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños..	69
Ilustración 29- Diagrama de torta, roles entrevistados	74
Ilustración 30- Diagrama de torta, utilidad de la Pulsera de Indentificación de Paciente	75
Ilustración 31- Diagrama de torta, dificultades de aplicación de la Pulsera de Indentificación.....	76
Ilustración 32- Diagrama de torta, costo de aplicar Pulsera de Identificación.....	78
Ilustración 33- Diagrama de barras, roles mas resistentes al uso de Pulsera de Identificación.....	78
Ilustración 34- Diagrama de torta, utilidad del Check de ingreso a Quirófanos	79

Ilustración 35- Diagrama de torta, dificultad de aplicación del Check.....	79
Ilustración 36- Diagrama de torta, costo de aplicar el Check.....	81
Ilustración 37- Diagrama de barras, roles mas resistentes al uso del Check.....	81
Ilustración 38- Diagrama de torta, utilidad del lavado de manos	82
Ilustración 39- Diagrama de torta, dificultad de aplicación del lavado de manos	83
Ilustración 40- Diagrama de torta, costo de la aplicación del lavado de manos.....	84
Ilustración 41- Diagrama de barras, roles mas resistentes al lavado de manos	85

Índice de Tablas

Tabla 1- Porcentaje de Eventos Adversos en Diferentes Estudios. Scielo, Sep 2011 .	17
Tabla 2- Mapeo de Variables	28
Tabla 3- Riesgos por NO Identificación del Paciente	38
Tabla 4- Riesgos por NO Lavado de Manos	52
Tabla 5- Listado de Comprobación de Paciente para una Cirugía Segura en Internación- Enfermería. Autoría Propia.....	61
Tabla 6- Lista de Comprobación de Traslado a Quirófanos- Camillero. Autoría Propia.	62
Tabla 7- Check List de Cirugía Segura. Autoría Propia.....	63
Tabla 8- Riesgos por NO aplicación de Checks para Cirugía.....	65
Tabla 9- Promedio días de Internación por IH. Programa VIHDA, 2006.....	73
Tabla 10- Cumplimiento de Objetivos	91

1- Introducción

La Seguridad del Paciente durante la atención de salud es una temática que preocupa a nivel mundial, dado que la posibilidad de recibir daño siendo atendido por profesionales de salud resulta ser probable. En algunos casos la probabilidad es alta y por esto, muy alarmante. No solo por los costos que genera para el sistema de salud sino que por las muertes y discapacidades que produce en miles de pacientes por año en el mundo.

Motivaron el presente trabajo la búsqueda de una comprensión más cabal de las características que presente esta problemática ¿qué sucede en el mundo al respecto?, ¿qué registros y análisis existen?, ¿qué situación presenta Argentina y la región?, ¿qué costos conlleva trabajar sin herramientas de seguridad del paciente? así como también la percepción que tienen los profesionales de la salud respecto de la aplicación de herramientas para la mejora de la seguridad del paciente.

Se analiza la temática por medio de la revisión bibliográfica (trabajos de académicos) y revisión documental (análisis de normativas), así como también publicaciones en medio de renombre a nivel nacional e internación. Se trata de una investigación descriptiva.

De acuerdo a las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud y sus recomendaciones respecto de la aplicación de buenas prácticas y herramientas para la seguridad del paciente, fueron seleccionadas algunas de ellas para analizar en profundidad. Se describen generalidades de cada una, mecanismos de monitoreo, procesos asociados, riesgos, entre otros aspectos.

El trabajo de campo sobre la Percepción de los Profesionales de la Salud sobre la dificultad de aplicación y el costo de las herramientas de seguridad del paciente, se realizó por medio de entrevistas y se centró en una muestra de profesionales que se desempeñan en instituciones privadas de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.

Dar respuesta a las interrogantes mencionadas, a través de la investigación documental, conjugado con la percepción relevada de los profesionales de la salud, ha sido el objetivo mayor a lo largo del desarrollo del presente trabajo.

1.1 Tema

Seguridad del Paciente

1.2 Alcance

Seguridad del Paciente adulto internado en entidades de salud privadas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, su percepción en la dificultad de aplicación y el impacto económico general que tiene el no utilizar metodologías asociadas a la misma.

1.3 Metodología

Es una investigación descriptiva y la metodología a aplicar en el presente trabajo estará basada en la revisión bibliográfica (trabajos de académicos, publicaciones de notas de medios especializados, entre otros) y documental (análisis de normativa), así como exposiciones, informes y publicaciones de expertos en la materia, complementado con la experiencia de la autora y una encuesta semiestructurada dirigida a profesionales de la Salud de instituciones privadas de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

1.4 Generalidades

Se presentará y analizará la información disponible vinculada a la seguridad del paciente, los eventos adversos y un análisis general del impacto económico por no aplicar las prácticas recomendadas para alcanzar los estándares adecuados en dicha materia.

Así mismo indagará sobre la percepción de diferentes roles involucrados en la prestación de servicios de salud, sobre la dificultad de aplicación de dichas prácticas recomendadas.

Para ello se recabará información tanto en libros de texto de autores de renombre del entorno de la salud, publicaciones de profesionales e instituciones de salud, sitios

webs de entidades gubernamentales y no gubernamentales abocadas a dichos objetivos, noticias digitales, exposiciones en eventos de asociaciones de amplia trayectoria en el entorno de la salud, informes y documentales audiovisuales, entre otros.

Para conocer la percepción de los prestadores de servicios de salud se llevará a cabo una encuesta en entrevista a los roles claves como Gerentes de Salud, Directores Médicos, Médicos, Jefes de Enfermería, Enfermeros, Técnicos, etc.

1.5 Objetivo

Estudiar la problemática vinculada a la Seguridad del Paciente en las instituciones privadas prestadoras de salud de CABA y Conurbano Bonaerense, algunos de los condicionantes de la misma, que percepción existe sobre la dificultad de aplicación y como esto impacta de manera general en el gasto en salud.

Objetivos Específicos

1. Conocer las particularidades de la problemática y conceptos asociados, dado que para comprender la importancia del tema es crucial conocer previamente estos conceptos basales sobre la Seguridad del Paciente.
2. Entender sus causas, ya que al poner de relieve qué está generando espacios de no calidad en la Seguridad del Paciente, brinda la oportunidad de mejora.
3. Estudiar mecanismos para monitorearla. Una vez detectadas las causas es necesario medir las variables vinculadas para conocer el estado de situación y la evolución hacia la mejora deseada.
4. Conocer la percepción de los roles prestadores de salud sobre la dificultad de aplicación de las practicas recomendadas, y su costo.
5. Entender de manera general como impacta los eventos de no calidad en la economía de la empresa prestadora de salud.

2- Marco teórico

2.1 Introducción

El presente capítulo presenta la información disponible sobre los conceptos iniciales de la Seguridad del Paciente y los eventos adversos derivados de la falta de esta, datos hallados, extractos de ponencias y exposiciones de expertos en la materia tanto a nivel mundial como regional y nacional.

2.2 Consideraciones iniciales

*“Puede resultar sorprendente que lo primero
que haya que pedirle a un hospital es que
no cause ningún daño”*

Florence Nightingale (1820-1910)

Para iniciar el presente trabajo de exploración y sistematización de la información disponible es necesario conocer algunos de los conceptos y términos indispensables para la correcta comprensión de los temas a desarrollar.

En primer lugar ¿qué es la seguridad del paciente?, ¿que la hace tan importante?, ¿realmente existen amenazas a la seguridad de un paciente en una institución de salud, en la que justamente el objetivo es sanar?

Desde la emisión del informe “Errar es Humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos hace 15 años aproximadamente, el mundo de la Salud no ha dejado de hablar de la Seguridad del Paciente dado el nivel de importancia que la misma tiene. Este reporte dejó estupefacto al mundo cuando puso de relieve que alrededor de 100.000 pacientes fallecían por año no por su patología de base, sino que por errores en la atención médica, y el personal de salud (Ministerio de Salud de Colombia, 2010).

Aunque resulte extraño y hasta contradictorio, existen probabilidades de resultar dañado por el sistema de salud cuando se entra en contacto con el mismo, de ser

víctima de equivocaciones cometidas por el personal de salud, es decir: sufrir un Evento Adverso (en mucha bibliografía identificado como E.A.).

Pero ¿qué es un Evento Adverso? El mismo se define como “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por profesionales de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes, o aquel que hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (CIDCAM, 2016).

Los eventos adversos que atentan contra la seguridad del paciente pueden presentarse de diversas maneras y la mayoría son evitables. Con la medición de los mismos y trabajo correspondiente de manera sistemática es posible disminuirlos considerablemente.

2.2.1 Fuentes de Eventos Adversos:

- Error en medicación (administrar un medicamento por otro, administrar un medicamento al cual el paciente tiene intolerancia, alergia o interacción con medicación crónica, medicamento vencido, o que perdió refrigeración, etc).



Ilustración 1- Eventos Adversos evitables por error en Medicación, The Pharmaceutical Journal, 2019

(Cotterell, 2019)

- Cirugía en el paciente equivocado (intervenir quirúrgicamente a un paciente incorrecto, operándolo de manera innecesaria, de algo que no tiene)
- Cirugía en parte del cuerpo equivocada (por ejemplo, intervenir un miembro por otro, amputar una pierna en lugar de la otra, etc)
- Protocolo equivocado (aplicar técnicas médicas incorrectas para la patología o afección que presenta el paciente)
- Infecciones en el sitio quirúrgico e infecciones nosocomiales (infecciones adquiridas en el sitio de internación, infecciones en catéter de acceso venoso o sondas, incorrecto aislamiento de los pacientes con patologías de alto riesgo de contagio y gravedad. Falta de higiene del personal de salud, falta de atención en la higiene del paciente)
- Negligencias en la asistencia al paciente (caídas de pacientes, escaras o úlceras por presión, infecciones en general, etc.)
- Falta de comunicación efectiva
- Evasión de controles
- Supervisión deficiente

Los eventos adversos suceden mayormente por negligencia, aunque en casos puntuales se estudia la intencionalidad del mismo, para lo cual debe dar intervención a la Justicia. La negligencia es silenciosa y progresiva, y por ello altamente peligrosa, ya que se instala en la forma de hacer, en la cultura organizacional. Radica principalmente en la falta de atención o disminución de la atribución de importancia a los controles al tratar al paciente, en la sobre carga de trabajo que algunos profesionales sufren en instituciones desequilibradas, el agotamiento devenido de turnos de trabajo extremadamente prolongados (12hs o 24hs). Así mismo el exceso de confianza en la tarea que se realiza puede producir que se abandonen ciertos controles o evadan alarmas “total no pasa nada”. Esto, si se va superponiendo, aunque la mayoría realice su tarea de manera correcta, en algún momento [los agujeros de las fetas del queso gruyere se alinearán] y el evento adverso sucede.

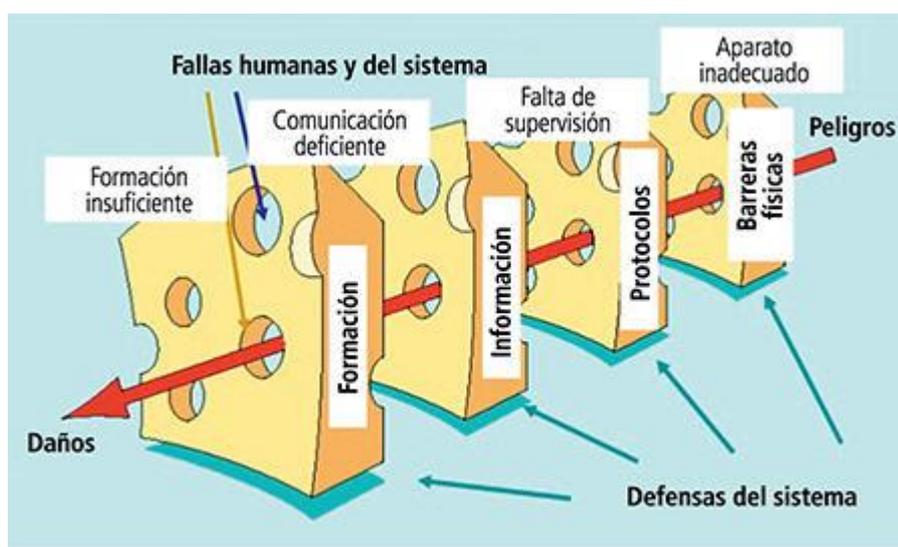


Ilustración 2-Modelo Explicativo de la Multicausalidad. Liderazgo para el Cambio, Nov 2018

(Liderazgo para el Cambio, 2018)

El evento adverso no solo afecta al paciente que ha sido víctima del mismo, sino que al sistema de salud también, dado que un error de estos incurre en muchos gastos para poder subsanar el daño e intentar asegurarle una vida normal al paciente, si es que esto es posible. Lo cual se traduce en enormes gastos por exceso en días de internación (lo que incluye, el valor del día cama de internación, los descartables utilizados, atención de los profesionales de la salud, estudios adicionales, prótesis,

entre otras tantas cosas dependiendo del evento adverso y la evolución de paciente), medicación, seguros, juicios, etc. Y de acuerdo al sistema de salud nacional que el país tenga impacta más en algunos actores que en otros, llegando en el peor de los casos a incrementar el gasto de aquellas que son de carácter estatal (con una masa crítica de afiliados muy alta) debiendo decidir a donde destinar los fondos escasos con los que cuentan en detrimento de otros pacientes.

Sobre esto no estamos hablando de conceptos teóricos, sino que existe fuerte seguimiento a estos riesgos especialmente en Europa, donde muchos países publican sus tasas de eventos adversos, en algunos casos (los más serios) categorizados por tipo, en cortes anuales evidenciando una problemática mundial de importantes dimensiones.

Solo para entrar en nociones, en España se estima que hay 474.300 eventos adversos al año, 8.537 de los cuales son muy graves, estos han generado 2.511 días extra de internación (con los enormes costos para el sistema y los usuarios que esto significa, calculándose que con estos montos se iguala el valor de 6 hospitales de 500 camas. Aproximadamente edificios del tamaño del Sanatorio Güemes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires), y en estos eventos se encontraron involucrados un 15% de los profesionales de la salud (ENEAS, 2005).

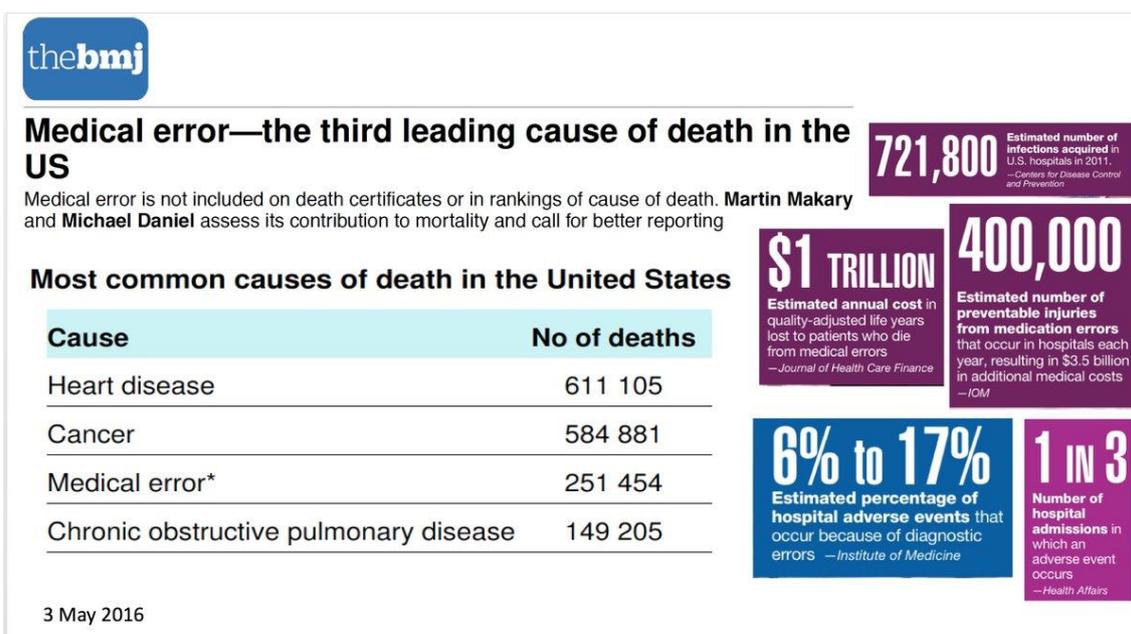


Ilustración 3- Errores Médicos, la 3er causa de muertes en los EEUU. The bmj, 2016

(The BMJ, 2016)

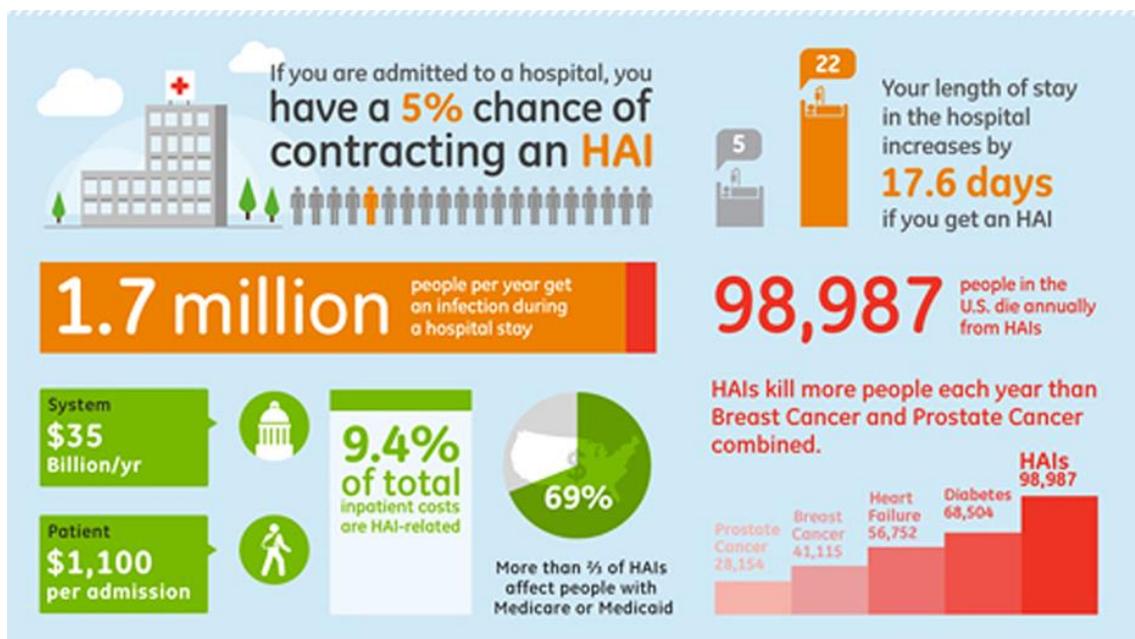


Ilustración 4- Infecciones Intrahospitalarias. Healthcare Associated Infections, 2011

(Participatory Medicine, 2011)

En Alemania se estima que 19.000 pacientes fallecen cada año por errores médicos, así lo denuncia la mayor caja de Seguros de Salud de dicho país, la AOK (DW, 2014), a partir de las denuncias de 190.000 personas. En base al análisis y seguimientos realizados se sabe que el 10% de dichas negligencias han sido fatales y un alto porcentaje ha adquirido afecciones o discapacidades permanentes. En Estados Unidos se calcula que entre 40.000 y 100.000 personas mueren al año por errores médicos (Ocho TV, 2013).

Cuadro I. Porcentaje de eventos adversos en diferentes estudios.

Estudio	Autor	No. Hospitales	Pacientes	%EA
EUA	Brennan 1984	52	30.195	3.8
Australia	Wilson 1992	28	14.179	16.6
Reino Unido	Vincent 1999	2	1.014	11.7
Dinamarca	Schioler 2002	17	1.097	9.0
Nueva Zelanda	Davis 1998	13	6.579	11.3
Canadá	Baker 2002	20	3.720	7.5
Francia	Michel 2005	71	8.754	5.1
España	Aranaz 2006	24	5.624	9.3

Tabla 1- Porcentaje de Eventos Adversos en Diferentes Estudios. Scielo, Sep 2011

(Scielo, 2011)

Es así que también se sondea la percepción que tienen los pacientes o familiares de los mismos, tanto de las franjas de pacientes potenciales, los pacientes en riesgo, como los pacientes que efectivamente están enfermos, respecto a las posibilidades de resultar dañados por el sistema de salud.

Aproximadamente el 50% de la población europea teme un daño en la atención sanitaria

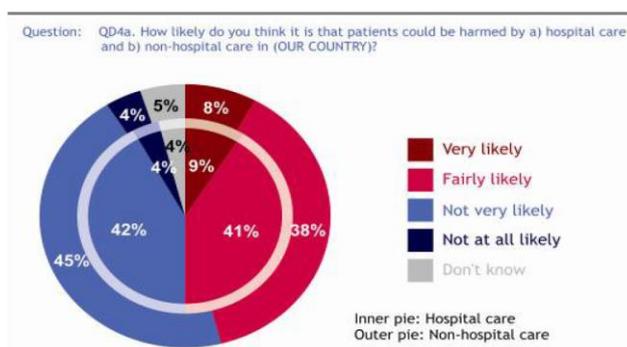


Ilustración 5- Percepción sobre la posibilidad de daño en la atención de salud, Special EuroBarometer, 2009

(EuroBarometer, 2009)

¿Usted o algún miembro de su familia experimentó alguna vez un evento adverso recibiendo atención de salud?

La gráfica muestra en escala de intensidad de color el porcentaje de respuestas positivas a esta pregunta viendo notablemente destacado el sector Norte del continente siendo Suecia y Dinamarca con el 49 y 43 % respectivamente los que encabezan la lista. No muy lejos están Francia y el Reino Unido con el 39 y el 31% respectivamente (referencia de las siglas de los países en anexo I).

SE	49%
DK	43%
LV	43%
NL	42%
EE	39%
FR	39%
LT	36%
CY	35%
FI	34%
UK	31%
DE	30%
SI	29%
BE	29%
LU	29%
SK	29%
EU27	26%
HU	24%
CZ	23%
MT	23%
ES	20%
PL	20%
IE	20%
EL	16%
RO	16%
BG	15%
IT	15%
PT	13%
AT	12%

Question: QD6a. Have you or a member of your family ever experienced an adverse event when receiving healthcare?

