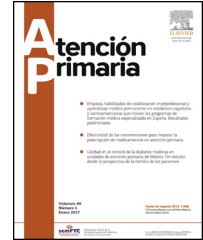




Atención Primaria

www.elsevier.es/ap


EDITORIAL

Pasado, presente y futuro de la seguridad del paciente en Atención Primaria



The past, present and future of patient safety in primary care

Han pasado más de 10 años de la publicación del primer monográfico de seguridad del paciente en Atención Primaria (AP) por parte del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (GdTSPsemFYC)¹. Aunque muchas cosas han cambiado, los elementos y requisitos básicos para la mejora de la seguridad del paciente siguen siendo los mismos.

Para crear equipos de AP con una consolidada cultura de seguridad del paciente debemos empezar desde la base. Incluir esta materia en los planes de formación pre y postgrado es vital para continuar avanzando y lograr que los profesionales incorporen la seguridad del paciente en su práctica diaria. No menos importante y necesario es formar a los directivos y gestores de las organizaciones sanitarias, cuya implicación facilitará que la seguridad del paciente no suponga un trabajo añadido para los profesionales, sino formas más seguras de hacer su trabajo.

Sigue siendo necesario para fomentar esta cultura de seguridad del paciente en AP², promover la notificación de incidentes, analizarlos con un enfoque al sistema, identificando las debilidades de este como origen de los fallos y errores que se producen durante la asistencia, y superar la cultura de la culpa para centrarnos en lo verdaderamente importante: aprender de lo ocurrido e incorporar medidas de mejora para que no vuelva a suceder. Es preciso combinar el análisis reactivo de los incidentes con las técnicas y herramientas de análisis proactivo de los riesgos, para actuar antes de que los eventos adversos tengan lugar.

Para favorecer esta forma de trabajo, se requieren cambios en la regulación jurídica para que los profesionales se sientan también seguros y libres de temores para notificar y analizar los incidentes de seguridad del paciente, de forma global y homogénea en todo el Sistema Nacional de Salud³.

Los eventos adversos continúan siendo una de las causas de morbilidad más importantes tanto en AP como hospitalaria; la mayoría son evitables, y cuanto más graves, más evitables⁴. Aunque los daños que ocurren en AP son menos

evidentes y graves que los ocurridos en los hospitales, dada la frecuentación y el volumen de pacientes que se atienden en AP, no se debe minusvalorar el daño global atribuible al primer nivel asistencial. Entre el 20 y el 25% de la población general ha sufrido daños por la atención recibida en AP en los países desarrollados y en los países en desarrollo, respectivamente. Los fallos que producen más daños son los relacionados con el proceso diagnóstico, con la prescripción y el uso de medicamentos. En gran parte, estos incidentes de seguridad del paciente (ISP) son debidos a los riesgos inherentes al trabajo en AP, con