Answers: Yes

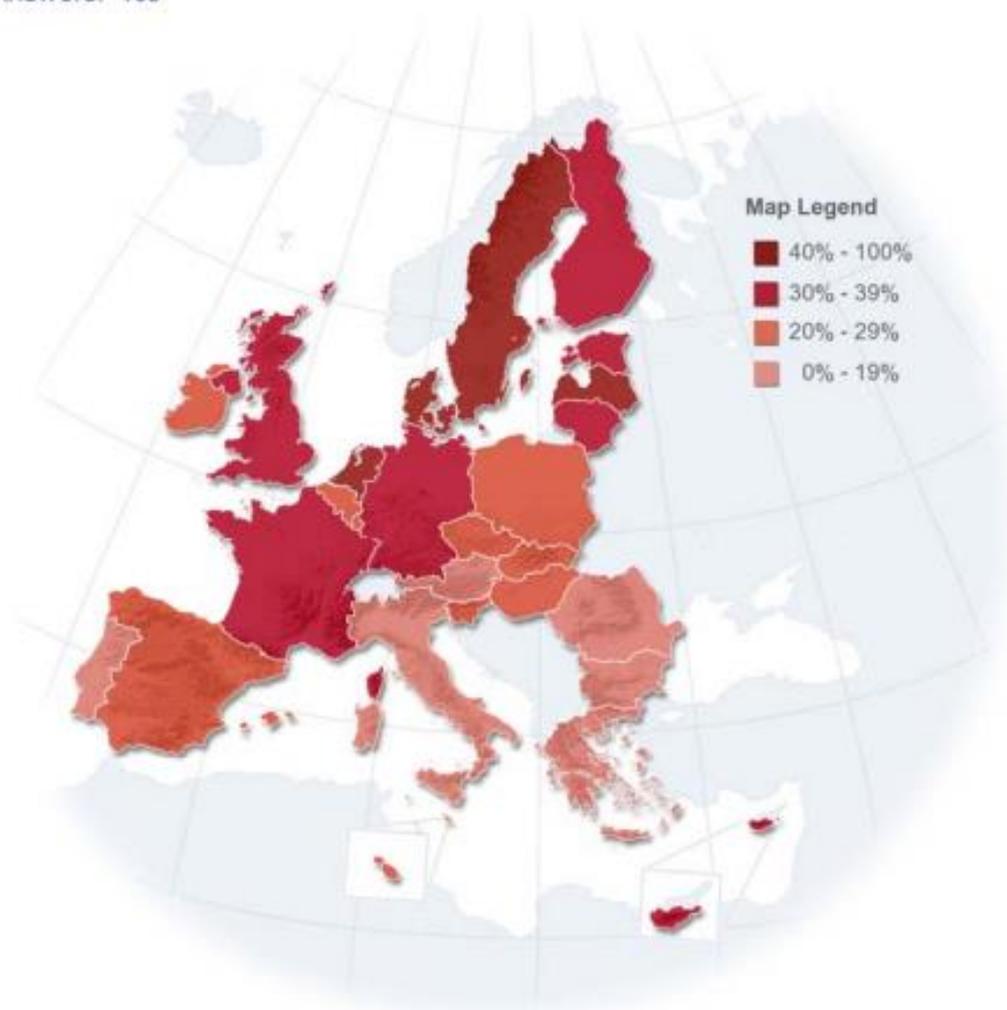


Ilustración 6- Pacientes o Familiares que han experimentado Evento Adverso. Special EuroBarometer, 2009

(EuroBarometer, 2009)

Percepción por País en Europa

Esta grafica muestra la percepción que tienen los habitantes de los países de Europa respecto a si pueden resultar dañados por la atención de salud en hospitales, ya sea si son pacientes internados o no. En este caso Grecia (EL) encabeza la lista.

QD4a. How likely do you think it is that patients could be harmed by hospital care in (OUR COUNTRY)? By hospital care we mean being treated in a hospital as an outpatient or inpatient.

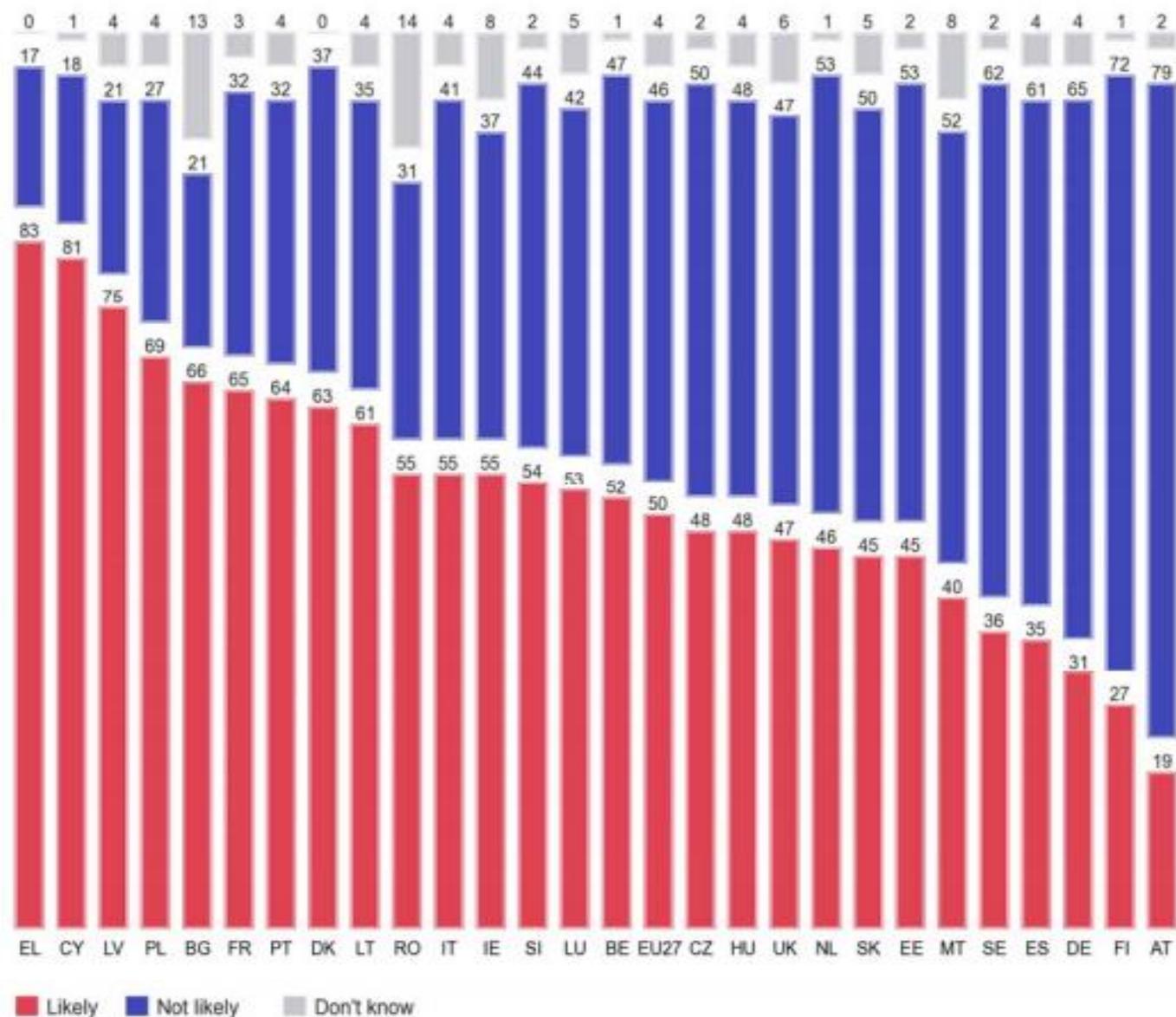


Ilustración 7- Percepción de daño por países, Europa. EuroBarometer, 2009.

Percepción Directa

¿Ud. o un familiar experimentó alguna vez un evento adverso recibiendo atención de salud? El 26% responde que sí.

QD6a. Have you or a member of your family ever experienced an adverse event when receiving healthcare?

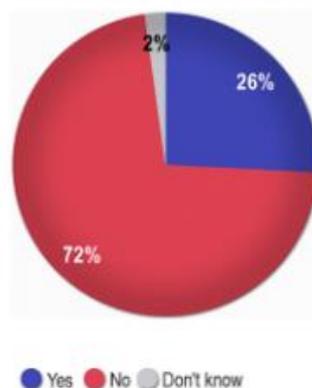


Ilustración 8- Percepción directa sobre el daño, EuroBarometer, 2009

(EuroBarometer, 2009).

Previo a un evento adverso, existe lo que se llama un “casi evento adverso” el cual deviene de un error en la atención del paciente, y el que es necesario medir, registrar y minimizar como actividad basal de una gestión comprometida con la seguridad del paciente. Estos drivers de Evento Adverso, si son detectados a tiempo y minimizados reducirán de manera considerable el desempeño en seguridad.

La cantidad de Eventos Adversos es un indicador muy significativo del resultado final de la atención de las instituciones de salud y muestran, como ningún otro, cual es la calidad Médica y de Enfermería que las mismas presentan.

“En el mundo entero el reporte ‘Errar es humano’ del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes (en el que se aseguraba que por año morirán 100.000 pacientes solo en EEUU, no como producto de sus enfermedades). En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para

mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones” (Ministerio de Salud de Colombia, 2010).



1: Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria

Las estimaciones muestran que en los países de ingresos altos hasta uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria. Esos daños pueden deberse a diversos eventos adversos, y cerca del 50% de ellos se consideran prevenibles.

Un estudio sobre la frecuencia y la prevenibilidad de eventos adversos en 26 hospitales de ocho países de ingresos bajos y medianos mostró que la tasa de eventos adversos era de alrededor del 8%. El 83% de esos eventos fueron prevenibles, y cerca del 30% se asociaron a la muerte del paciente.

Ilustración 9- Uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria

(OMS, 2013)

En España en 2006, se publicó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (Universidad Miguel Hernandez y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), el cual arrojó que de 5.624 historias clínicas auditadas, en distintos hospitales españoles, el 8.4% de las atenciones resultó en eventos adversos, de los cuales el 42.8% eran evitables, y 4.4% resultaron en muertes. De entre 4.6 millones de hospitalizaciones en el año, se estiman 7.388 muertes evitables.

Medir y mejorar la seguridad del paciente se ha tornado en una ocupación central de las entidades de salud, frente a esta necesidad y urgencia de alcanzar estándares de

seguridad muchas instituciones acreditadoras de calidad en Salud se han hecho eco de esto incorporando en sus estándares y requisitos de acreditación mediciones, seguimiento y cronogramas de acción para la mejora continua de la Calidad y la Seguridad del Paciente. En Argentina CENAS, CIDCAM, ITAES, programa PICAM, entre otros, se destacan especialmente por esta metodología. A nivel Internacional las normas Joint Commission Internacional son las más implantadas por el nivel de exigencia y amplitud de aspectos contemplados, y prestigio que reporta poniendo de relieve la calidad médico asistencial que acreditan. En Latinoamérica existen ya hospitales acreditados por esta última como el Centro Médico ABC de México, Hospital Punta Pacífica Panamá, Hospital Israelita y el Albert Einstein de Sao Paulo, Brasil. El Santa Casa también en Brasil, Fundación Cardiovascular de Colombia, Hospital Universitario Austral de Pilar, Argentina, Hospital Italiano de Buenos Aires, entre otros. Así mismo estas acreditaciones y los resultados de las mediciones permanentes permiten *rankear* a los hospitales líderes en materia de Seguridad del Paciente.

En Argentina no se realiza un seguimiento centralizado de estadísticas tan importantes como los eventos adversos, por lo que se desconoce cuál es el resultado a nivel nacional del mismo. La mejor aproximación es la obtenida en el año 2010 en el que Argentina participó del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (Ibeas) sobre la seguridad en la atención de las instituciones de salud. Dicho estudio arrojó un 12,1% de eventos adversos en nuestro país, siendo uno de los más altos respecto al resto de los países participantes, indica la nota del Diario Digital La Nación publicado bajo el titular “Error médico: el 12,1% de los pacientes sufre algún tipo de complicación” (La Nación, 2017).

El mismo artículo explica que en el Ibeas participaron otros cuatro países de América latina “-Costa Rica, Perú, Colombia y México-, con 11.379 pacientes de 58 hospitales. Los resultados de nuestro país estuvieron disponibles en 2010” aun así nunca se publicaron internamente para profundizar sobre ellos.

“En el 3,4% de los casos, los pacientes mueren y en el 33,8%, quedan con una de discapacidad moderada a grave. Las dos principales causas son las infecciones intrahospitalarias (37,3%) y los procedimientos médicos (25,7%). Un 46% de los errores en la atención era evitable: un 47% durante los cuidados y el 55% durante la administración de los remedios. En el 57% de los casos, los errores prolongaron la

internación y en el 20,3% fueron motivos de una reinternación que, de otro modo, no hubiese sido necesaria." reza el mencionado estudio.

Para el Dr. Battellini, jefe honorario de cirugía cardiovascular del Hospital Italiano, la manera de reducir los eventos adversos y sus consecuencias es registrarlos. "Si el error se oculta, no se toman medidas para evitar que se reproduzcan. Es la tercera causa de muerte. Y esto hay que comunicárselo a las familias, no sólo analizarlo en los ateneos del hospital."

"Todos cometemos errores; los médicos también. El 80% se resuelve tan rápido que no se advierte." (La Nación, 2017)

Durante el Congreso Anual de la Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM), llevado a cabo el 30 de Agosto de 2018 en la Ciudad de Buenos Aires, la Presidente de la Asociación, la Mg. Patricia D'Aste, en su disertación decía "La tasa de eventos adversos estimada en Argentina es del 20%, es decir, 1 de cada 5 pacientes egresados ha sufrido algún tipo de daño transitorio o permanente producido por el equipo de salud".

Así mismo mencionaba que "No hay programas oficiales de seguimiento de estos eventos; no obstante, las instituciones privadas comienzan a registrar denuncias internas para su seguimiento. No hay políticas públicas de Seguridad del Paciente. No se certifican las competencias laborales del personal de salud, como si se hacen en otras ramas de actividad "(D'Aste, 2018)

La Seguridad del Paciente es un pilar tan importante de la atención, y en la Argentina lamentablemente aún no se le ha dado la importancia que merece como mencionaba la Presidente de la SADAM, tanto que tristemente un famoso caso como el de la Periodista y Política Débora Volpin (fallecida el 6 de febrero de 2018, bajo mala praxis médica) salió a la luz de entre cientos que suceden a diario. Aun así, hoy en día y desde hace unos pocos años que algunas instituciones de salud (como las mencionadas anteriormente), en pos de la mejora continua y buscando una atención de salud de calidad, han comenzado por *motu proprio* a informarse, formarse y ejecutar acciones para contener, reducir o erradicar los eventos adversos.

Tan importante es que numerosas asociaciones de salud sin fines de lucro organizan jornadas informativas, simposios y congresos abocados a concientizar sobre los eventos adversos y la seguridad del paciente en el país. Tal es el caso de la

Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria (SADAM), la cual ha centrado su congreso anual del año 2014 en la Seguridad del Paciente, trayendo oradores nacionales e internacionales a presentar sus estudios y resultados, experiencias y recomendaciones a la comunidad de salud. Y es más, en el año 2018, han decidido volver a basarse en la misma premisa, dado que los miembros de dicha asociación consideran que es de vital importancia continuar concientizando sobre dicho pendiente en nuestro país.

Así mismo la Universidad Austral ofrece una diplomatura a distancia para capacitar formalmente a los profesionales de la salud que estén interesados en sumar valor en la atención al paciente tanto de manera personal como institucional.

3- Metodología

3.1 Diseño Metodológico

El presente trabajo se definió desde una perspectiva descriptiva. El objetivo ha sido fijado en examinar un tema de investigación, la Seguridad del Paciente, el cual está estudiado en buena medida, y puede identificarse en la bibliografía especializada, y aún más profundamente en exposiciones o ponencias en congresos y seminarios, notas en medios de comunicación reconocidos del sector salud, documentos de investigaciones realizadas por entidades y profesionales de renombre en la materia a nivel mundial. Se profundizó en dicho tema, detallando las herramientas de Seguridad del Paciente que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir los eventos adversos. De las 6 metas que propone la OMS, a las cuales se les asocian buenas prácticas para alcanzarlas, se individualizaron 3. De cada una de estas últimas se profundizó sobre una selección de aspectos, así como también se realizó un acercamiento a los costos que incurridos por no aplicar dichas herramientas. Para completar la investigación se realizó un trabajo de campo que aportó la percepción de los profesionales de la salud sobre la utilidad de estas herramientas para la seguridad del paciente, su dificultad de aplicación y costo percibido de las mismas.

3.2 Unidad de Análisis

La unidad de análisis son las buenas prácticas para la Seguridad del paciente asociadas a las 3 metas de Seguridad del Paciente seleccionadas, referentes a la Identificación del Pacientes, Lavado de Manos para la reducción de infecciones y el Check de Cirugía Segura. Para esto se decidió describir cada una, basadas en los mismos aspectos:

A- Consideraciones Generales

B- Riesgos

C- Indicadores y Medios de Control

D- Procesos Vinculados

Por otra parte, se estudió de forma general los costos incurridos al no aplicar las mencionadas recomendaciones, y alguna evidencia de ahorro en quienes las aplicaron correctamente y midieron su impacto.

Para dar respuesta al último objetivo propuesto de la presente investigación vinculado a la percepción de los profesionales de la salud sobre las buenas prácticas analizadas, y dado que no existe información disponible sobre ello, fue diseñada una encuesta y aplicada en la comunidad de profesionales de salud para así conocer su percepción sobre las recomendaciones para Seguridad del Paciente en estudio, la percepción sobre la utilidad de estas herramientas para la seguridad del paciente, su dificultad de aplicación y costo percibido de las mismas.

3.3 Muestreo y Selección de Participantes

La población entrevistada está constituida por profesionales de la Salud de instituciones privadas de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense. Dichos profesionales debían tener al menos 5 años de desempeño en su rol, dado que se valoró especialmente la experiencia práctica de los participantes.

Los roles entrevistados fueron Gerentes de Área Médica, Jefes de Área Médica, Médicos, Enfermeros, Instrumentadores, Técnicos, Gerentes de Área Administrativa, Jefes de Área Administrativa, Supervisores de Área Médica y Supervisores de Área Administrativa. Alcanzando una población de 20 profesionales entrevistados.

3.4 Mapeo de Variables

Unidad de Análisis	Variables	Dimensiones	Indicadores
Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente asociadas a las metas: 1. Identificación de paciente, 2. Lavado de Manos y 3. Check de Cirugía Segura	A- Consideraciones Generales	Descripción	Revisión y análisis de bibliografía.
	B- Riesgos	Identificación de riesgos e impacto (Alto, medio y bajo)	Inferencias testimoniales y revisión bibliográfica.
	C- Indicadores y Medios de Control	Enumeración de Indicadores y medios de control	Inferencias testimoniales y revisión bibliográfica.
	D- Procesos Vinculados	Identificación de Procesos	Inferencias testimoniales y revisión bibliográfica.
Costos Asociados	Referencias sobre costos	Descripción de los costos asociados	Revisión documental
Percepción de los Profesionales de la Salud	A. Utilidad de las prácticas	Si es útil, No es útil, tal vez.	Testimonial
	B. Dificultad de aplicación	Si es útil, No es útil, tal vez.	Testimonial
	C. Costo de las practicas	Si es útil, No es útil, tal vez.	Testimonial

Tabla 2- Mapeo de Variables

3.5 Instrumento de Indagación y Método de Procesamiento

Para la recolección, tabulado y sistematización de la información recabada, se utilizó la herramienta informática gratuita de Google Forms. Utilizar una herramienta informática especializada aseguraría la estandarización del proceso de recolección, procesamiento y cálculos sobre las respuestas recibidas para cada pregunta.

3.5.1 Estructuración de la Encuesta

Se trata de una encuesta semiestructurada compuesta de 4 apartados con preguntas específicas en cada una.

- **1er Apartado:**

Identificación del Rol y Formación Profesional. Para poder comprender que ópticas se verían reflejadas en las respuestas.

- **2do Apartado:**

Dedicado a la utilización de Identificación del Paciente- Pulsera de Identificación, la percepción sobre la importancia de esta práctica, dificultad de adopción, percepción frente al costo, y que roles considera que más se resisten a su aplicación.

- **3er Apartado:**

Dedicado al Lavado de Manos, la percepción sobre la importancia de esta práctica, dificultad de adopción, percepción frente al costo, y que roles considera que más se resisten a su aplicación.

- **4to Apartado:**

Dedicado a la utilización del Check de Cirugía Segura, la percepción sobre la importancia de esta práctica, dificultad de adopción, percepción frente al costo, y que roles considera que más se resisten a su aplicación.

3.5.2 Recolección de datos

La encuesta fue aplicada por medio de entrevista individual, de manera de comprender a profundidad cual era la percepción del entrevistado. Aun así no han sido asociadas las respuestas con la identidad de la persona que respondió, de manera que la vinculación con las respuestas brindadas sea con una figura anónima. Esto fue explicado a los participantes para evitar de este modo el sesgo en las respuestas.

3.5.3 Periodo de Aplicación

El periodo de aplicación de dicha entrevista fue desde Diciembre de 2019 y hasta Septiembre de 2020.

4- Resultados

4.1 Introducción

De acuerdo a lo que se conocía de la temática y que se describió en el capítulo 2, la investigación desarrollada a continuación aborda aspectos particulares de la misma (basado en recomendaciones de la OMS), costos asociados, y percepción de los roles que se espera apliquen las mismas.

Sobre las metas de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad del paciente, fueron seleccionadas algunas de ellas para estudiar, y analizar en profundidad. Se describen particularidades de cada una, procesos asociados, mecanismos de monitoreo, riesgos, entre otros aspectos.

Así mismo se investigaron las cuestiones vinculadas a los costos asociados a los eventos de la no calidad que generan fallas en la seguridad del paciente, para comprender las pérdidas económicas que el sistema de salud está sufriendo por no exigir la evidencia de aplicación de buenas prácticas de Seguridad del Paciente en la prestación de servicios de salud.

Así mismo, para dar cumplimiento al objetivo vinculado a la Percepción de los Profesionales de la Salud sobre la dificultad de aplicación y el costo de las herramientas de seguridad del paciente, se realizó un trabajo de campo por medio de entrevistas. Para la cual se definió una encuesta para estandarizar las entrevistas. Se centró en una muestra de profesionales que se desempeñan en instituciones privadas de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.

4.2 Limitaciones y Desafíos

En referencia a los costos asociados a la no aplicación de las buenas prácticas para la Seguridad del Paciente es necesario advertir, que ha sido muy difícil encontrar información de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, o de la Argentina de manera formal, dado que no hay casi publicaciones al respecto, estudios o informes. Es por ello que la información disponible sea tal vez algo desactualizada, pero responde de manera general al objetivo de investigación.

Por otra parte, a medida que se iban realizando las entrevistas del trabajo de campo, resultó que habría sido valioso en algunas preguntas poner la opción de “no responde” en caso de que el entrevistado no tuviera una respuesta formada al respecto. Aun así, para no perder esta información, en los casos que no hubo respuesta, ha sido mencionado en el análisis de la pregunta.

4.3 Metas de la Seguridad del Paciente

La organización Mundial de la Salud propuso 6 metas para mejorar la Seguridad del Paciente a nivel global.

Meta 1: Identificación del paciente en todo procedimiento

Meta 2: Comunicaciones Efectivas

Meta 3: Manejo Adecuado de Medicación de Alto Riesgo

Meta 4: Cirugía Segura a través de verificación

Meta 5: Reducir las Infecciones asociadas al cuidado de la salud

Meta 6: Reducir la caída de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Meta 1:
Identificación del paciente
en todo procedimiento.



Meta 2:
Comunicaciones
efectivas.



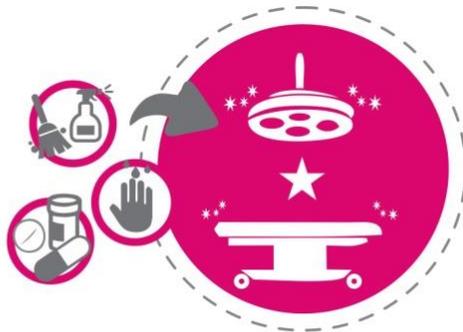
Meta 3:
Manejo adecuado de
medicamentos de alto riesgo.



Meta 4:
Cirugías seguras a través
de la verificación.



Meta 5:
Reducir las infecciones asociadas
al cuidado de la salud.



Meta 6:
Prevenir la caída de los
pacientes hospitalizados
y ambulatorios.



Ilustración 10- Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, Universidad Austral

(Hospital Universitario Austral)

Alineados a los mencionados objetivos internacionales de Seguridad del Paciente, y por la relevancia otorgada por los expertos en la materia, se ha decidido basar la presente investigación en algunas de las prácticas de seguridad del paciente asociadas a dichas metas para el abordaje de esta investigación:

- A) **Identificación del Paciente:** para abordar la meta nro. 1. Identificar al paciente de manera inequívoca, con sus datos principales como nombre, apellido y número de documento, y la correcta utilización de estos médicos reduce de manera crucial los errores en la atención de salud. Este apartado será descrito con mayor detalle en el Capítulo 2.
- B) **Check de Cirugía Segura:** para abordar la meta nro. 4. Se trata de una lista de chequeo que busca corroborar que todos los pasos y requisitos para la cirugía hayan sido abordados para garantizar que el paciente no corre ningún riesgo innecesario (más allá de los propios y básicos de la intervención misma)
- C) **Lavado de Manos:** para el abordaje de la meta nro. 5. Aunque resulte obvio, el lavado de manos es la principal causa de transmisión de infecciones, virus y bacterias de parte del personal de salud al paciente, principalmente médico y enfermero. Dado que estos son los que tocan a los pacientes y van llevando los patógenos adquiridos en cada contacto de un sitio al otro. El lavado de manos Sanitario reduce de manera drástica las infecciones nosocomiales e infecciones sobre las heridas de los pacientes (sitio quirúrgico, sitio de punción, punto de colocación del catéter, etc.) tornándose la herramienta más económica y a la vez eficaz que todas las guías de buenas prácticas recomiendan.

4.4 Identificación del paciente

4.4.1 Consideraciones generales

La identificación del paciente se basa en recabar los datos identificatorios del paciente que son su nombre y apellido, número de documento de identidad, sexo, edad y alergias a medicamentos específicos, y anexarlos al paciente para que estén siempre disponibles durante el proceso de atención. A dichos datos se le pueden incorporar otros como grupo de sangre y factor, fecha de admisión, código QR para el acceso directo a la Historia Clínica del paciente una vez escaneado, teléfono de contacto de algún familiar, etc.

Normalmente estas identificaciones se adosan al paciente para que este, aun estando inconsciente, dormido, o no pudiendo hacer uso de razón para expresarse por si mismo frente al personal de salud, sea identificado inequívocamente.

La forma más sencilla y la más difundida a nivel mundial es la utilización de pulseras de identificación, las cuales son básicamente brazaletes plásticos hipoalergénicos que portan una leyenda impresa con los datos antes mencionados.

Estas pulseras pueden contar con distintivos de color para identificar a pacientes internados de manera programada, pacientes internados de urgencia, pacientes con necesidad de internación aislada, entre otras distinciones.

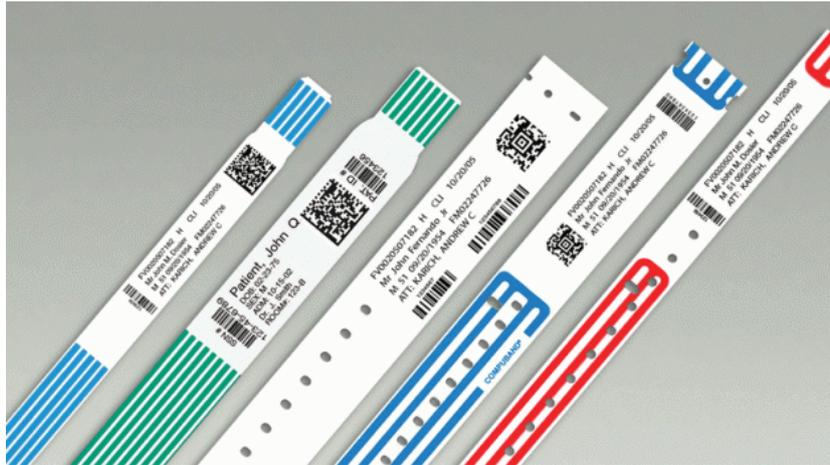


Ilustración 11- Pulseras de Identificación de Paciente, Blog Calidad en Enfermería, nov 2013

(Blog Calidad en Enfermería, 2013)

A estas pulseras de colores se les suma una distinción más, la pulsera de Binomio. La misma es una pulsera doble, utilizada cuando una paciente es internada por motivo de parto. La pulsera doble la porta la madre hasta que el bebé nace, momento en la que se desprende la pulsera del recién nacido de la de la madre, y le es colocada al niño. Estas pulseras cuentan con datos cruzados para vincular al niño y la madre, como puede ser el nombre y apellido de la madre, su número de documentos, y número de historia clínica, etc.



Ilustración 12- Pulsera de Binomio o Pulsera de Bebé, MedicalExpo, 2020.

(MedicalExpo, 2020)

4.4.2 Riesgos

Cuando un paciente no está identificado, y él mismo no puede expresar su identidad, como es muy común en las instituciones de salud, donde muchos pacientes permanecen bajo efectos de las drogas medicinales, son los momentos en los que los errores se comenten. O cuando se asume que el paciente se encuentra en un determinado número de cama, pero en realidad fue cambiado sin llegar a confirmarse el aviso, o al paciente se le dio por caminar y se sentó en otra cama.

Errores como suministrar medicación incorrecta al paciente incorrecto, transfundir sangre o hemoderivados al paciente incorrecto, realizar estudios de baja o alta complejidad al paciente incorrecto, intervenir quirúrgicamente al paciente incorrecto, confundir a un recién nacido con otro, y entregarlos a padres equivocados, son solo algunos de los riesgos de no identificar a los pacientes internados.

Estos errores pueden acabar con pacientes dañados física, emocional o existencialmente, lo cual es gravísimo si consideramos las implicancias de lo comentado en el párrafo anterior, de la misma forma el paciente puede resultar con una discapacidad permanente o transitoria a causa del error o incluso llegar a la muerte.

Respecto a los recién nacidos, no solo el error, que se entiende como no intencionado, es un gran riesgo, sino que un niño no identificado, es más fácilmente sustraíble o intercambiable por otro en una institución de salud.

En algunas instituciones aun utilizan las viejas pulseras plásticas reutilizables que cuentan con un pequeño sobre transparente que contiene un cartoncito removible en el que se escriben a mano los datos del paciente. Estos cartoncitos se humedecen durante la internación, o se salen de su sobrecito, o básicamente la letra del autor de la identificación es de difícil comprensión, lo cual lleva a tener una identificación poco fiable o fácil de violar exponiendo al paciente a los riesgos de no estar identificado correctamente.



Ilustración 13- Pulsera de Identificación en Internación, Junta de Andalucía, dic 2008

(Junta de Andalucía, 2008)

Existe un factor que excede a la institución de salud, pero que también es su responsabilidad buscar minimizarla, que es el factor personal y social del paciente. Muchas veces el paciente por una cuestión de incomodidad procede a quitarse por voluntad propia la pulsera de identificación, echando por tierra todos los esfuerzos por identificarlo inequívocamente. Así mismo los familiares pueden proceder a quitarla, considerando que la extracción de la misma podría traer cierto alivio al paciente. Frente a esta situación, que lamentablemente es común, es importante que la institución realice una constante campaña de concientización sobre la importancia de la identificación del paciente durante su atención.

Riesgos identificados	Impacto
Realizar estudios de baja complejidad al paciente incorrecto	Bajo
Suministrar medicación incorrecta	de Bajo a Alto
Suministrar medicación al paciente incorrecto	de Bajo a Alto
Transfundir sangre o hemoderivados al paciente incorrecto	de Bajo a Alto
Realizar estudios de alta complejidad al paciente incorrecto	de Medio a Alto
Intervenir quirúrgicamente al paciente incorrecto	Alto
Confundir a un recién nacido con otro	Alto
Robo de Recién Nacido	Alto

Tabla 3- Riesgos por NO Identificación del Paciente

4.4.3 Procesos Vinculados

Para comprender como se distribuyen los procesos en una institución de salud, a continuación se presenta un ejemplo de mapa de procesos de una institución prestadora de Salud. Dicha grafica será citada en varios momentos del presente trabajo dado que se trata de un elemento básico para comprender la interacción de las acciones que se realizan durante la atención del paciente.

Mapa de Procesos de una Institución de Salud:

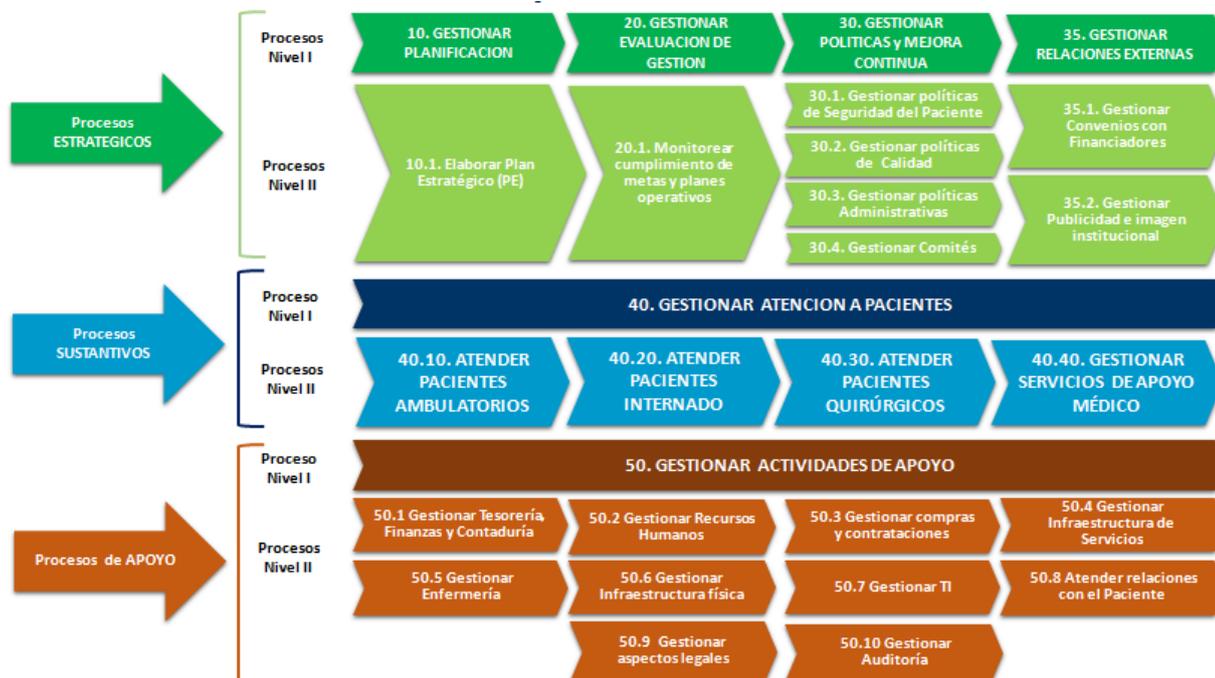


Ilustración 14- Mapa de Procesos. ProSanitas, 2019

Grafica de Mapa de Procesos de la Consultora ProSanitas (especialista en Salud) el mismo fue cedido en colaboración para el presente trabajo.

(ProSanitas, 2019)

Los procesos señalados como estratégicos son aquellos a través de los cuales la Dirección de la institución define las políticas, objetivos, normativas y lineamientos estratégicos para la gestión de la institución.

Los procesos señalados como sustantivos son aquellos centrales de la institución, los que identifican a esta empresa como de salud y no otra. Los mismos detallan la sucesión de acción de atención de Salud del paciente y su interrelación, desde el ingreso del paciente a la institución, todas las posibles atención que puede recibir y hasta su egreso.

Los procesos señalados como de apoyo, son los abocados a sostener la estructura de elementos, recursos e infraestructura que los procesos sustantivos requieren para poder llevarlos a cabo.

La utilización de pulsera de identificación del paciente está asociada a los procesos sustantivos de una institución prestadora de salud. Lo cual quiere decir que forma parte de los procesos troncales de la gestión y atención del paciente.

Al internarse un paciente debe atravesar las siguientes etapas del proceso de “Atender Pacientes Internados”:

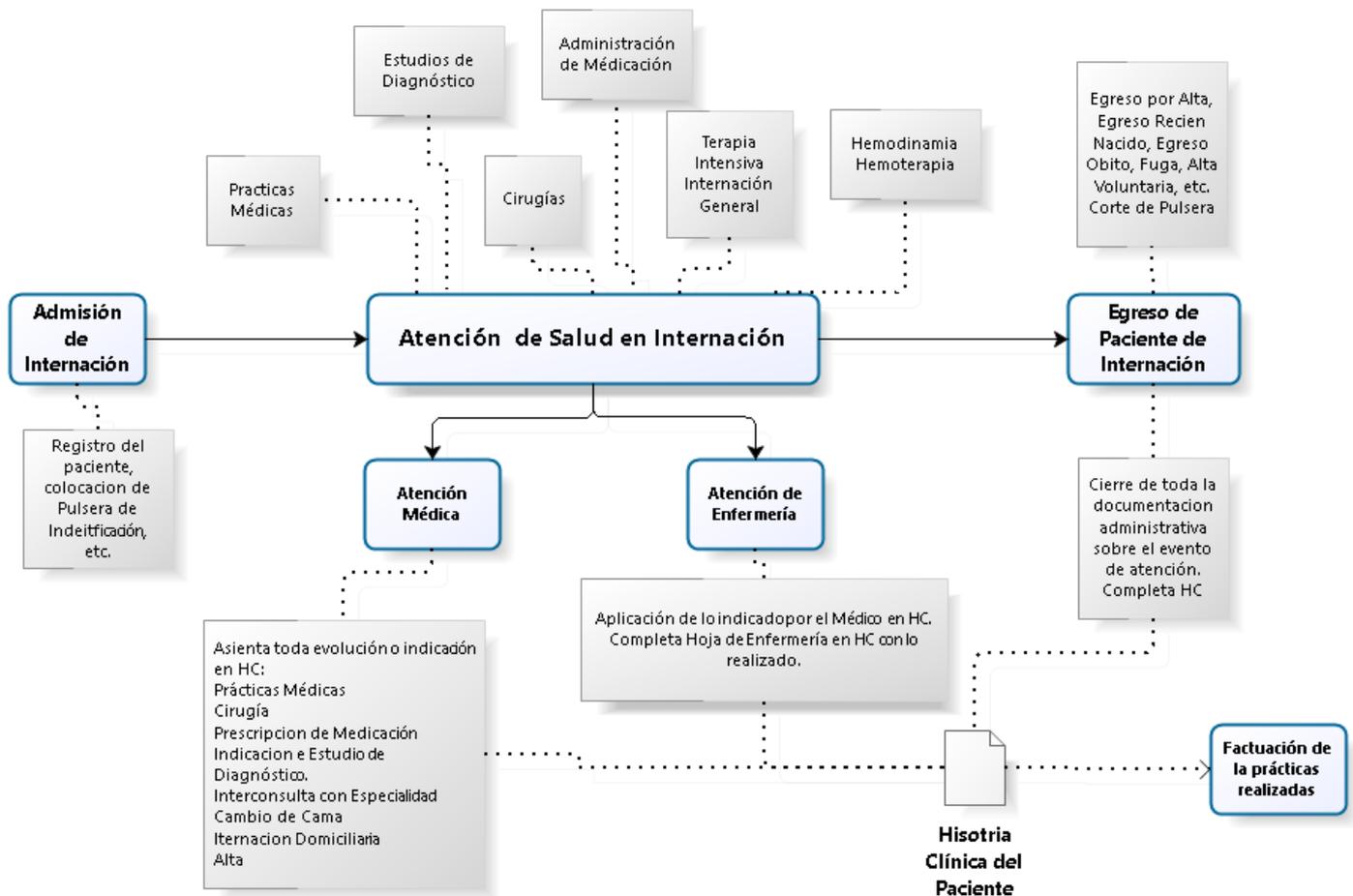


Ilustración 15- Diagrama Atención de Paciente en Internación. Autoría Propia

*HC: Historia Clínica

A) **Admisión:** etapa en la que es recibido en la institución, en la que realiza los trámites administrativos de ingreso, especialmente aquellos vinculados con su seguro de salud (obra social o empresa de medicina prepaga), tipo de internación, recabado de datos personales, y finalmente colocación de la pulsera de identificación. Parte de esta etapa puede haberse realizado

previamente en el caso de los pacientes con internación programada en ocasión de Cirugía o Estudios que requiera internación.

- B) **Atención de Salud:** en esta etapa del proceso, se desprenden varios procesos como la “Atención de Salud en Internación” (Atención Médica y de Enfermería), “Realización de estudios de Diagnóstico”, “Realización de Cirugías”, “Suministro de Medicación”, “Transfusiones de Sangre” y “Cuidados Post Mortem”. Para todas estas acciones del personal de salud es crucial y básica la utilización de la pulsera de identificación, para asegurarse de que el paciente correcto recibe el tratamiento correcto.
- C) **Egreso del Paciente:** etapa en la que el paciente se retira de la institución. Este proceso se abre en varias alternativas: “Alta de paciente”, “Egreso Recién Nacido”, “Egreso paciente fallecido”. Se pueden dar otras formas de egreso como pase a Internación domiciliaria, alta sin consenso del paciente (el paciente quiere permanecer internado), alta voluntaria (el paciente se retira voluntariamente contra la recomendación de los médicos pero firma su consentimiento al respecto haciéndose cargo de lo que pudiera sucederle al retirarse), fuga (paciente se retira de la institución sin tener el alta y sin firmar ningún documento de aceptación de responsabilidad al respecto, casos que requieren denuncia policial).

En esta etapa de egreso del paciente la pulsera de identificación es una herramienta central para realizar las acciones correctas, especialmente en el caso del paciente recién nacido y del paciente fallecido.

En el caso del recién nacido la pulsera de identificación será central para evitar entregar un niño equivocado a los padres. Han sido tantos y tan variados este tipo de errores en el mundo de la salud que algunas empresas se especializan en la comercialización de pulseras de identificación que aseguran la asignación inequívoca del bebé a los padres, basados en dispositivos de radiofrecuencia colocados en las pulseras de los niños y sus madres, los cuales activarán una alarma si el niño es retirado del área de internación neonatal fuera de la compañía de su madre.

Si no se cuenta con estos mecanismos de control, es necesario que todo niño en proceso de alta sea supervisado por personal de seguridad el cual corta su pulsera antes de cruzar la puerta de salida de la institución. Dicha pulsera se conserva en el libro de egreso de recién nacidos, para control interno del egreso de los menores.



Ilustración 16- Pulsera con Dispositivo de Radio Frecuencia, BBC, jun 2012

(BBC, 2012)

Por otro lado la correcta identificación del paciente fallecido asegura que el cuerpo sea entregado a los destinatarios correctos, ya sea a los familiares o a la Morgue Judicial según corresponda. Para esto, el cuerpo del paciente fallecido debe conservar la identificación hasta haberse retirado de la institución. Dichos casos son supervisados por personal de Seguridad quienes deben constatar la identidad del paciente fallecido antes de entregar el cuerpo al personal de traslado.

4.4.4 Indicadores y Medios de Control

Para el control y seguimiento de la correcta utilización de pulseras de identificación podrían emplearse indicadores como se describen a continuación.

Número y porcentaje de pacientes sin identificación en internación

Fórmula: sumatoria de los pacientes detectados sin identificación, puede ser de seguimiento mensual.

Fórmula para el porcentaje: sumatoria de los pacientes detectados sin identificación sobre el total de los pacientes internados en el mismo periodo, multiplicado por 100.

Número y porcentaje de pacientes que reportan incomodidad en el uso de la pulsera

Fórmula: sumatoria de los pacientes que reportan incomodidad en el uso de la pulsera, puede ser de seguimiento mensual.

Fórmula para el porcentaje: sumatoria de los pacientes que reportan incomodidad en el uso de la pulsera sobre el total de los pacientes internados en el mismo periodo, multiplicado por 100.

Número y porcentaje de pacientes con pulseras con datos errados.

Fórmula: sumatoria de los pacientes con pulseras con datos errados, puede ser de seguimiento mensual.

Fórmula para el porcentaje: sumatoria de los pacientes con pulseras con datos errados sobre el total de los pacientes internados en el mismo periodo, multiplicado por 100.

Número y porcentaje pacientes egresados de quirófano sin pulsera ni aviso de reposición

Fórmula: sumatoria de los pacientes egresados de quirófano sin pulsera ni aviso de reposición, puede ser de seguimiento mensual.

Fórmula para el porcentaje: sumatoria de los pacientes egresados de quirófano sin pulsera ni aviso de reposición sobre el total de los pacientes quirúrgicos en el mismo periodo, multiplicado por 100.

Los principales medios de control para el uso de pulseras de identificación de paciente pueden estar basados en la observación, comprobación de la presencia de dicha pulsera y registro de todos los pacientes y su condición para con la pulsera.

Por observación me refiero a que el personal de atención de salud debe en todo momento prestar atención a que todo paciente en proceso de atención esté identificado, más allá de si va a practicarse o no algo en el mismo. Es decir, vigilancia.

La comprobación por su parte, es la corroboración de que el paciente cuenta con la pulsera al momento de entrar en contacto con el mismo, ya sea para un traslado, para

la administración de medicación, curaciones, alimentación, cirugía, realización de estudio, invasivo o no, etc. Dicha comprobación permitirá asegurar la atención o práctica correcta en el paciente correcto.

El registro de los eventos de ausencia de pulsera permitirá conocer la incidencia de la ocurrencia, para así poder tomar las medidas necesarias para disminuir lo máximo posible los casos en que esto sucede.

Frente a la extracción voluntaria de la pulsera por parte del mismo paciente o un familiar, es importante indagar porque se la ha quitado, y registrar los mismos, dado que esto permitirá comprender que detalles de tan importante elemento o la campaña de concientización de su uso es necesario adaptar para evitar que se sigan repitiendo dichas ocurrencias.

4.5 Lavado de Manos para el Control de Infecciones

4.5.1 Consideraciones generales

Nuestras manos son el instrumento principal utilizado por nosotros, los seres humanos, para ejecutar las tareas que hacemos día a día. Ellas se posan sobre todo elemento, persona, animal, y hasta nosotros mismos en el desarrollo de dichas tareas. Cada elemento o ser vivo a nuestro alrededor está cargado de partículas residuales y microbios que sin darnos cuenta arrastramos en nuestras manos al tocarlos y depositamos en la siguiente cosa que tomamos, o incluso en nosotros mismos. De esta forma, nosotros mismos sin quererlo siquiera, nos comportamos como vectores de diferentes virus, bacterias, etc. que circulan por nuestro ambiente.

En situaciones normales, es menos probable que nos enfermemos al entrar en contacto con dichos virus, bacterias y demás. Pero para una persona que se ve debilitada en sus defensas, como ser un paciente hospitalizado o enfermo, dichos patógenos representan una peligrosa amenaza, que pueden complicar su estado actual, prolongando su hospitalización y en el peor de los casos llevarlo a la muerte.

La amenaza se materializa en un problema grave cuando el paciente manifiesta una infección por un virus o bacteria que no está asociado a su patología de base. En su gran mayoría se debe a que no se ha conservado la debida higiene al tratarlo.

Las infecciones asociadas a los cuidados de salud son un riesgo para la seguridad del paciente de las más frecuentes, por lo que su prevención a través de medidas básicas y sencillas como la Higiene de Manos es considerada una prioridad en toda institución comprometida a una atención segura de los pacientes.



Ilustración 17- Medico- Lavado de Manos, TN, may 2012

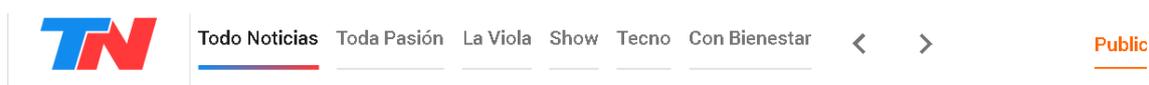
(TN, 2012)

La Higiene de manos es la medida más efectiva para el control de infecciones. La mejor medida para cuidar del paciente y del personal de salud.

Frente a esto no solo corre riesgo el paciente, también lo corre el personal de salud. No es extraño que el personal de salud adquiera desde simples infecciones, hasta afecciones crónicas, devenidas de la falta de higiene de manos, mal uso de guantes de protección, etc. Especialmente porque ese personal de salud usa sus mismas manos para limpiarse la nariz en un resfrío, rascarse, acomodarse el cabello, tocar sus alimentos, lavar sus dientes, rascarse el bigote, acomodarse el maquillaje, etc. Todas

estas actividades son comunes y muchas involuntarias, y con manos infectadas esto se torna en un alto riesgo para el personal de salud. Personal que al enfermar debe ausentarse de su trabajo, lo cual genera muchas otras problemáticas en la prestación del servicio de salud, que no son motivo del presente trabajo.

De esta forma entonces al tocar todo lo que toca un trabajador de la salud no solo traslada patógenos por el entorno, sino que también hacia si mismo, y de paciente a paciente.



Solo el 57 por ciento de los profesionales sigue las recomendaciones de la OMS con respecto a las prácticas de higiene. Con el lavado riguroso de manos se previene el 40 por ciento de infecciones hospitalarias.

Ilustración 18- Encabezado Noticia sobre el lavado de manos, TN, may 2012

(TN, 2012)

Algunos datos al respecto nos los provee el mismo Ministerio de Salud de la Nación:

“Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) constituyen un problema mundial de salud pública. Diariamente 1,4 millones de pacientes adquieren una IACS. Aproximadamente 1 de cada 20 pacientes internados en un hospital de agudos padecerá una IACS. Esta estimación supone unos 4,1 millones de pacientes al año en la Unión Europea y 2 millones en los Estados Unidos; 37.000 y 90.000 muertes anuales; y un costo de USD 4,5 y 5,7 billones, respectivamente. En nuestro país, se calculan se producen 250.000 IACS anuales, 28.700 muertes atribuibles y un costo aproximado de USD 252.000.000.” (Dorna Barani, Mariela y Videla, Sofía, 2019)

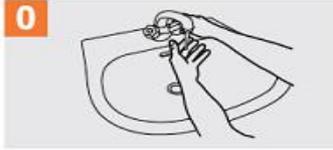
La OMS indica que las manos pueden higienizarse de 2 maneras:

1. Si están visiblemente limpias: con alcohol gel
2. Si están visiblemente sucias: con agua y jabón

El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos, detalle que suele ignorarse.

¿Cómo lavarse las manos?

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



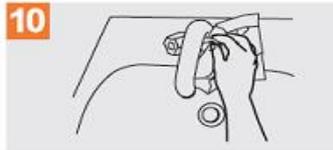
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



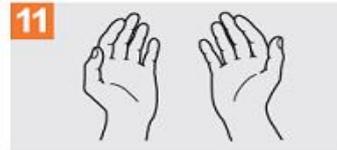
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Ilustración 19-¿Cómo Lavarse las Manos? OMS, Oct 2010

(OMS, 2010)

El lavar adecuadamente las manos supone una barrera para que los patógenos no se propaguen. Dicha práctica es la alternativa más económica y a la vez más efectiva para el control de infecciones.

Con la siguiente grafica es posible comprender como en cada etapa de la atención del paciente, el mismo es susceptible de ser infectados por las manos que lo tocan.

También informa que el 61% de los trabajadores de la salud no se lava las manos cuando es necesario, 1 de cada 2 miembros del equipo quirúrgico no se lava las manos cuando es necesario, 31% de los pacientes contrae una infección en el sitio quirúrgico (herida de la cirugía), estas infecciones prolongan la internación de 3 a 20 días (exponiendo al paciente a aun más riesgos de la hospitalización).

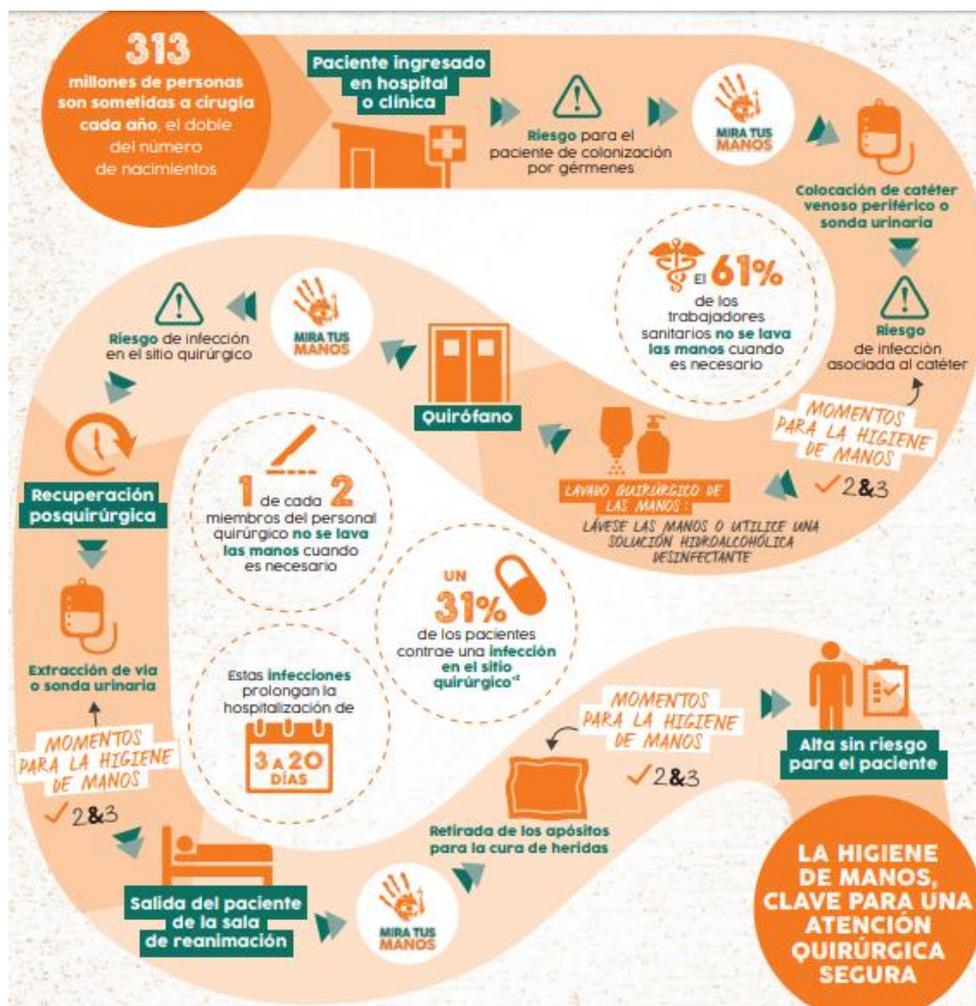


Ilustración 20- Recorrido Paciente Quirúrgico- Lavado de Manos- OMS 2016

(OMS, 2016)

Durante la atención en internación no solo del personal de la salud debe estar atento a aplicar correctamente estas barreras, sino que el personal de higiene ambiental también, Todos deben prestar atención a los 5 momentos recomendados para el lavado de manos:

1 y 2 Antes de tocar al paciente y antes de realizar una tarea de limpieza aséptica: para no trasladarle al mismo todos aquellos patógenos que hayan estado depositados en picaportes, puertas, teclas de luz, mesadas, cama, elementos de escritura, teléfono, etc.

3, 4 y 5 Luego de riesgo de exposición a líquidos corporales, luego de tocar al paciente y luego de entrar en contacto con el entorno del paciente dado que el mismo carga con sus propios patógenos que pueden colonizar al trabajador de la salud y este trasladarlo hacia otros pacientes.

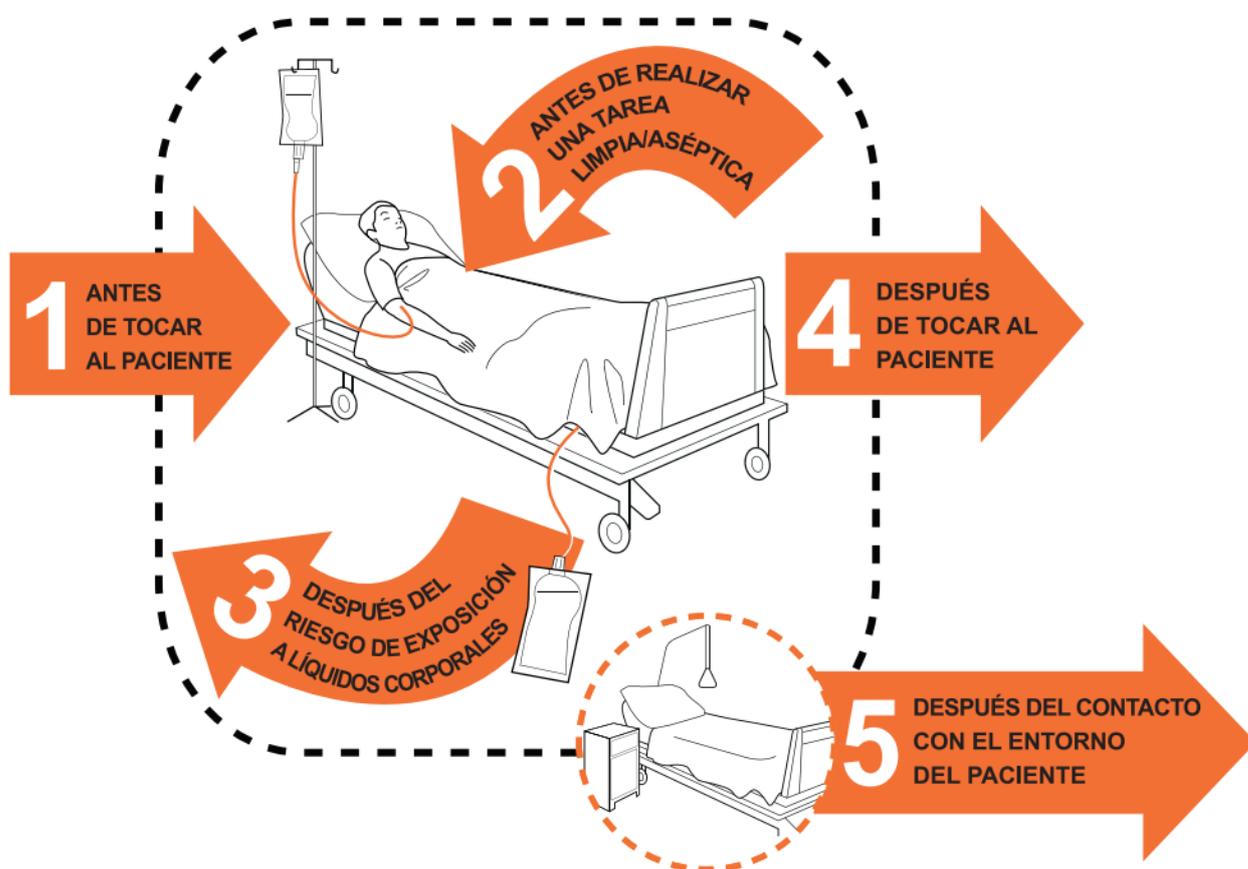


Ilustración 21- 5 Momentos Lavado de Manos. OMS, 2010

(OMS, 2010)

En la vorágine laboral los equipos de salud, que bien conocen lo expresado en este capítulo, deben tener refuerzos por medio de capacitación periódica, charlas e informativos que permitan la recordación de tan importante herramienta para la seguridad del paciente.

Pero más allá de la capacitación se encuentra el compromiso de los equipos de atención en salud, el cual es difícil de lograr.

“Sólo 4 de cada 10 médicos se lavan las manos: Un nuevo estudio tiene un mensaje para los médicos y enfermeras que no se lavan las manos: no piensen en ustedes, piensen en sus pacientes. Lograr que los profesionales de la salud cumplan con la recomendación de lavarse las manos antes y después de atender a los pacientes siempre fue como una espina clavada para muchos hospitales. A pesar de que esta simple medida limita la proliferación de enfermedades –y podría reducir potencialmente las cuentas de salud de los nosocomios en miles de millones de dólares –, muchos médicos y enfermeras simplemente la ignoran. Los porcentajes de cumplimiento de lavado de manos en los hospitales de EE.UU. rondan nada más que el 40 por ciento y los años de programas de concientización que exhortan a los médicos a lavarse o usar geles desinfectantes tuvieron poco efecto .” (Román, Valeria, 2011)

Apelar a cuidar los pacientes, es el nuevo intento de captación, dado que muchos médicos y enfermeros apelan que no se lavan las manos porque no van a enfermarse de lo que el paciente trae, o que ya están inmunizados. Es decir, piensan el método de lavado de manos, solo como un modo de protección personal, el cual abandonan porque “total no pasa nada”. Involucrar la idea del riesgo de daño al paciente parece empezar a mostrar alguna mejor adhesión a las campañas de lavado de manos. Básicamente se utiliza cartelera con la cifra de paciente fallecidos por infecciones de origen por la falta de lavado de manos.

Se trata de inculcar el hábito, lavarse las manos como hábito reduce drásticamente la transmisión de todo tipo de enfermedades, y esto va más allá del ámbito profesional o de la salud. Bien reflejado está en eventos de magnitud mundial como lo es el reciente brote de Coronavirus (2019-2020). Lavarse las manos, desinfectarlas como corresponde, es el pilar central para cortar la cadena de contagio. Hoy más que nunca somos conscientes de esto como sociedad, pero requiere desarrollar el hábito.

El presente trabajo inició su redacción a finales del año 2018, momento en el cual se evidenciaban grandes problemáticas, de larga data, asociadas a la adopción de la práctica de lavado de manos en los momentos y con la técnica correcta. A mediados

del año 2020, y frente a la Pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, causante de las infecciones de COVID-19, este pilar de la seguridad del paciente resulta obvia e indispensable para proteger la salud tanto propia como la de los pacientes, colegas y familia. Si hay algo que debemos agradecerle a esta desfavorable situación, es que ha puesto de relieve la enorme importancia que esta buena y tan sencilla práctica tiene sobre la contención de infecciones. Pero este efecto no solo se evidencia en el personal de salud, sino que en la comunidad toda se ha instalado la conciencia del lavado de manos, como barrera primordial de protección ante infecciones de forma general.

4.5.2 Riesgos

Los principales riesgos asociados a la falta de lavado de manos es la transmisión de patógenos de paciente en paciente, a superficies, al mismo personal de salud, generando de esta forma el crecimiento y proliferación de colonias de patógenos que podrían tornarse resistentes, generando complicaciones aún mayores. Muchos pacientes infectados y con riesgo de muerte por bacterias especialmente poderosas, que resisten a diversos antibióticos, detectables en mobiliario y superficies que rodean al paciente y personal de salud funcionando como vector entre pacientes y los equipos de salud también.

Además es necesario considerar que los pacientes internados en su gran mayoría cuentan con una sumatoria de comorbilidades que debilitan su posibilidad de reponerse ante infecciones. “Las personas con antecedentes de cáncer que están recibiendo quimioterapia tienen una mayor posibilidad de infectarse debido a su sistema inmunitario debilitado. El cáncer y la quimioterapia pueden dañar su sistema inmunitario al reducir su número de glóbulos blancos en la sangre que combaten las infecciones y por tanto dificultándole a su cuerpo luchar contra las infecciones.

Una infección también puede producir septicemia, que es una respuesta extrema del cuerpo a las infecciones. Esto constituye una emergencia médica potencialmente mortal.” (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2019).

Es posible encontrar informes de hospitales que han debido ser puestos en cuarentena o clausurados dada la altísima incidencia de infecciones nosocomiales,

como fue el caso del Sanatorio Mariano Pelliza, de Vicente López, en junio del 2020 (Infobae, 2020). Imaginar en este sentido, siendo una organización privada, como impactaría que por lo menos 2 meses o más (según estimen las autoridades), la institución permanezca cerrada, sin actividad y con los altísimos costos fijos corriendo, y todo por no asumir buenas prácticas.

Para llegar a este punto se pasan por otras penosas etapas como alta mortalidad de pacientes, personal infectado y en riesgo también, pérdida de confianza de los financiadores de salud, auditorias por parte del Ministerio de Salud, etc.

Riesgo identificado	Impacto
Infecciones nosocomiales (amplias variantes)	Medio a Alto
Septicemia derivada de infecciones	Alto
Infecciones en Pacientes con patologías de base, inmunosuprimidos o en tratamiento oncológico	Alto
Personal de Salud Infectado	Alto

Tabla 4- Riesgos por NO Lavado de Manos

4.5.3 Indicadores y Medios de Control

En este caso es más difícil medir constantemente si el personal de salud se lava o no las manos.

Algunas instituciones aplican programas de monitoreo por medio de toma de muestras y cultivo periódicas para comprender si las manos del personal se encuentran infectadas con alguna bacteria que es posible quitar con un simple lavado o higienizado con alcohol gel.

Esta práctica por supuesto requiere personal de control de infecciones circulando por la institución y tomando las mencionadas muestras para su posterior cultivo y análisis. Por su complejidad no es un programa aplicable de manera constante, pero es valiosísimo para determinar las colonias que habitan en las manos del personal de salud, y poder actuar en consecuencia.

Indicadores de control y seguimiento que puede obtener esta metodología:

- **Grado de adhesión al programa de lavado de manos**, en el momento dado de la medición, en general en la institución, por sector, y por colaborador de la salud (que haya sido elegido para el estudio).

Fórmula: Nro de trabajadores de salud que no presentaron contaminación por los patógenos estudiados/ el total de los trabajadores analizados, por 100 (esto clasificado por sector, o turno, e institución en general)

Existen otras metodologías y tecnologías para medir con mayor puntualidad y eficiencia. Una de ellas es la de comprobación por proximidad y acción, es decir, se contabiliza el lavado de manos por persona de acuerdo a su proximidad y acción sobre los elementos de lavado de manos.

El personal de salud debe contar con su tarjeta de identificación, que a su vez cuenta con datos encriptados para el sistema de Radio Frecuencia, que al ingresar en la proximidad del paciente, una suave alarma sonora le recordará que debe higienizarse las manos por medio del uso de los dispensadores de alcohol gel. Una vez activado el pulsador del dispensador de alcohol, el sistema registra que tal asistente de salud se ha higienizado las manos a tal hora.

Este sistema permite obtener de manera automatizada indicadores de control y seguimiento como:

Frecuencia de higienización de manos, general, por sector y hasta por cada colaborador de salud, con la periodicidad deseada.

Grado de adhesión al programa de lavado de manos, por sector y hasta por cada colaborador de salud. (misma fórmula que la descrita en el indicador del método anterior)

Con ayuda de los sistemas y tecnologías que se encuentran disponibles hoy en el mercado de la biotecnología, es posible profundizar aún más las investigaciones que a infecciones respectan. Por medio de un analista experto en la materia, y con la lectura de indicadores e Historias Clínicas, es posible determinar que pacientes están o estuvieron más expuestos a infecciones por falta o merma en el lavado de manos,

brindando de este modo la posibilidad de prevenir y atacar problemáticas devenidas de las infecciones intrahospitalarias.

Existen indicadores que exponen el resultado de la aplicación de las buenas prácticas de higiene en el cuidado de la salud como las incidencia de las infecciones intrahospitalarias presentadas por los pacientes devenidos de la contaminación prevenible con el lavado de manos.

Dichos Indicadores deben estar definidos en el marco de un plan de Vigilancia Epidemiológica asociado a la Atención de la Salud y monitoreado el Comité de Infecciones de la Institución, para poder tomar acciones que propicien la mejora continua en Seguridad del Paciente.

4.5.4 Procesos Vinculados

El lavado de manos impacta en todos los procesos de atención, especialmente todos aquellos en los que un paciente es tocado por un trabajador de la salud.

Los procesos señalados en el mapa de procesos a continuación, son los más impactados por la higiene de manos.

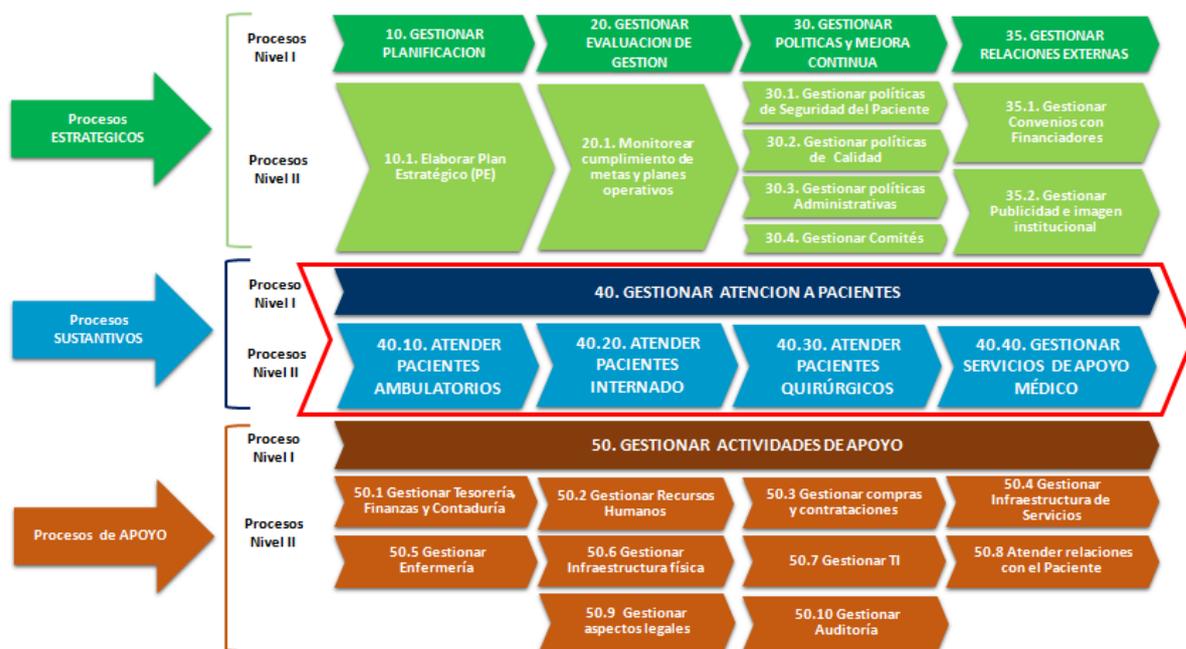


Ilustración 22- Mapa de Procesos- Procesos Sustantivos. ProSanitas, 2019

(ProSanitas, 2019)

El paciente ambulatorio, que concurre a atenderse a un consultorio externo o una guardia, es atendido por enfermeros y médicos que lo revisan, palpan, medican, pinchan, suturan, etc. En cada contacto el paciente es susceptible de ser infectado si el personal de salud no adhiere a las buenas prácticas de higiene de manos.

Si hablamos de procesos quirúrgicos o de atención a pacientes internados, frente a la existencia de heridas abiertas, la debilidad por la enfermedad que trae, y la exposición prolongada a los patógenos, el riesgo a contraer una infección si no hay cultura de higiene de manos aumenta en igual proporción al que aumentan los días que permanece internado en un nosocomio.

Respecto a los procesos de apoyo médico, en los que podemos encontrar los servicios de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, etc, el riesgo es menor, pero no significa que no exista, y nunca debe abandonarse la higiene de manos.



Ilustración 23-Procesos de Apoyo. ProSanitas 2019

(ProSanitas, 2019)

Existen otros procesos que suelen pasar desapercibidos en la propagación de infecciones, especialmente por falta de análisis en las funciones y tareas en los que actúa cada rol. Algunos de ellos están comprendidos en los procesos de “Gestionar Infraestructura de Servicio”, dos de ellos es la Gestión de Higiene Ambiental, Gestión de la Alimentación Hospitalaria y Gestión de Ropería.

Imaginar un servicio de limpieza o de cocina que no aplica buenas normas de higiene de manos, es escalofriante, pero también el personal de estas áreas debe ser

concientizado e incluido en las campañas de lavado e higiene de manos, y son olvidados la gran mayoría de las veces.

Y quizás el más olvidado es el personal dedicado a la Ropería. Si estudiamos las funciones que cumplen estos empleados podemos entender el nivel de riesgo que representan cuando se descuida su instrucción. Cumpliendo sus tareas principales, personal de Ropería, recorre toda la institución, especialmente las áreas de atención de pacientes, recogiendo las sabanas sucias que el personal de Enfermería retira de las camas de los pacientes. Toman los carros donde se encuentra depositada la ropa sucia, lo trasladan al servicio de Ropería y allí comienza la tarea de conteo de las unidades recogidas, para la posterior entrega al lavadero. El conteo se realiza tomando las sabanas y desplegando las mismas para asegurarse de registrar cada unidad correctamente, y que ningún blanco quede enredado entre otro y pase desapercibido. En este despliegue son puestos en suspensión en el aire miles de partículas que se desprendieron de pacientes enfermos en su mayoría, células muertas, pelo, fluidos secos, polvo, ácaros, etc. Respetar el uso de la vestimenta adecuada para esta tarea es extremadamente importante, ya que esas partículas en suspensión luego caerán sobre la vestimenta, los ojos, nariz, boca, cabello, y especialmente se adherirán a las manos del personal de Ropería.

Luego de esto, la otra tarea central de este personal es tomar los blancos limpios y entregarlos por las áreas de atención de pacientes. En este punto, si las recomendaciones para control de Infecciones y los procesos no es respetado, en el que debe retirarse el equipo de protección de Conteo, y se lavan cuidadosamente las manos, este personal estará contaminando los blancos limpios, y llevando esta contaminación tan concentrada por toda la institución.

Si nos ponemos en los zapatos de una institución pequeña, en la que el personal de ropería es el mismo que realiza la higiene ambiental (circulando hasta por el más pequeño sector de las instalaciones), y que finalmente termina por asistir en el reparto de los alimentos por las habitaciones de pacientes internados, podemos sospechar la gravedad de no cumplir con las normativas de lavado de manos, control de infecciones y procesos.

4.6 Check de Cirugía Segura

4.6.1 Consideraciones generales

El Dr. Javier Uribe en su participación en el 7mo Congreso de Auditores y Gerentes de Salud (Buenos Aires, 2018) expuso que “hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias”. Además “la tasa bruta de mortalidad registrada tras cirugía mayor es del 0,5–5%”. “El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos”. Y se debe en su gran mayoría a que “los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados”.

De acuerdo a lo antedicho, el Dr. Uribe explicaba que sobre “la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica: Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización”.

Así mismo asegura que “en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica”.

Sobre la seguridad de la anestesia, el Dr. Uribe ponía de relieve que “hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200.000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100 en 1000 [...] lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno”

Respecto a la actuación de los equipos quirúrgicos seguros, resaltaba que “En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las

características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente". (Uribe, J. 2018)

Otro aspecto crucial para que el paciente conozca y asuma los riesgos de la cirugía si está dispuesto, son los Consentimientos Informados. Documentos redactados bajo la ley 26.529, en el que la institución y el equipo quirúrgico informan al paciente sobre los riesgos de su cirugía, el procedimiento, la medicación, la anestesia, etc. (puede ser un solo documento de Consentimiento Informado o varios dependiendo del criterio). Dicho documento debe ser explicado al paciente por el Médico Cirujano, para que pueda decidir si se realizará el procedimiento quirúrgico o no. El documento debe contar con la firma del paciente y la del Cirujano. Sin dicho documento no debería realizarse la cirugía.

Respecto a esto el Dr. Ricardo Herrero, Director General de ITAES (acreditadora de Calidad en Salud de las más reconocidas en Argentina), expuso en el mismo Congreso de SADAM que:

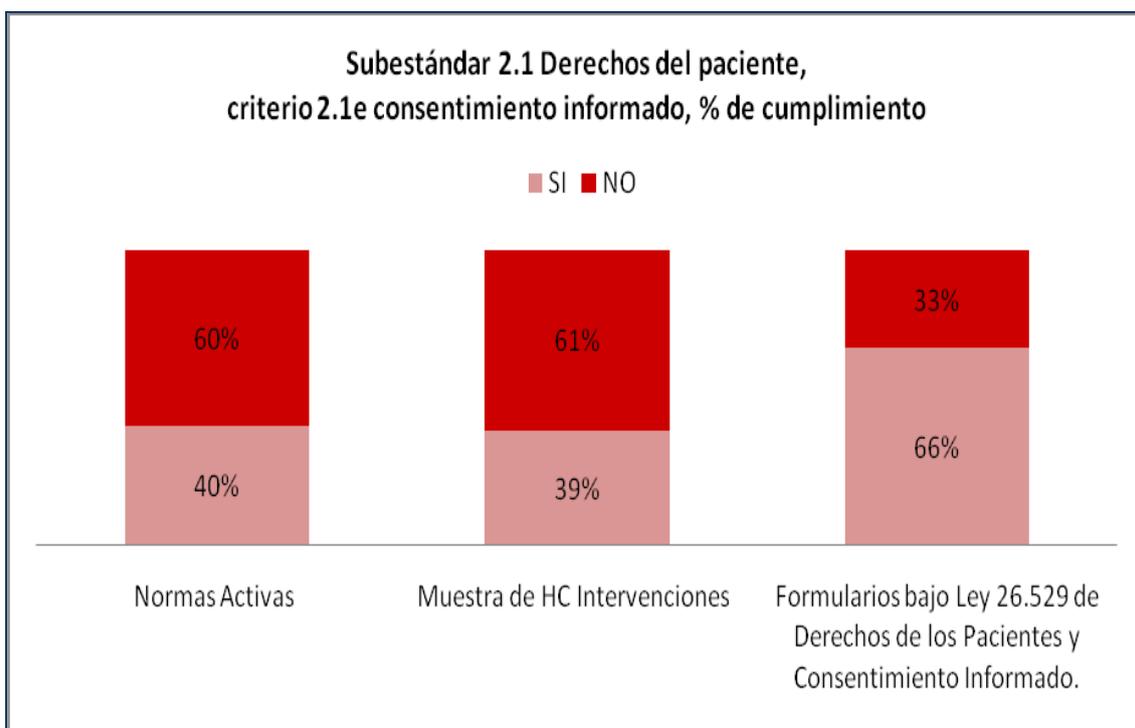


Ilustración 24- Cumplimiento del Consentimiento Informado. Dr. Ricardo Herrero, Congreso SADAM 2018

(Herrero, 2018)

“El 60% de las instituciones prestadoras de salud auditadas con motivo de la acreditación ITAES, no cuenta con una norma activa, proceso o procedimiento que instruya sobre el uso de los consentimientos informados. Así mismo el 61% de las instituciones no exhibe dichos documentos en las Historias Clínicas de pacientes Intervenido, tomadas como muestra para su auditoría. Y en el 33% de los casos, los formularios de Consentimiento Informado no están confeccionados bajo la Ley 26.529 de Derechos de los Pacientes y Consentimiento Informado.” (Herrero, R., 2018)



Ilustración 25- Radiografía Tijeras Quirúrgicas. El Economista.es, Marzo 2015

(El Economista.es, 2015)



Ilustración 26- Reporte: Errores Médicos. Quirófanos. Asch, April 29, 2005

(Asch, 2005)

Chiste gráfico de una problemática reconocida sobre los riesgos quirúrgicos, en el que se ven dos vías posibles para el paciente luego de la Cirugía: continuar con su recuperación Postoperatoria (camino izquierdo), o terminar en la Morgue como resultado del "Post Oops!" (Camino derecho)*

*(*oops: onomatopeya con la que se identifica a la expresión típica de cuando descubrimos que hemos cometido un error)*

Los puntos de control a lo largo del recorrido del paciente por la institución antes de llegar a la intervención quirúrgica buscan reducir a la mínima expresión la posibilidad de intervenir a un paciente que no está en condiciones de ser operado, o intervenir al paciente equivocado, entre otros. Es por esto que más allá del Check de ingreso a Quirófanos, o el Check de Cirugía Segura, existen otras herramientas como los Listados de comprobación de Paciente en Internación y previo al traslado a Quirófanos. Los cuales buscan detectar cualquier impedimento o error antes que el paciente sea llevado al quirófano.

Listado de comprobación de paciente para una Cirugía Segura en Internación- Enfermería

Apellido y Nombre del Paciente:		Fecha y Hora:	
Edad:		Nro de HC:	
Cx a Realizar:			
Enfermería de Guardia/ Internación			
Pre Operatorio	Si	No	Observaciones
Confirmación de Paciente			
Pulsera de Identificación			
Está en conocimiento que será intervenido quirúrgicamente?			
Consentimiento Informado firmado			
Enfermedad preexistente (HIV, Hepatitis, etc.)			
Mujer, existe posibilidad de estar embarazada?			
Está o estuvo recientemente enfermo? (atender a su tiene tos)			
Fuma?			
Prótesis dental, lentes de contacto, piercings y demás accesorios retirados			
Esmalte de uñas y maquillaje retirados			
Colocación de vía EV			
Ayuno			
Baño prequirúrgico			
Estudios pre quirúrgicos: ECG, LB, RX Tórax+ Cx OYT: RMN/ TAC/ RX Cx Gral.: ECO/TAC Cx Gineco: ECO/ TAC Neuro: TAC/RMN			
Alergias			
Cirugías en menos de 6 meses			
Vacuna Antitetánica			
Medicación habitual. Cuales:			
Post operatorio			
Paciente recuperado de anestesia			
Dolor			
Vías EV periférica en correcto estado			
Vías EV central en correcto estado			
Sonda vesical en correcto estado			
Sonda Nasogástrica en correcto estado			
Drenajes en correcto estado			
Egreso			
Familiar derivado a Admisión			
Verificación de Tramitación de Egreso			
Retiro de vía EV			
Retiro de Sondas			
Devolución de Estudios previos			

**Sello y Firma
Enfermera**
Por control pre operatorio

**Sello y Firma
Enfermera**
Por control post operatorio y
egreso

**Tabla 5- Listado de Comprobación de Paciente para una Cirugía Segura en Internación-
Enfermería. Autoría Propia**

Herramienta desarrollada para un cliente prestador de servicios de Salud (autoría propia), basado sobre las recomendaciones de la OMS para aumentar los estándares de seguridad del paciente en proceso de atención e intervención quirúrgica.

Instrumentos de comprobación del estado del paciente quirúrgico, aplicado por el equipo de Enfermería en Internación, previo al traslado a Quirófanos para su intervención quirúrgica.

Seguridad del Paciente- Lista de Comprobación de Traslado a Qx- Camillero

Apellido y Nombre del Paciente:

Fecha y Hora:

Nro. de HC:

Camillero	SI	NO
HC		
Estudio de diagnostico		
Consentimientos Informados firmados		
Identidad del paciente (su nombre, razón de la cx)		
Vestimenta quirúrgica		

Nombre Apellido y Firma del Camillero:

Tabla 6- Lista de Comprobación de Traslado a Quirófanos- Camillero. Autoría Propia.

Herramienta desarrollada para un cliente prestador de servicios de Salud (autoría propia), basado sobre las recomendaciones de la OMS para aumentar los estándares de seguridad del paciente en proceso de atención e intervención quirúrgica.

Instrumentos de comprobación del estado del paciente quirúrgico, aplicado por el equipo de Camilleros en Internación, previo al traslado a Quirófanos para su intervención quirúrgica.

Check List Cirugía Segura

Apellido y Nombre del Paciente:

Fecha y Hora:

Edad:

Nro de HC:

Cx a Realizar:

Instrumentadora			Anestesiólogo			Cirujano								
Pre Operatorio		Si	No	Pre Operatorio		Si	No	Pre Operatorio		Si	No			
Confirmación del paciente					Verificación de mesa de anestesia					Confirmación del paciente				
Confirmación de Cirugía					Verificación de equipo de monitoreo					Confirmación de Cirugía				
Confirmación de Sitio Quirúrgico					Verificación de equipo de reanimación					Confirmación de sitio quirúrgico				
Posición del paciente					Verificación de aspiración central					Posición del paciente				
Plancha de electro bisturí colocada					Ayuno									
Verificación de material para Cirugía, testigo virado					Alergias									
Prótesis a utilizar confirmada					Anticoagulación y/o antigregación									
Consentimiento informado firmado					Comorbilidades (ver evaluación pre anestésica)									
Post Operatorio		Si	No	Post Operatorio		Si	No	Post Operatorio		Si	No			
Registro de Biopsias					Recuperación post anestesia inmediata					Complicación inmediata post procedimiento				
Nro de muestras tomadas					Verificación de datos anestesiológicos					Toma de Biopsia				
Utilización de insumos y registro										Confirmación Nro de Muestras				
Utilización de prótesis y registro														
HC completa, firmada y sellada														

Sello y Firma de Instrumentadora

Sello y Firma de Anestesiólogo

Sello y Firma de Cirujano

Tabla 7- Check List de Cirugía Segura. Autoría Propia

Herramienta desarrollada para un cliente prestador de servicios de Salud (autoría propia), basado sobre las recomendaciones de la OMS para aumentar los estándares de seguridad del paciente en proceso de atención e intervención quirúrgica.

Instrumentos de comprobación del estado del paciente quirúrgico, aplicado por el equipo Quirúrgico en Quirófanos, previo a la cirugía, durante y al concluir la misma.

4.6.2 Riesgos

Los riesgos quirúrgicos están siempre presentes, al menos existe un 1% de riesgo de mortalidad en toda Cirugía. Está en el médico tratante el criterio para determinar si un paciente es susceptible de ser operado o no de acuerdo al conjunto de variables que lo acompañan.

Para esto los estudios prequirúrgicos, la historia clínica del paciente, las interconsultas con especialistas, anestesistas y hematólogos, contribuyen a determinar las posibilidades del paciente de sobrevivir o recuperarse de la cirugía.

“A partir de la evaluación clínica es posible obtener la primera forma de clasificación del riesgo, creada por la Sociedad Americana de Anestesiólogos, conocida como ASA:

- **ASA 1:** persona saludable, sin enfermedades sistémicas, infecciones o fiebre;
- **ASA 2:** persona con enfermedad sistémica leve, como presión alta controlada, diabetes controlado, obesidad, edad por encima de 80 años;
- **ASA 3:** persona con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante, como insuficiencia cardíaca compensada, infarto hace más de 6 meses, angina cardíaca, arritmia, cirrosis, diabetes o hipertensión descompensadas;
- **ASA 4:** persona con enfermedad sistémica incapacitante, que constituye amenaza para la vida, como insuficiencia cardíaca grave, infarto hace menos de 6 meses, insuficiencia pulmonar, hepática y renal;
- **ASA 5:** persona en estado terminal, sin expectativa de sobrevivir por más de 24 horas, como luego de un accidente grave;
- **ASA 6:** persona que presenta muerte cerebral detectada, la cual pasará por cirugía para donación de órganos.

Mientras mayor sea el número de la clasificación ASA, mayor es el riesgo de mortalidad y complicaciones por la cirugía, debiéndose evaluar con mucha atención que tipo de cirugía vale la pena realizar y cuál es más beneficiosa para la persona.” (Tua Saude, 2007)

Por otro lado, la política de Seguridad del Paciente y controles asociados que aplique la organización es factor decisivo para reducir los riesgos quirúrgicos. Los listados de comprobación de paciente en internación, listado de comprobación de camilleros y el listado de comprobación de Cirugía Segura, buscan verificar y confirmar que las condiciones quirúrgicas del paciente y de la institución están dadas correctamente para llevar a cabo el evento quirúrgico.

La planificación y preparación previa tanto de material quirúrgico, documentación del paciente, equipos médicos, personal de salud, etc, reduce notoriamente los riesgos.

Riesgo identificado	Impacto
Intervenir al paciente incorrecto	Alto
Operar un miembro del cuerpo por otro	Alto
Intervenir al paciente sin cumplir con la preparación previa (ayuno, baño prequirúrgico, quitado de accesorios)	Alto
Intervenir al paciente sin cumplir con los estudios prequirúrgicos	Alto
No preparar el material y equipamiento quirúrgico previamente	Alto

Tabla 8- Riesgos por NO aplicación de Checks para Cirugía

4.6.3 Indicadores y Medios de Control

Para la medición de la incidencia de errores del equipo de salud en cirugía, existen diversas fuentes.

- Indicadores arrojados por cada ítem de los checks de Comprobación de paciente y Cirugía
- Utilización de los Consentimientos Informados
- Relevamiento de historias clínicas de pacientes quirúrgicos
- Denuncias del personal de salud
- Correlación entre protocolo quirúrgico, libro de Cirugía

Entre los indicadores obtenibles de estas fuentes se encuentran:

Tasa de aplicación de checks de comprobación de paciente- Enfermería

Fórmula: Nro de checks de comprobación de paciente- Enfermería aplicados en internación/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año.

Tasa de aplicación de checks de comprobación de paciente- Camilleros

Fórmula: Nro de checks de comprobación de paciente- Camilleros aplicados previo al traslado a quirófanos/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año

Tasa de aplicación de checks de Cirugía Segura- Quirófanos

Fórmula: Nro de checks de Cirugía Segura- Quirófanos/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año

Tasa de pacientes intervenidos que no contaban con la pulsera de identificación al ingreso a quirófanos.

Fórmula: Nro de pacientes sin pulsera de identificación al ingreso a quirófanos/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año

Tasa de correcta utilización de consentimientos informados (se entiende como correcto: consentimiento redactado de acuerdo a la ley Ley 26.529, explicado por el Cirujano al Paciente, con registro de firma del paciente y del profesional, presente en la Historia Clínica del paciente)

Fórmula: Nro de intervenciones quirúrgicas que contaban con el Consentimiento Informado del paciente correctamente completado/ total de las intervenciones quirúrgicas, en la semana, en el mes o en el año

Tasa de evento adverso (a partir de denuncias del mismo personal de salud).

Fórmula: Nro de Eventos Adversos denunciados por el personal de la institución/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año

Tasa de mortalidad asociada a Cirugía (inmediato o durante el posoperatorio).

Fórmula: Nro de pacientes fallecidos en cirugía/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año.

Fórmula: Nro de pacientes fallecidos en posoperatorio/ total de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, en la semana, en el mes o en el año

4.6.4 Procesos Vinculados

Los procesos Quirúrgicos se identifican entre los sustantivos de una institución de Salud, no solo porque representa el acto médico quizás en uno de sus más amplios aspectos, sino que también es de los que más ingresos generan a una institución de salud y a su vez el que genera gastos más críticos. También se trata de aquellas prácticas que más prestigio (o desprestigio) traen para una institución.

Regresando al mapa de procesos, dichas actividades se identifican:

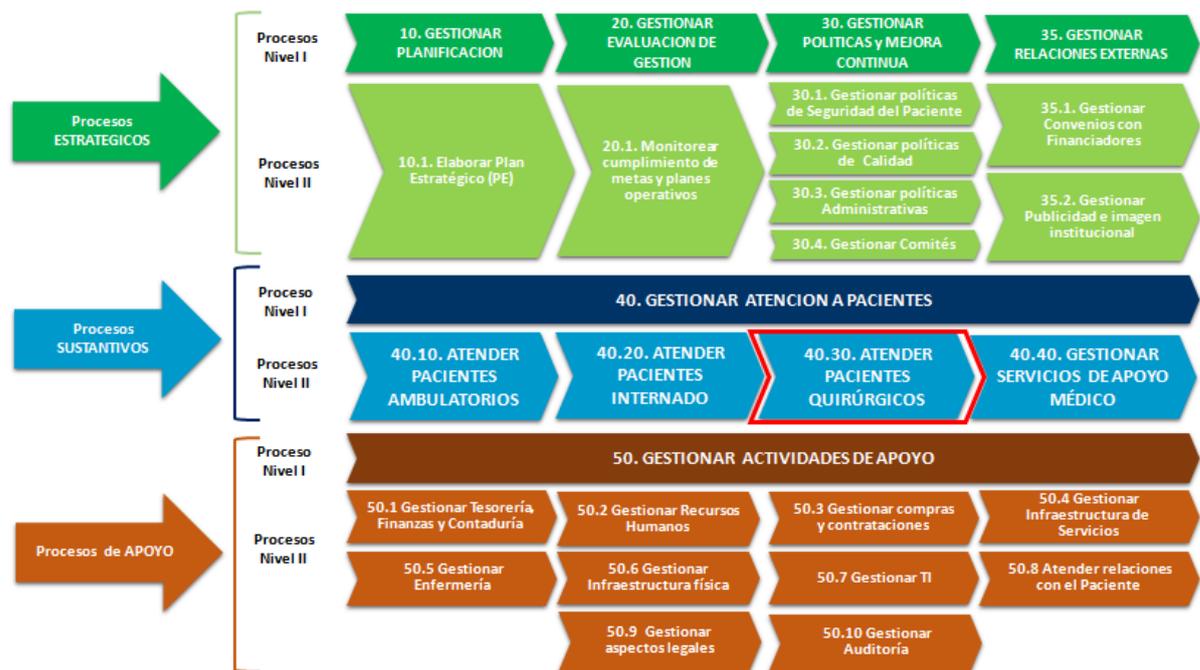


Ilustración 27- Mapa de Procesos- Proceso Quirúrgico. ProSanitas, 2019

(ProSanitas, 2019)

Ahora bien, el correcto desempeño de un proceso quirúrgico depende de otros que se ejecutan previamente al mismo. Dichos procesos están vinculados con “Gestionar servicios de apoyo médico”. Un ejemplo de ello son los procesos de Esterilización. Todo elemento utilizado en una cirugía debe estar esterilizado de acuerdo al proceso correspondiente según el tipo de material que se trate. Es decir, no es posible realizar una cirugía segura sin materiales esterilizados (en un ciclo efectivo de esterilización y dentro de la fecha de vencimiento del mismo). El servicio de Esterilización debe estar siempre informado de las cirugías que se realizarán, de que especialidad son y que

material se requerirá y si es necesario la Esterilización de instrumental externo (proveído eventualmente, y de manera temporaria, por ortopedias por ejemplo).

Así mismo los procesos de Higiene ambiental son cruciales para disminuir los riesgos en el acto quirúrgico.

Parece un detalle menor, pero el orden en que se realizan los diferentes tipos de Cirugías es de vital importancia en la seguridad del paciente. Existen 3 tipos de Cirugías, las limpias, las limpias-contaminadas y las contaminadas o sucias:

Las limpias refieren a “aquellas cirugías realizadas sobre tejido no inflamado, sin apertura de mucosas (respiratorias, orofaríngea, del tracto genitourinario y gastrointestinal)[...]. La incidencia de infecciones en este tipo de cirugías es menor al 1-2%”.

Las Limpias-contaminadas refieren a cirugías con “apertura de mucosas, sin evidencia de infecciones o con mínimo derrame de su contenido por la flora del tracto digestivo, respiratorio, orofaríngeo o genitourinario [...] la tasa de infección oscila en el 10%”

Las contaminadas o sucias refieren a cirugías “traumatológicas [...] o con apertura de mucosas sobre procesos infecciosos con material purulento o sin él. Las perforaciones de vísceras y aquellas realizadas sobre procesos infecciones o tejidos desvitalizados [...] la tasa de infecciones puede alcanzar el 30-40%”. (Hospital Infantil de México, Federico Gómez, 2011) Los tiempos de limpieza son más extensos en estos casos, consumen tiempo operativo del quirófano, y quizás por reducir estos tiempos intermedios, se incurre en errores o flexibilidades que pueden pasar por alto contaminaciones que vulneran la seguridad del paciente que se opera a continuación.

Es por esto que cuando se planifica la agenda de un quirófano primero se programan las cirugías limpias, y al final las sucias, de manera de reducir al mínimo las posibilidades de complicaciones cruzadas en las cirugías de diferentes pacientes. Esto es especialmente importante en instituciones que cuentan con un solo quirófano o dos, deben ser muy rigurosos en cómo se distribuye la programación de los mismos. Cuando las instituciones son grandes y cuentan con un Block Quirúrgico más desarrollado, con siete o diez quirófanos, la distribución de las especialidades se

realiza asignando quirófanos específicos para cada una, reduciendo aún más el riesgo de contaminación y demoras en limpieza.

4.7 Seguridad del Paciente y los costos en la Atención de Salud

En 2017 la OMS publicó que el “costo mundial por **errores de medicación** es de US\$ 42 000 millones al año, 1% del gasto sanitario mundial [...] Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de 1.000 millones de libras por año. En los Estados Unidos, la cifra es de entre 4.500 millones y 5.700 millones de US\$. En México, el costo anual se aproxima a los 1.500 millones”. (OMS, 2017).

Para comprender la situación que se presenta en Argentina “en nuestro país, se calculan se producen 250.000 IACS anuales, 28.700 muertes atribuibles y un costo aproximado de USD 252.000.000.” (Dorna Barani, Mariela y Videla, Sofía, 2019), y esto de manera aproximada, dado que no hay registros sistematicos de estos errores y sus costos, de manera centralizada a nivel nacional.



4: Al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños sufridos por los pacientes en la atención hospitalaria

Al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños sufridos por los pacientes en la atención hospitalaria. Datos recientes muestran que el 15% del gasto y las actividades hospitalarias en los países de la OCDE es resultado directo de eventos adversos, siendo los más onerosos las tromboembolias venosas, las úlceras de decúbito y las infecciones.

El costo total estimado de los daños asciende en esos países a billones de dólares estadounidenses (US\$) cada año.

Ilustración 28- Al menos 1 de cada 7 dólares canadienses se gasta en tratar daños

(OMS, 2013)

En base a todo lo relatado en los capítulos anteriores es posible comprender no solo la importancia de la seguridad del paciente sino que también lo fácil que es incurrir en costos de la no calidad cuando “nos confiamos” y se aplican flexiblemente los procesos sin la debida conciencia del impacto de los mismos en el paciente.

Desde el punto de vista de la gestión de una organización prestadora de servicios de salud, adoptar buenas prácticas vinculadas a la seguridad del paciente tiene el gran poder de optimizar los costos en la atención del paciente.

Sucede en Argentina que contamos con un sistema de Financiadores de Salud públicos y privados llamados Obra Sociales y Empresas de Medicina Prepaga.

La forma en la que se paga a un prestador de salud, es por medio de la presentación de la factura de las prestaciones brindadas al paciente (para no ahondar en la complejidad de otras vías de pago como la cápita o el módulo, teniendo la mayoría de las organizaciones un mix de todas estas modalidades de facturación). Estas facturas se presentan junto con la documentación respaldatoria de las prácticas realizadas y su justificación, dicha información está contenida en la Historia Clínica del paciente. Esta documentación es revisada por los auditores administrativos y médicos del financiador, para determinar si corresponde pagar dicha práctica.

Las auditorias administrativas buscan detectar que la historia clínica del paciente cuente con toda la documentación respaldatoria para cada estudio, intervención o práctica realizada en el paciente. Entre los principales documentos se hayan: copia de DNI del paciente, carnet de la obra social o empresa de medica prepaga, consentimientos informados firmados por el paciente y el médico (si corresponden), ordenes de práctica, estudio o interconsulta, autorización de la misma obra social o empresa de medica prepaga según se requiera, evoluciones médicas, certificados de implante, protocolos quirúrgicos, etc. Si algo de esto faltase, la prestación corre el riesgo de ser debitada por parte del financiador, es decir, no pagada al prestador a pesar de, este último, ya haberla realizado y ejecutado las erogaciones pertinentes.

Así mismo los auditores médicos estudian en profundidad la coherencia y correlación de la práctica médica, analizando si corresponde o no la aplicación de determinados tratamientos o acciones sobre el paciente, siempre desde el punto de vista médico. Es en esta auditoria donde se detectan la mayoría de las fallas médicas o incongruencias

en la atención, y si es que el paciente no presentó una denuncia por dichas fallas. Son los auditores médicos los que determinan que acciones médicas serán pagadas al prestador frente a casos en que han puesto en riesgo la vida del paciente, o se trató de una práctica innecesaria, o que tuvo un resultado adverso en el paciente.

Informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, "To Err is Human" del año 1999, arroja algunos datos respecto a incidencias y costos en las faltas a la seguridad del paciente, relevados al auditar medicamente Historias Clínicas de pacientes.

En la Revisión de 30.000 historias clínicas del mencionado país se detectaron:

- 3.7% de eventos adversos de los cuales:
- 58% eran evitables
- 13.6% resultaron en muerte

En la revisión de 33.6 millones de hospitalizaciones anuales detectaron:

- Entre 44.000 y 98.000 muertes al año, por eventos adversos
- Costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año

(Instituto de Medicina de los EEUU, 1999)

Para comprender un poco más cómo funciona el mecanismo de estos débitos, que afectan a la situación financiera de las instituciones prestadoras de salud, aquí se presenta un ejemplo. Un paciente recién operado cuenta con la Obra Social del Norte-OSN- (financiador ficticio que revestirá el rol de la obra social para este ejemplo), la cual pagará todos los consumos del paciente en el proceso de atención brindados por la Institución Prestadora de Salud Sanatorio del Sur. Las Obras Sociales y las Prepagas aplican la Auditoría Médica al momento de revisar los pagos a emitir. A través de la cual estudian la razón de internación del paciente (por ejemplo), por qué se le hicieron los estudios que se le hicieron, por qué se lo operó, por qué se utilizó determinada medicación, etc. Y si el resultado de la Auditoría abala que fue correcto el proceder del prestador, entonces pagará todos los valores facturados.

Ahora bien, cuando la Auditoría detecta que un paciente internado y operado, por ejemplo, de apendicitis, debería, en condiciones normales, retirarse de la institución en 2 días, y encuentra que en realidad dicho retiro sucedió en 7. Comienza a sospechar que seguramente algo sucedió con el paciente que no ha sido favorable. Toda la

información se encuentra en la Historia Clínica, es decir: evolución del paciente luego de la cirugía, registros de enfermería, medicación que se le administró, resultados de laboratorio, así como los informes de estudios de diagnóstico y demás. Las organizaciones prestadoras de salud tienen exigencia legal de completar toda esta información en la Historia Clínica, caso contrario, en una auditoría judicial estarían frente a una amplísima posibilidad de perder las causas que se le presenten.

Si la Auditoría Médica, detecta que por ejemplo, el paciente debió permanecer internado por una infección en el sitio quirúrgico, procederá a gestionar el Débito.

Que sucede entonces, de los valores de la factura presentada por el Prestador, el financiador pagará aquello que estuvo bien consumido, aplicado y documentado, y el resto no. Es decir, la factura sufrirá un débito, dejando así al Prestador descubierto sobre gastos que ya hizo con el paciente.

Además del lucro cesante por no poder ocupar la cama porque aún se encuentra un paciente que ya debería haberse retirado días atrás en condiciones normales.

Todos estos son valores que jamás van a recuperar, porque el Financiador no va a pagarlo y con justificación.

Así mismo sucede que el Auditor de Terreno del Financiador en sus visitas al sanatorio identifique situaciones anómalas en la atención, lo cual podría resultar en aun más débitos, el debilitamiento de la relación comercial, pérdida del contrato y hasta demandas judiciales por mala atención de los pacientes afiliados.

De la mano de lo antedicho viene la pérdida de prestigio e imagen institucional, como es el triste caso de la Trinidad de Palermo, por el caso de la Periodista Volpin, Clínica Berazategui por el caso de la Paciente PAMI amputada de la pierna incorrecta (Diario Perfil, 2019) siendo esto muy destructivo.

Y esto sucede solo en los casos que se descubren. Muchos casos no se descubren y se incurren gastos innecesarios tanto para el prestador de salud como para el financiador de salud (ya sea público o privado), el cual, como ya he mencionado anteriormente, tiene recursos financieros finitos y debe decidir a qué problemática le destina sus fondos.

Lo que busca ilustrar este ejemplo es como desde el punto de vista económico no trabajar en pos de la seguridad del paciente es un grave fallo en el diseño estratégico de la institución. Especialmente porque en este aspecto no tiene elevados costos adoptar prácticas seguras, ya que las mismas son principalmente basadas en la disciplina y cumplimiento de procesos y normativas.

Comparación 2do Semestre 2005 – 2do Semestre 2006 (Programa VIHDA)**

Tipo Unidad	Diferencia N° IH	Prom. Días Estada por IH	Costo x día (en u\$s)	Total ahorro (en u\$s)
UCIA (N=30)	127 IH menos	13,3	270	456.057
UCIP (N=13)	55 IH menos	12,7	270	188.595
UCN (N=15)	50 IH menos	15,5	355	275.125
TOTAL (N=58)	232 IH menos	--	--	919.777

Se logró un ahorro de casi 1.000.000 de dólares comparando un semestre de dos años consecutivos, considerando sólo 58 Unidades de Cuidados Intensivos, de los hospitales que reportaron datos al Programa VIHDA

** Fuente: Trabajo "Promedio días de internación por IH y estimación de Costos en UCIA, UCIP y UCN de hospitales adheridos al Programa VIHDA Julio 2005-Diciembre 2006" ----- Publicado en www.vihda.gov.ar

Tabla 9- Promedio días de Internación por IH. Programa VIHDA, 2006

(VIHDA, 2006)

A una escala global, lo sucedido (y que aún tiene replicas) con el brote de Coronavirus (2019-2020) ilustra de manera clara como trabajar en prevención y barreras de contagio basadas en buenas prácticas como las mencionadas específicamente en el apartado de Lavado de Manos, pueden colaborar fuertemente con proteger a la economía y que no tienen casi costo considerando los beneficios. Prevenir y adoptar buenas prácticas para proteger la salud, impactan profundamente en la economía.

4.8 Percepción sobre la dificultad de aplicación de las prácticas investigadas

4.8.1 Introducción

A continuación se exponen y analizan los resultados obtenidos durante las entrevistas realizadas para el presente trabajo de campo. De igual modo se relatan algunas conclusiones que pueden desprenderse de ellas.

4.8.2 1er Apartado: Roles Encuestados

En primer lugar la distribución de los roles encuestados se ve detallado en el siguiente gráfico.



Ilustración 29- Diagrama de torta, roles entrevistados

El 33,3% de los encuestados son Médicos, de diferentes especialidades como Clínica Médica, Cardiología, Infectología, Pediatría y Médicos Auditores. Es el grupo más significativo dado que a este porcentaje se le incorpora el grupo de Gerente o Dirección Médica con un 4,8%, Jefes de Área Médica con un 14,3% y Supervisores de Área Médica con un 4,8% (donde se computa un Instrumentador Quirúrgico por ser responsable de área quirúrgica), componiendo en total 57,2 % de la muestra. Los profesionales de Enfermería componen el 23,8% de la muestra. Los Instrumentadores quirúrgicos representan el 4,8, y las áreas Administrativas el 14,3% de la muestra. No

tuve la oportunidad de entrevistar un Técnico de la Salud es por ello que es el único grupo sin entrevistados.

Las siguientes preguntas están enfocadas en las buenas prácticas tratadas a lo largo del presente trabajo, iniciando con las preguntas abocadas a la Pulsera de Identificación del Paciente.

4.8.3 2do Apartado: Pulsera de Identificación de Paciente



Ilustración 30- Diagrama de torta, utilidad de la Pulsera de Identificación de Paciente

Se le consulta al entrevistado si según su experiencia en el campo de la atención del paciente consideraba útil la pulsera de identificación. La respuesta fue positiva en un 95%, lo cual habla de cómo la comunidad de la salud tiene interiorizada la importancia y por sobre todo lo útil que es la pulsera de identificación, como un paso de seguridad del paciente tan importante para individualizar a un paciente de forma inequívoca. La respuesta minoritaria fue de un 5% sobre la opción “tal vez”. Esta respuesta fue brindada por un profesional que se desempeñaba hace largos años en una institución de pocas camas e indicaba que no consideraba que fuera excluyente su uso.

Pulsera de identificación: según su experiencia existen dificultades para aplicar su uso?

20 respuestas

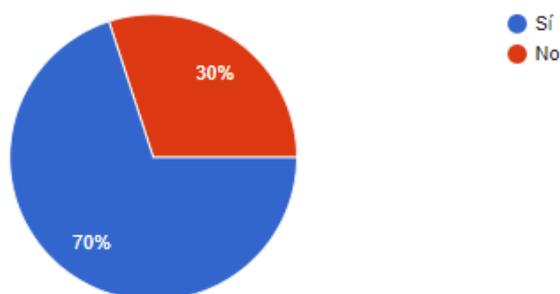


Ilustración 31- Diagrama de torta, dificultades de aplicación de la Pulsera de Indentificación

Cuando se les consultó a los entrevistados si según su experiencia existían dificultades para aplicarlas en el uso, en la práctica, un 70% respondió que sí. Que existen dificultades para aplicarlas en la práctica. Y fundamentaron su respuesta con afirmaciones como:

“Todavía hay profesionales que no atienden a esta (a la pulsera). Incluso los pacientes y familiares no comprenden la importancia”. Otra respuesta “Se confían en que saben quién es el paciente”, “Por desconocimiento”

En este apartado es interesante resaltar que todavía es una herramienta que no se explota como debería de parte de los profesionales. Pero también habla de los pacientes y los familiares, lo que compone una valiosísima respuesta, dado que no es posible brindar una asistencia de salud de calidad sin el compromiso del mismo paciente y su familia.

“A veces por la agilidad en la atención o la confianza en que ya sabemos quién es el paciente, no la miramos”

Vale señalar aquí la palabra “confianza”, “nos confiamos” y sobre esto se basan los eventos adversos de los cuales se hablaba al inicio del presente trabajo.

“Existen colegas enfermeros y médicos que la ignoran, se guían por otros elementos”

Es muy valioso que tanto los enfermeros y médicos entrevistados tuvieron la franqueza de señalar a su propio rol como aquel que aún no adhiere correctamente al uso de la mencionada herramienta.

“Porque parte del personal sigue sin leer las pulseras”, “Muchos colegas se resistente a tomarse el momento para checkearla”, “Existen profesionales que no la leen” “Algunos profesionales o licenciados no las checkean cuando es debido”

Estas respuestas denotan falta de compromiso, o seguimiento a la implantación de la herramienta.

“No siempre es posible leerla, especialmente en el fragor de la atención medica”

Nótese que se evidencia un volumen de atención que a veces obliga a saltar etapas de control y seguridad del paciente en pos de no retrasar la atención.

Es una problemática *“Cultural, adoptar el hábito en el proceso de atención”,* así mismo *“No se le da la importancia correspondiente”*

El concepto de que es un aspecto cultural, fue muy mencionado, así mismo como el que no se le da importancia. Evidencia ausencia de capacitaciones, y reforzamiento de la concientización.

A continuación se les consultó si consideraban costoso aplicar esta herramienta de seguridad del paciente.

Pulsera de identificación: considera costoso aplicarla?

20 respuestas

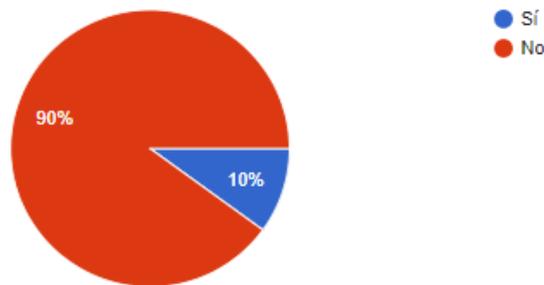


Ilustración 32- Diagrama de torta, costo de aplicar Pulsera de Identificación

El 90% de los encuestados respondió que no lo consideraba costoso. Un 10% respondió que sí, y fue fundamentado sobre que el equipamiento para imprimir pulseras requería no solo inversión en esos equipos sino que en software, y actualización del parque de PC's que gobiernan las mismas.

Pulsera de Identificación: Que roles según su experiencia considera mas resistentes a su uso?

18 respuestas

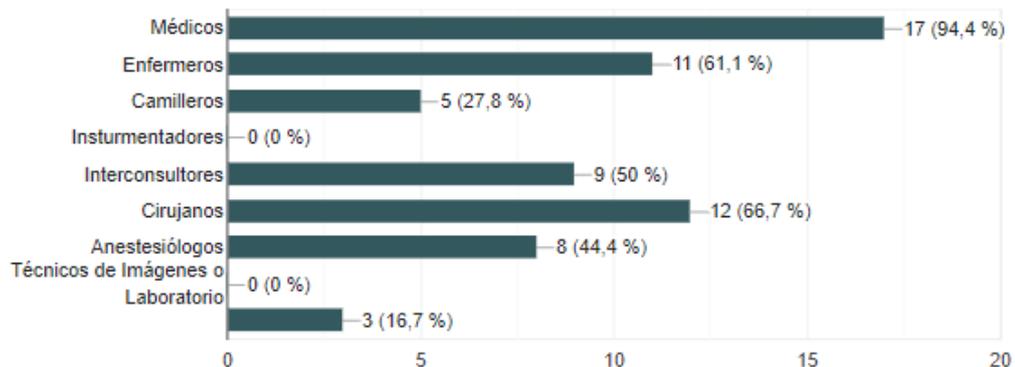


Ilustración 33- Diagrama de barras, roles mas resistentes al uso de Pulsera de Identificación

Frente a la pregunta de qué roles, según su experiencia, consideraba más resistente al uso de las pulseras de identificación, de los 18 entrevistados que identificaron resistencia, el 94,4% dijeron que los Médicos, 66,7% los Cirujanos y 61,1% los Enfermeros. Los 2 entrevistados que no respondieron a esta pregunta indicaron que no identificaban un rol específico como resistente.

4.8.4 3er Apartado: Check de Ingreso a Quirófanos

Check de Ingreso a Quirófanos

Check de Ingreso a Qx: según su experiencia lo considera útil?

20 respuestas

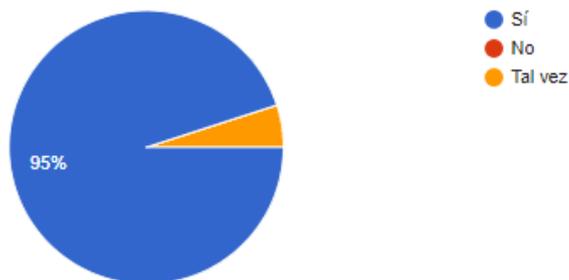


Ilustración 34- Diagrama de torta, utilidad del Check de ingreso a Quirófanos

A continuación la encuesta pregunta según la experiencia del encuestado si considera útil el Check de ingreso a Quirófanos. Nuevamente el 95% de los entrevistados respondieron que sí. Lo cual habla de una herramienta muy valorada.

Al preguntar si basado en su experiencia considera que existen dificultades para su uso, el 60% respondió que sí. Tomando en cuenta la respuesta anterior, la herramienta es muy valorada pero a la vez es vista, poco más de la mitad de las veces, difícil de implantar.

Check de Ingreso a Qx: según su experiencia existen dificultades para aplicar su uso?

20 respuestas

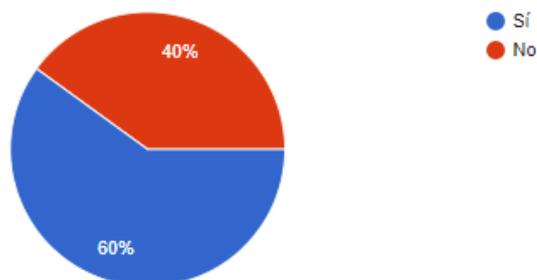


Ilustración 35- Diagrama de torta, dificultad de aplicación del Check

De acuerdo a lo recién mencionado las principales dificultades señaladas por los encuestados fueron:

“A veces para el instrumentador es una lucha lograr que le brinden la información los profesionales”, otras respuestas asociadas: “Es difícil que se aplique siempre. Depende el profesional, y la urgencia también”, “Porque los profesionales no le dan la importancia que merece”.

Estas respuestas indican la contraposición de los roles para la implementación de este instrumento, y la resistencia que se encuentra dentro de los quirófanos. El señalamiento de que la aplicación depende de la urgencia es muy interesante, dado que existen momentos frente a la urgencia que se recomienda dejar los filtros de control de lado y poner los esfuerzos en salvar la vida del paciente, de lo contrario los controles podrían quitar minutos vitales para la conservación de una vida, es posible que los procesos institucionales no lo mencionen.

“A veces parece ser un papeleo más. La HC y el protocolo quirúrgico son suficiente información sobre las intervenciones y atenciones”, así mismo “No se le da la importancia que corresponde, quedan campos sin llenar, y en algunas instituciones ni siquiera se utiliza”, “Porque no adhieren a la pausa quirúrgica previa a la cirugía (2da pausa)”, “Por momentos puede ser una molestia”

La frase *“un papeleo más”* pone de relieve la ausencia de trabajos de concientización. Dado que no se trata de un elemento para recabar información, sino que su función es guiar un chequeo exhaustivo del estado del paciente para conocer si está en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente, y reducir al mínimo los riesgos asociados a la cirugía.

“Cultural, procesos que no contemplan las alternativas en que debe usarse...”

Esta respuesta habla de procesos insuficientes, y esta problemática se ve muy difundida en las instituciones de salud.

La Falta de *“Adherencia de parte de los cirujanos y anestesiistas, y bajo esta consigna los demás equipos lo dejan de lado”, “Cuesta la adhesión inicial al mismo”*

El Liderazgo inverso demuestra como cuando un líder no adhiere a una buena práctica, los colaboradores del equipo tampoco lo harán.

“La constancia. Utilizarlos siempre y correctamente”

La falta de constancia evidencia la falta de supervisión en el uso de las herramientas de seguridad. Todo cambio o incorporación de metodologías o tecnologías, debe estar liderado, y a su vez acompañado hasta estar seguros que fue incorporada por todos los equipos involucrados.

Check de ingreso a Qx: considera costoso aplicarlo?

20 respuestas

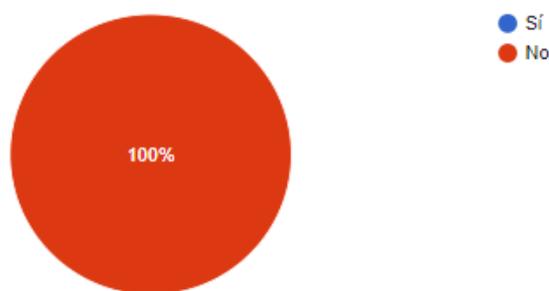


Ilustración 36- Diagrama de torta, costo de aplicar el Check

Al preguntar si consideraba costoso implantar esta herramienta la respuesta fue unánime por no. Dado que no requiere ningún tipo de inversión monetaria, ya que apela a la observación y registro de lo detectado en un formulario de una página (como se mostraba en el apartado dedicado al Check de Cirugía Segura).

Check de ingreso a Qx: que roles son mas resistentes a su uso?

15 respuestas

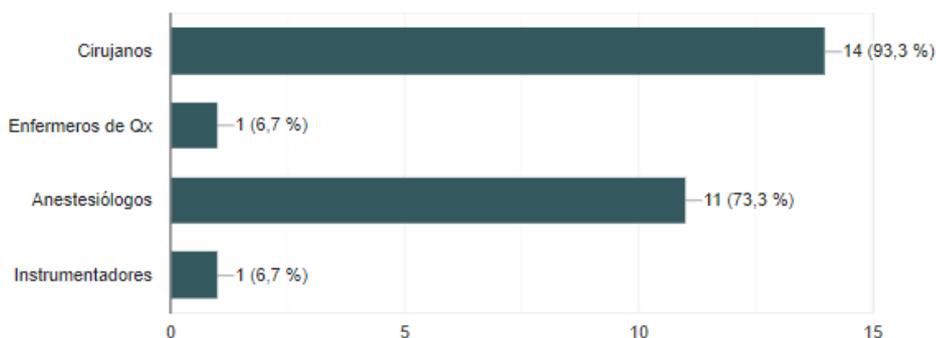


Ilustración 37- Diagrama de barras, roles mas resistentes al uso del Check

De los 15 encuestados que respondieron a esta pregunta mencionaron a los Cirujanos en primer lugar con un 93,3% de las veces, como resistentes al uso del Check de ingreso a Quirófanos, y en segundo lugar a los Anestesiólogos con el 73%. Lejos están los roles de Enfermería e Instrumentadores, y esto se debe, señalado por uno de los Médicos entrevistados, a que el ultimo rol es usualmente el responsable por realizar las preguntas y completar los formularios que los Cirujanos y Anestesiólogos abalan con su firma. Lo cual habla de una asignación de responsabilidad y por ende liderazgo en el uso de la herramienta apoyado sobre los Instrumentadores. Los 5 entrevistados que no respondieron a esta pregunta indicaron que no identificaban un rol específico como resistente.

4.8.5 4to Apartado: Lavado de Manos



Ilustración 38- Diagrama de torta, utilidad del lavado de manos

Frente a la pregunta de si considera útil el lavado de manos, todos los encuestados respondieron que sí. Lo cual explica lo valorada que es esta medida de prevención de infecciones.

Lavado de Manos: según su experiencia existen dificultades para implantar esta practica como es debido en los momentos que es debido?

20 respuestas

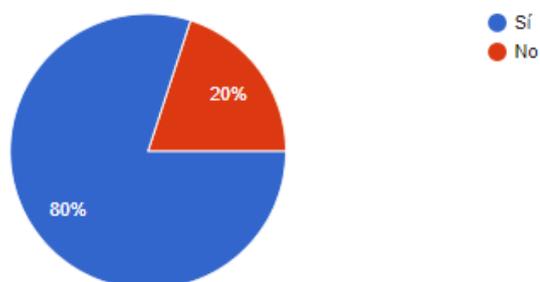


Ilustración 39- Diagrama de torta, dificultad de aplicación del lavado de manos

Al preguntar sobre la dificultad de aplicación de esta buena práctica, el 80% respondió que si existen dificultades, las cuales se encuentran asociadas a las siguientes respuestas:

“Para hacerlo correctamente es necesario contar con dispensadores de alcohol en toda la institución. Y muchas veces no existe la voluntad de hacerlo...”, “A veces no es fácil en la atención tener a mano con que limpiar las manos”, “No siempre se tiene cerca un lavatorio, o en la velocidad de atención es posible pasar por alto un punto de lavado”

Con estas respuestas se pone de relieve la falta de inversión en la infraestructura para poder adoptar esta tan importante práctica.

“Los médicos consideran que la recomendación es para los demás, no para ellos.”, “Porque el personal muchas veces cree que no es tan grave no higienizarse las manos”, “No se le da la importancia que corresponde, entonces se saltean momentos de higienización” “Se subestima el poder que tiene”

Como con las herramientas anteriores, existe una falta de concientización sobre el valor que tienen las mismas sobre la seguridad del paciente.

“Gracias al COVID-19 esto ha mejorado enormemente”, “El Covid-19 ha permitido corregir estas fallas”, “Muchos ignoran su importancia, pero creo que la Pandemia va a dejarnos esto como enseñanza”, “Muchos profesionales no lo hacen correctamente, aunque la pandemia afortunadamente puso esto en evidencia”

La infección global por COVID-19 ha forzado a la aplicación de esta práctica, evidenciando lo crucial y a la vez sencillo que es aplicar esta herramienta de prevención.

“No hay supervisión sobre la práctica. Cultura. Imposibilidad de supervisar todo. Sistemas de control poco fiables”, “La falta de constancia. Se lavan las manos, pero no las veces que corresponde”

La supervisión para apuntalar la adopción de buenas prácticas parece fallar a pesar de los esfuerzos por migrar hacia una cultura de salud más segura. Pero acentúa aún más la problemática, cuando la cultura organizacional es esquivada a los controles y opera de manera informal en este sentido también.

“Respetar los momentos”, “No se respetan las recomendaciones de momentos y la técnica para hacerlo”, “No siempre se respeta, aunque con el Covid pareciera que esto está mejorando”, “No se hace con la frecuencia y momentos que se debe”

Nuevamente la supervisión está identificándose como débil en estas afirmaciones, pero a su vez denota la ausencia de procesos e instructivos escritos que los profesionales puedan consultar para saber en qué momentos se aplica cada recomendación, frecuencias, etc.

Lavado de Manos: considera costoso aplicar esta practica?

19 respuestas

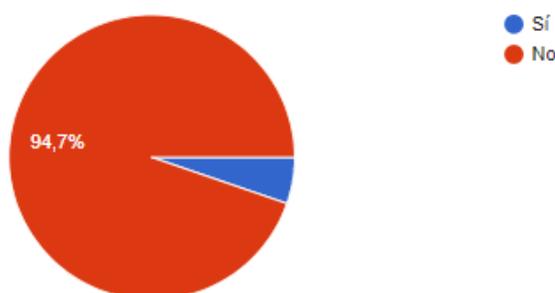


Ilustración 40- Diagrama de torta, costo de la aplicación del lavado de manos

Al preguntarle a los entrevistados si consideran costoso el aplicar el lavado de manos el 94,7% respondió que no.

Cuando fueron preguntados sobre los roles más resistentes a aplicar el lavado de manos, de los 18 entrevistados que respondieron a esta pregunta señalaron a los Médicos en el 94,4% de las veces, seguidos por los Interconsultores en el 61,1% de las veces y los Enfermeros en un 61,1%. Los 2 entrevistados que no respondieron a esta pregunta indicaron que no identificaban un rol específico como resistente.

Lavado de Manos: según su experiencia que roles considera mas resistentes a su aplicación?

18 respuestas

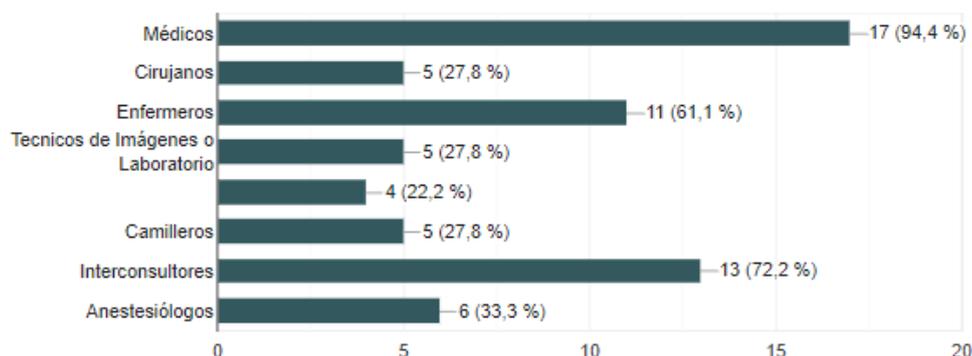


Ilustración 41- Diagrama de barras, roles mas resistentes al lavado de manos

4.8.6 Conclusiones de la Encuesta

Analizando en conjunto las respuestas obtenidas, se concluye que las 3 buenas prácticas o herramientas para la seguridad del paciente en análisis, Pulsera de Identificación de Paciente, Check de Ingresos a Quirófanos o de Cirugía Segura y el Lavado de Manos, son percibidas altamente útiles para aumentar la seguridad del paciente durante su internación. De la misma forma son consideradas de bajo costo, lo cual habla de una relación costo-beneficio muy favorecedora para la institución y para el paciente.

Aun así a la hora de ponerlas en práctica la mayoría respondió que existían dificultades para hacerlo, indicando que, en el caso puntual de la Pulsera de Identificación, no es utilizada cuando y como corresponde, o simplemente es ignorada por los actores en el proceso de atención. Posiblemente esté demostrando la

necesidad de educar al personal de salud, de forma insistente para interiorizar esta herramienta de seguridad del paciente. Y de la misma forma es necesario educar al paciente y su familia sobre los grandes beneficios que trae contar con la pulsera de identificación, dado que no existe atención de salud exitosa sin la colaboración consciente del paciente y su familia.

Algunos de los profesionales entrevistados hablaron de que la carga de tareas lleva a veces a “confiarse” y saltar controles para no retrasarse en la atención.

En este aspecto es importante atender a las dotaciones de profesionales de la salud con las que instituciones cuentan. Si, por ejemplo, el número de enfermeros asignados a un sector es menor en razón a lo que la OMS recomienda, seguramente por cada enfermero habrá más pacientes para atender, de los que puede atender, al menos con los niveles de calidad que se espera que brinde. Así mismo la frecuencia de los turnos de trabajo y descanso, que cuando tienen mucha intensidad del primero y poco del segundo incrementar el agotamiento, propiciando así el “*salteo*” de puntos de seguridad del paciente.

En relación a esta temática específica, participé de la presentación realizada por la Mg. Patricia D´Aste (ex presidente de SADAM y Presidente de ProSanitas BSC) el 3 de septiembre de 2020 quien expuso (vía Conferencia virtual) los resultados de la encuesta "COMO VIVEN LOS RRHH DE LA SALUD LA PANDEMIA DE COVID" que aplicó a nivel nacional sobre los recursos humanos de la salud frente a la pandemia. Entre las conclusiones más interesantes evidenciaba el alto porcentaje del personal que acusaba agotamiento (un 37%), el cual se veía fuertemente incrementado en los últimos 2 meses. Así mismo se conjugaba con que la población que está haciendo los mayores esfuerzos frente al Covid, en las áreas de atención de la salud, son profesionales de mayor edad y antigüedad de las instituciones (más de 16 años, un 38%), lo cual habla de personas con larga carrera, y que además ser población de mayor riesgo, son más sensibles al agotamiento (D´Aste, P., 2020). Esta exposición dejó como reflexión que si el personal de salud se encuentra agotado y sobrepasado en sus tareas, seguramente empezará abandonar controles y puntos de control durante la atención, no por querer hacerlo, sino porque la atención y precisión decaen enormemente con el cansancio, lo que pone en gran peligro la seguridad del paciente.

Respecto al Check de Ingreso a Quirófanos o de Cirugía Segura se hizo notar que el mismo puede ser percibido como una molestia, un “*papeleo más*”, y que el

liderazgo para su registro recae en los Instrumentadores Quirúrgicos, quienes suelen tener problemas para ejercer autoridad sobre los Cirujanos y Anestesiólogos.

Al profundizar sobre la percepción de dificultades respecto de la implantación del Lavado de Manos se mencionaron varios aspectos vinculados a la falta infraestructura para respetar las recomendaciones de la OMS correctamente. Es decir, existe el compromiso para con dichas recomendaciones por parte de la conducción de la organización y esta espera que se adopten dichas prácticas pero no las facilita (no invierte en la infraestructura necesaria) y menos aún realiza el seguimiento necesario para sostenerlo en el tiempo.

La Pandemia por el COVID-19 puso de relieve esta problemática, y según las afirmaciones de los entrevistados ayudó en gran medida a apuntalar esta herramienta de seguridad, no solo para el paciente, sino que para el cuidado del mismo profesional y la comunidad toda.

Fue mencionado en repetidas ocasiones para las 3 herramientas que el ignorar aspectos de seguridad es un rasgo "Cultural". Esto podría ser evidencia de debilidad en el liderazgo y la conducción de las áreas de atención. Es necesario reforzar las capacitaciones vinculadas a seguridad del paciente y fomentar la concientización y compromiso. Así mismo la investigación interna, y exposición de resultados sobre los efectos de no aplicar estas buenas prácticas pueden ayudar.

También fue señalado respecto de las 3 herramientas analizadas que se aplican parcialmente, o no en todos los momentos que corresponde, o de la forma que corresponde. Cuando no hay procesos o instructivos pensados para la utilización en la práctica, y en adición no hay supervisión sobre su implantación, suceden estas alternancias en la utilización de controles o medidas de seguridad. La falta de procesos diseñados en pos de la seguridad del paciente y el liderazgo en la implementación, mella no solo la adhesión a las buenas prácticas sino que no permiten el crecimiento institucional y el cambio cultural que se requiere hacia una organización segura para el paciente y económicamente eficiente.

Respecto a la resistencia en la utilización de la pulsera de identificación de paciente la mayoría de los entrevistados ha señalado a los Médicos en primer lugar y a

continuación Enfermeros y Cirujanos. Analizando la resistencia frente al Check de Ingreso a Quirófanos, los entrevistados que respondieron identificaron en los primeros lugares a los Cirujanos y Anestesiólogos. Y en el caso del lavado de manos fueron los más mencionados Médicos, Interconsultores y Enfermeros.

Cabe recordar que el grupo profesional más entrevistado es el grupo Médico, el cual a su vez es el mismo grupo más mencionado como resistente frente a la utilización de las 3 herramientas para la Seguridad del Paciente, lo cual demuestra cómo es reconocida incluso por los mismos protagonistas la problemática en análisis. Los Enfermeros también fueron identificados como resistentes, pero en menor medida, y dicho por algunos Médicos entrevistados “el Enfermero suele aplicar mejor las medidas de seguridad”.

5- Análisis y Discusión

5.1 Hallazgos Clave

Existen aspectos que comienzan a ser resonantes a medida que se ahonda en la temática. Todos saben o dicen saber, de una manera u otra, de qué se trata Seguridad del Paciente, pero pocos se comprometen realmente con ella. El mejor ejemplo, el cual es tal vez el más llamativo, es que los organismos de gobierno de la Salud en Argentina atienden la temática muy etéreamente. La seguridad del paciente no parece exigible para a las instituciones de salud que supervisa. Dejando a voluntad el adoptar buenas practicas o no.

Esto, como cascada, se vuelca en muchas formas de hacer en las instituciones de salud de la red (tanto públicas como privadas), que se ocupan por cumplir y evidenciar lo que se les exige, y si queda tiempo atienden temas que son de elección como la seguridad del paciente.

Es por esto que las instituciones que si adoptan por propia voluntad estas prácticas, toman una relevancia muy notoria en la elección tanto de los pacientes como de los profesionales que se deciden a trabajar con ellos, porque el contraste es muy marcado.

Cabe destacar, como se evidencia a largo del trabajo, que las acciones para mejorar la seguridad del paciente son especialmente sencillas de implantar y medir, de costo reducido y basado principalmente en la conducta y disciplina de los actores que hacen a las organizaciones de salud. Es decir, está sustentando en la definición de procesos, su aplicación y auditoría de cumplimiento. Dicho esto es donde cobra enorme importancia la percepción de los roles de salud encuestados. Ellos mismos señalaron que el factor Cultural es el más complejo de desarticular para obtener una mejora real hacia la seguridad del paciente.

5.2 Respuesta a los Objetivos

Objetivos	Instrumentación de los mismos
Objetivo General	
<p>Estudiar la problemática vinculada a la Seguridad del Paciente en las instituciones privadas prestadoras de salud de CABA y Conurbano Bonaerense, algunos de los condicionantes de la misma, que percepción existe sobre la dificultad de aplicación y como esto impacta de manera general en el gasto en salud.</p>	<p>Se dio cumplimiento a este eje central a través de la instrumentación de los objetivos específicos detallados a continuación.</p>
Objetivos Específicos	
<p>1. Conocer las particularidades de la problemática y conceptos asociados, dado que para comprender la importancia del tema es crucial conocer previamente estos conceptos basales sobre la Seguridad del Paciente.</p>	<p>Se indagó sobre el concepto de Seguridad del Paciente, algunas de las causas, evidencias y datos tanto a nivel internacional, regional como nacional. Tomando para ello la referencia de expertos en la materia, publicaciones de organizaciones mundialmente reconocidas, ponencias en congresos, etc. Se buscó componer una base conceptual de la problemática y los aspectos vinculados a estos para poder ahondar en la misma a lo largo del trabajo. Alineado a esta profundización, se identificaron las buenas prácticas más recomendadas a nivel internacional para garantizar la Seguridad del Paciente. De las 6 metas propuestas por la OMS, a las cuales se les asocian buenas prácticas para alcanzarlas, se individualizaron 3. Las seleccionadas fueron la Identificación del Paciente, Lavado de Manos y Check de Cirugía Segura. Sobre ellas se investigó y presentó la información relevada, para tener una comprensión más específica de cada una de ellas, y a partir de dicha comprensión avanzar hacia el alcance de los siguientes objetivos.</p>

<p>2. Entender sus causas, ya que al poner de relieve qué está generando espacios de no calidad en la Seguridad del Paciente, brinda la oportunidad de mejora.</p>	<p>Una vez comprendidas las particularidades de cada una de las metas de seguridad del paciente y su buena práctica asociada, se indagó sobre las condiciones que dejan espacio o propician la ocurrencia de errores y eventos de la no calidad, entendiendo las consecuencias que pudieran tener si dichos errores acontecieran. Para ello se identificaron y clasificaron los riesgos surgidos en el relevamiento.</p>
<p>3. Estudiar mecanismos para monitorearla. Una vez detectadas las causas es necesario medir las variables vinculadas para conocer el estado de situación y la evolución hacia la mejora deseada.</p>	<p>Se identificaron acciones e indicadores de seguimiento para cada una de las Buenas Prácticas. Cada indicador se asoció a su fórmula y mecanismos de seguimiento siempre que fue posible determinarlos. Así mismo se identificaron los procesos a los que están vinculadas cada una de las prácticas para dimensionar la importancia de configurar los procesos institucionales incluyendo las buenas prácticas para la seguridad del paciente.</p>
<p>4. Conocer la percepción de los roles prestadores de salud sobre la dificultad de aplicación de las prácticas recomendadas, y su costo.</p>	<p>Para conocer la percepción de los roles de la salud sobre la dificultad de aplicación de las buenas prácticas mencionadas, se diseñó una encuesta, la cual fue aplicada a modo de entrevista. La población objetivo fue entrevistada con base en la encuesta diseñada, y tuvo como resultado un nutrido compendio de respuestas que terminaron de completar la indagación sobre las buenas prácticas estudiadas.</p>
<p>5. Entender de manera general como impacta los eventos de no calidad en la economía de la empresa prestadora de salud.</p>	<p>Se investigó sobre las evidencias de impactos económicos asociados a la ocurrencia de eventos de la no calidad y los ahorros obtenidos al decidir trabajar bajo las recomendaciones de seguridad del paciente.</p>

Tabla 10- Cumplimiento de Objetivos

6- Conclusiones

Seguridad del paciente no está en la agenda del Gobierno Nacional, ni siquiera del Ministerio de Salud, lo cual envía un fuerte mensaje sobre la importancia que se le da a la materia en nuestro país.

Solo para poner en contraste, Colombia cuenta con política Nacional del Paciente que vela por la seguridad del mismo y su bien estar durante todo el proceso de atención. En Argentina el Ministerio de Salud (el cual pasó a ser en 2019 una Secretaria de Salud y en 2020 vuelta a convertir en Ministerio) ni siquiera exige que las organizaciones de salud se certifiquen en calidad y seguridad del paciente, ni que sean recertificadas periódicamente.

Si la autoridad mayor en salud no reglamenta al respecto, sigue quedando a voluntad la adopción de buenas prácticas, demorando mucho más la reconversión hacia un sistema de salud basado en la calidad, seguridad en la atención, y los ahorros en la materia que estos generan.

En el mundo, los financiadores de salud están adoptando un nuevo mecanismo el “Value Basic Health Care” que consiste en la valoración de las prestaciones de salud, basado en el resultado que tuvo para el paciente. Esto busca dejar de pagar solo por el costo que tiene la práctica, sino que valorizarlo a través del resultado en el paciente. Dicho mecanismo premiará las acciones que demuestren protección al paciente, y penalizará aquellas que no lo hayan hecho.

Con los resultados obtenidos a lo largo de la presente investigación se pone de relieve la urgencia por instrumentar mecanismos de control de parte del Ministerio de Salud Nacional para las instituciones prestadoras de salud. El organismo de control máximo a nivel nacional debería exigir a dichas organizaciones adoptar las prácticas de Seguridad del Paciente como aspecto basal de la atención de salud, condición sin la cual no debería ser posible funcionar.

Por la resistencia a la adopción de las practicas como evidencia el trabajo de campo, en un principio sería recibido como una exigencia más a cumplimentar, pero con el tiempo demostraría un claro ahorro no solo para los prestadores de salud privados,

sino que también en los hospitales públicos, centros de atención primaria, etc, y así lograr un ahorro que contribuiría a liberar recursos económicos para ser aplicados en campañas prevención o acciones de gestión que permitan mejorar la calidad de vida de la población en Argentina.

Sin temor a equivocarme, basado en mi experiencia laboral (10 años en el mundo de la Salud), y contemplando la palabra de los referentes encuestados, los expertos estudiados y citados a lo largo del presente trabajo, el gran obstáculo es Cultural, centrado en la resistencia de los profesionales de la salud, y en especial los Médicos a adoptar estas prácticas en primer lugar, y en segundo pero más lejos en las estadísticas, los Enfermeros, reconocido por los mismos Médicos y los profesionales de la Salud que componen los equipos de atención. Creo que aquí el factor educacional desde la misma universidad y las campañas de concientización tanto privadas (dentro de la institución) como públicas para la comunidad de salud toda (respaldado por el mismo Ministerio de Salud) son claves para cambiar el paradigma global que se presenta.

Concluyo finalmente luego de este trabajo de investigación que los Médicos y los Enfermeros siendo los roles más valiosos en la atención de salud, pueden errar como cualquier humano, no porque así lo desean, sino porque no son acompañados de manera integral para dejar de hacerlo. Por lo cual debemos desde la gestión, planificada estratégicamente, poner a disposición de estos todas las herramientas para que puedan prestar un servicio de salud seguro tanto para el paciente como para ellos mismos, y concientizarlos en la importancia que estas prácticas tienen. Pero no solo esto, determinar procesos en todos los niveles, supervisar estrechamente la correcta ejecución de los puntos de control del proceso, medir el resultado de los mismos a través de indicadores, exponer internamente las fallas a modo educativo y acompañarlos en el aprendizaje para evitar que se vuelvan a repetir dichos errores, es el camino más efectivo para lograr el cambio cultural centrado en la atención de Salud Segura y eficiente.

Bibliografía y Sitio web de referencia

Asch, S. (Abril de 2005). *www.slideplayer.com*. Obtenido de <https://slideplayer.com/slide/4706968>

BBC. (Junio de 2012). *www.bbc.com*. Obtenido de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/06/120531_asia_rfdi_tecnologia_cch

Blog Calidad en Enfermería. (Noviembre de 2013). *www.calidadenfermeria.blogspot.com*. Obtenido de <http://calidadenfermeria.blogspot.com/2013/11/brazaletes-termicos-suaves-y-seguros.html>

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. (7 de Nov de 2019). *www.cdc.gov*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/preventinfections/patients.htm>

CIDCAM. (7 de Marzo de 2016). *CIDCAM*. Obtenido de <https://cidcam.org/los-eventos-adversos-en-la-atencion-de-la-salud/>

Cotterell, M. (22 de Febrero de 2019). *The Pharmaceutical Journal*. Obtenido de <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/infographics/medication-errors-where-do-they-happen/20206204.article>

D'Aste, P. (30 de Agosto de 2018). Seguridad del Paciente una Deuda con la Comunidad. *7mo Congreso SADAM: Seguridad del Paciente una Deuda con la Comunidad*. CABA, Buenos Aires, Argentina.

D'Aste, P. (agosto de 2020). *ProSanitas BSC*. Obtenido de https://www.prosanitas.com.ar/articulo_a_las_puertas_de_una_crisis.html

Diario Perfil. (6 de Agosto de 2019). La clínica de Berazategui acusada por mala praxis ya sumó 11 denuncias. *Diario Perfil*.

Dorna, Mariela Barani y Videla, Sofía. (septiembre de 2019). *ACCIONES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES*. Obtenido de www.argentina.gov.ar: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/acciones-seguridad-pacientes.pdf>

DW. (21 de 01 de 2014). *www.DW.com*. Obtenido de <https://www.dw.com/es/alemania-errores-m%C3%A9dicos-matan-a-19000-personas-al-a%C3%B1o/a-17378755>

El Economista.es. (Marzo de 2015). www.ecodiario.eleconomista.es. Obtenido de <https://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/6595028/03/15/Indemnizadas-dos-mujeres-por-el-olvido-de-unas-pinzas-y-una-gasa-al-ser-operadas.html>

ENEAS. (2005). Estudio Eventos Adversos.

EuroBarometer. (2009). www.ec.europa.eu. Obtenido de <https://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/796>

Herrero, R. (Agosto de 2018). Cumplimiento del Consentimiento Informado. *Congreso SADAM*.

Herrero, R. (30 de Agosto de 2018). 7mo Congreso de Auditores y Gerentes de Salud: Seguridad del Paciente una deuda con la Comunidad. CABA, Buenos Aires, Argentina.

Hospital Infantil de México, Federico Gómez. (2011). *GUIA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA*. Obtenido de <http://himfg.com.mx/>: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/Guias/GP_INFE_HERIDA_QUIRxRGICA.pdf

Hospital Universitario Austral. (s.f.). www.hospitalaustral.edu.ar. Obtenido de <http://www.hospitalaustral.edu.ar/institucional/calidad/seguridad-del-paciente>

Infobae. (06 de Jun de 2020). www.infobae.com. Obtenido de <https://www.infobae.com/sociedad/2020/06/07/clausuraron-en-vicente-lopez-el-sanatorio-mariano-pelliza-cuyo-dueno-esta-detenido-por-propagacion-dolosa-del-virus/>

Instituto de Medicina de los EEUU. (1999). *To Err is Human*.

Uribe, Javier. (30 de Agosto de 2018). Los objetivos de la Seguridad del Paciente y el cumplimiento de las metas internacionales en los Servicios de Salud. *7mo Congreso de Auditores y Gerentes de Salud: Seguridad del Paciente una deuda con la Comunidad*. CABA, Buenos Aires, Argentina.

Junta de Andalucía. (4 de Diciembre de 2008). www.sspa.juntadeandalucia.es. Obtenido de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=3041&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1919&cHash=39284c66625a027b64d2470688d7301e

La Nacion. (14 de septiembre de 2017). *www.lanacion.com.ar*. Obtenido de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/error-medico-el-121-de-los-pacientes-sufre-algun-tipo-de-complicacion-nid2062744/>

Liderazgo para el Cambio. (Noviembre de 2018). *www.liderazgoparaelcambio.com*. Obtenido de <https://liderazgoparaelcambio.com/tag/modelo-queso-suizo/>

MedicalExpo. (2020). *www.medicaexpo.es*. Obtenido de <https://www.medicaexpo.es/prod/rimos/product-69848-437677.html>

Ministerio de Salud de Colombia. (2010). *Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”*. Obtenido de www.MINSALUD.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ocho TV, C. N. (2013). Seguridad del Paciente.

OMS. (Octubre de 2010). *www.who.in*. Obtenido de <https://www.who.int/es>

OMS. (2013). *www.who.int*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/

OMS. (2016). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es>

OMS. (29 de Marzo de 2017). La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años. Ginebra.

Participatory Medicine. (10 de Julio de 2011). Obtenido de www.participatorymedicine.com: <https://participatorymedicine.org/epatients/2011/07/healthcare-associated-infections-whats-an-infographic-got-to-do-with-it.html>

ProSanitas. (2019). Mapa de Procesos.

Román, V. (13 de septiembre de 2011). <https://www.intramed.net>. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=72679>

Scielo. (Septiembre de 2011). *www.scielo.org.mx*. Obtenido de : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300005.

The BMJ. (3 de Mayo de 2016). *The BMJ*. Obtenido de <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>

TN. (Mayo de 2012). *www.tn.com.ar*. Obtenido de https://tn.com.ar/sociedad/los-medicos-argentinos-se-lavan-poco-las-manos-afirma-un-estudio_95044/

Universidad Miguel Hernandez y Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*.

VIHDA. (Diciembre de 2006). *www.vihda.gov.ar*. Obtenido de www.vihda.gov.ar

Anexos

Anexo I: Siglas por Países de Europa

Estados miembros

Los nombres de los Estados miembros de la Unión Europea deben escribirse y abreviarse de manera uniforme, de acuerdo con las siguientes normas:

Se utilizarán los códigos ISO de dos letras ([código ISO 3166 alfa-2](#)), salvo para Grecia y el Reino Unido, que conservan los códigos EL y UK, respectivamente;

El orden protocolario corresponde al orden alfabético de los nombres geográficos en su grafía original (véase también el [punto 7.1.2: «Orden de enumeración de los Estados»](#)).

Denominación usual en la(s) lengua(s) original(es) (nombre geográfico) ⁽¹⁾	Denominación oficial en la(s) lengua(s) original(es) (nombre protocolario)	Denominación usual en español (nombre geográfico)	Denominación oficial en español (nombre protocolario)	Código del país ⁽²⁾	Antiguo código ⁽²⁾
Belgique/België	Royaume de Belgique/ Koninkrijk België	Bélgica	Reino de Bélgica	BE	B
България ⁽³⁾	Република България	Bulgaria	República de Bulgaria	BG	—
Česká republika	Česká republika	Chequia	República Checa	CZ	—
Danmark	Kongeriget Danmark	Dinamarca	Reino de Dinamarca	DK	DK
Deutschland	Bundesrepublik Deutschland	Alemania	República Federal de Alemania	DE	D
Eesti	Eesti Vabariik	Estonia	República de Estonia	EE	—
Éire/Ireland	Éire/Ireland	Irlanda	Irlanda	IE	IRL
Ελλάδα ⁽³⁾	Ελληνική Δημοκρατία	Grecia	República Helénica	EL	EL
España	Reino de España	España	Reino de España	ES	E
France	République française	Francia	República Francesa	FR	F
Hrvatska	Republika Hrvatska	Croacia	República de Croacia	HR	—

Italia	Repubblica italiana	Italia	República Italiana	IT	I
Κύπρος (ῥ)	Κυπριακή Δημοκρατία	Chipre	República de Chipre	CY	—
Latvija	Latvijas Republika	Letonia	República de Letonia	LV	—
Lietuva	Lietuvos Respublika	Lituania	República de Lituania	LT	—
Luxembourg	Grand-Duché de Luxembourg	Luxemburgo	Gran Ducado de Luxemburgo	LU	L
Magyarország	Magyarország	Hungría	Hungría	HU	—
Malta	Repubblika ta' Malta	Malta	República de Malta	MT	—
Nederland	Koninkrijk der Nederlanden	Países Bajos	Reino de los Países Bajos	NL	NL
Österreich	Republik Österreich	Austria	República de Austria	AT	A
Polska	Rzeczpospolita Polska	Polonia	República de Polonia	PL	—
Portugal	República Portuguesa	Portugal	República Portuguesa	PT	P
România	România	Rumanía	Rumanía	RO	—
Slovenija	Republika Slovenija	Eslovenia	República de Eslovenia	SI	—
Slovensko	Slovenská republika	Eslovaquia	República Eslovaca	SK	—
Suomi/Finland	Suomen tasavalta/ Republiken Finland	Finlandia	República de Finlandia	FI	FIN
Sverige	Konungariket Sverige	Suecia	Reino de Suecia	SE	S
United Kingdom	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	Reino Unido	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	UK	UK
(ῥ) Transcripción latina: България = Bulgaria; Ελλάδα = Elláda; Κύπρος = Kýpros. (ῑ) La denominación usual en la lengua o en las lenguas originales sirve para fijar el orden protocolario y es también la que se utiliza en los documentos multilingües (véase					

el punto 7.1.2).

(²)

Código que debe utilizarse: el código ISO, salvo para Grecia y el Reino Unido, que conservan EL y UK, respectivamente (a título de información, sus respectivos códigos ISO son: GR y GB). Los antiguos códigos de los Estados miembros se utilizaron hasta finales del año 2002 (a título de información, estos procedían generalmente del código internacional de sus automóviles).

N. B.:

No debe utilizarse la forma «República de Irlanda». Aunque se puede ver esta denominación en determinados documentos, no tiene carácter oficial.

Debe utilizarse la denominación «Países Bajos» y no «Holanda» (dos provincias: Holanda del Norte y Holanda del Sur), que constituye, por tanto, una parte de los Países Bajos.

Debe utilizarse la denominación «Reino Unido» para el Estado miembro, y no «Gran Bretaña» (constituida por Inglaterra, Escocia y Gales), ya que el Reino Unido incluye asimismo, además de estas tres entidades, Irlanda del Norte.

La denominación puramente geográfica de «Islas Británicas» abarca, además, a Irlanda y las dependencias de la Corona (Isla de Man e Islas Anglonormandas), que no forman parte del Reino Unido.

Fuente: <http://publications.europa.eu/code/es/es-370100.htm>

Anexo II: Resumen de los Resultados de las Entrevistas

Apartado 1		Apartado 2			
Cual es el rol que desempeña en la Formación o organización? Título	Pulsera de identificación: según su experiencia la considera útil?	Pulsera de identificación: según su experiencia existen dificultades para aplicar su uso?	Si su respuesta anterior fue si, cual considera que es la dificultad?	Pulsera de identificación: considera costoso aplicarla?	Pulsera de identificación: Que roles según su experiencia considera mas resistentes a su uso?
Jefe de Area Médica Instrumentador	Sí	Sí	Porque parte del personal sigue sin leer las pulseras	No	Médicos, Enfermeros, Camilleros, Interconsultores, Camareros del servicio de Alimentación

Jefe de Área Médica	Médico Master Calidad	y en	Sí	Sí	Que no cruzan la info de la pulsera con la practica a realizar	No	Médicos, Cirujanos, Anestesiólogos
Jefe de Área Médica	Medicina, Terapia Intensiva		Sí	Sí	por desconocimiento	No	Médicos, Camilleros, Interconsultores, Cirujanos, Anestesiólogos
Gerente de Área Administrativa	Licenciado en Administración		Sí	Sí	Cultura, adoptar el habito en el proceso de atencion	No	Médicos, Interconsultores, Cirujanos, Anestesiólogos
Instrumentador	Instrumentador quirúrgico		Sí	Sí	Existen profesionales que no la leen	No	Médicos, Cirujanos

Médico	Medicina-Cirujano General	Tal vez	Sí	No siempre es posible leerla, especialmente en el fragor de la atención medica	No	Médicos, Cirujanos, Anestesiólogos
Enfermero	Licenciado en Enfermería	Sí	Sí	Algunos profesionales o licenciados no las checkean cuando es debido	No	Médicos, Enfermeros, Cirujanos
Gerente de Área Administrativa	Magister en de Sistemas de Salud y Seguridad Social	Sí	No		No	Médicos
Médico	Responsable UTI	Sí	Sí	A veces por la agilidad en la atención o la confianza en que ya sabemos quien es el paciente, no la miramos	No	Médicos, Enfermeros, Cirujanos, Anestesiólogos
Supervisor de Área Administrativa	Lic. en Asistencia Social	Sí	No		Sí	Médicos, Cirujanos

Enfermero	Lic. Enfermería en	Sí	Sí	Existen colegas enfermeros y médicos que la ignoran, se guían por otros elementos	No	Médicos, Enfermeros, Camilleros, Interconsultores, Cirujanos
Enfermero	Enfermera	Sí	Sí	Todavía hay profesionales que no atienden a esta. Incluso los pacientes y familiares no comprenden la importancia	Sí	Médicos, Enfermeros, Camilleros, Interconsultores, Camareros del servicio de Alimentación
Enfermero	Enfermería	Sí	No		No	Médicos, Enfermeros, Interconsultores, Cirujanos, Anestesiólogos
Enfermero	Lic. Enfermería en	Sí	No		No	Médicos, Enfermeros, Camareros del servicio de Alimentación
Médico	Medicina Clínica Médica	Sí	Sí	Muchos colegas se resisten a tomarse el momento para checkearla	No	Médicos, Enfermeros, Interconsultores
Médico	Pediatría	Sí	No		No	

Médico	Medicina- Clínica Medica	Sí	No		No	
Supervisor de Area Médica	Medico- Auditor	Sí	Sí	se confían en que saben quien es el paciente	No	Médicos, Enfermeros, Interconsultores
Médico	Medico Especialista en Infectología	Sí	Sí	no la utilizan cuando es debido	No	Enfermeros, Cirujanos, Anestesiólogos
Médico	Medico Cardiologo	Sí	Sí	no se le da la importancia correspondiente	No	Médicos, Enfermeros, Camillos, Interconsultores, Cirujanos, Anestesiólogos

Apartado 3

Apartado 4

<p>Check de Ingreso a su Qx: según su experiencia lo considera útil?</p> <p>Check de Ingreso a su Qx: según su experiencia existen dificultades para aplicar su uso?</p> <p>Si su respuesta anterior fue si, considera que es la dificultad?</p> <p>Check de ingreso a Qx: considera que roles son mas resistentes a aplicarlo?</p>	<p>Lavado de Manos: según su experiencia existen dificultades para implantar esta práctica como es debido en los momentos que es debido?</p> <p>Lavado de Manos: según su experiencia, considera útil el lavado de manos?</p> <p>Lavado de Manos: considera costoso aplicar esta practica?</p> <p>Lavado de Manos: según su experiencia que roles considera mas resistentes a su aplicación?</p>
<p>Sí</p> <p>Sí</p> <p>Porque los profesionales no le dan la importancia que merece</p> <p>No</p> <p>Cirujanos, Anestesiólogos</p>	<p>Sí</p> <p>Sí</p> <p>Porque el personal muchas veces cree que no es tan grave no higienizarse las manos</p> <p>No</p> <p>Médicos, Tecnicos de Imágenes o Laboratorio, Camareros del Servicio de Alimentacion, Camilleros</p>
<p>Sí</p> <p>Sí</p> <p>porque no adhieren a la pausa quirúrgica previa a la cirugía (2da pausa)</p> <p>No</p> <p>Cirujanos, Anestesiólogos</p>	<p>Sí</p> <p>Sí</p> <p>respetar los momentos</p> <p>No</p> <p>Médicos, Cirujanos, Enfermeros, Tecnicos de Imágenes o Laboratorio, Camareros del Servicio de Alimentacion, Camilleros, Interconsultores, Anestesiólogos</p>

Sí	Sí	adherencia de parte de los cirujanos y anestesistas, y bajo esta consigna los demas equipos lo dejan de lado	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	adherencia de los medicos	No	Médicos, Cirujanos, Interconsultores, Anestesiólogos
Sí	Sí	Cultura, procesos que no contemplan las alternativas en que debe usarse, no quiere hacerse la pausa quirúrgica	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	No hay supervisión sobre la practica. Cultura. Imposibilidad de supervisar todo. Sistemas de control poco fiables	No	Médicos, Camareros del Servicio de Alimentacion, Camilleros, Interconsultores
Sí	Sí	A veces no se le da la importancia que corresponde, quedan campos sin llenar, y en algunas instituciones ni siquiera se utiliza	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	no se le da la importancia que corresponde, entonces se saltean momentos de higienización	No	Médicos, Interconsultores, Anestesiólogos
Tal vez	Sí	A veces parece ser un papeleo mas. La HC y el protocolo quirúrgico son suficiente información sobre las intervenciones y atenciones	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	No siempre se tiene cerca una lavatorio, o en la velocidad de atención es posible pasar por alto un punto de lavado	No	Médicos, Enfermeros, Interconsultores, Anestesiólogos

Sí	Sí	La constancia. Utilizarlos siempre y correctamente	No	Cirujanos	Sí	No	la falta de constancia, se lavan las manos, pero no las veces que corresponde	No	Médicos, Enfermeros, Tecnicos de Imágenes o Laboratorio, Interconsultores
Sí	Sí	Los enfermeros no quieren quedar expuestos por errores en la preparación previa al ingreso al block quirurgico	No	Enfermeros de Qx, Instrumentadores	Sí	Sí	Los médicos consideran que la recomendación es para los demas , no para ellos. Los médicos son los mas resistentes.	No	Médicos
Sí	No		No	Cirujanos	Sí	Sí	a veces no es facil en la atencion tener a mano con que limpiar las manos	No	Médicos, Camilleros, Interconsultores
Sí	Sí	cuesta la adhesión inicial al mismo	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	se subestima el poder que tiene		Médicos, Cirujanos, Enfermeros, Interconsultores, Anestesiólogos
Sí	Sí	Es dificil que se aplique siempre. Depende el profesional, y la urgencia también	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	Para hacerlo correctamente es necesario contar con dispensadores de alcohol en toda la institucion. Y muchas veces no existe la voluntad de hacerlo así	Sí	Médicos, Enfermeros
Sí	No		No		Sí	Sí	No se hace con la frecuencia y momentos que se debe	No	Médicos, Cirujanos, Enfermeros, Interconsultores

Sí	No	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	No		No	Médicos, Enfermeros, Técnicos de Imágenes o Laboratorio, Interconsultores	
Sí	No	No	Cirujanos	Sí	Sí	No adopción de la practica	No	Interconsultores	
Sí	No	No		Sí	No	gracias al COVID-19 esto ha mejorado enormemente	No		
Sí	Sí	a veces para el instrumentador es una lucha lograr que le brinden la información los profesionales	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	Muchos profesionales no lo hacen correctamente, aunque la pandemia afortunadamente puso esto en evidencia	No	Médicos, Enfermeros
Sí	No	No		Sí	Sí	Muchos ignoran su importancia, pero creo que la Pandemia va a dejaros esto como enseñanza	No	Médicos, Enfermeros, Interconsultores	
Sí	No	No		Sí	No	El Covid-19 ha permitido corregir estas fallas	No		
Sí	No	No		Sí	Sí	No se respetan las recomendaciones de momentos y la técnica para hacerlo	No	Médicos, Enfermeros	

Sí	Sí	Por momentos puede ser una molestia	No	Cirujanos, Anestesiólogos	Sí	Sí	No siempre se respeta, aunque con el Covid pareciera que esto esta mejorando	No	Médicos, Cirujanos, Enfermeros, Tecnicos de Imágenes o Laboratorio, Camareros del Servicio de Alimentacion, Camilleros, Interconsultores, Anestesiólogos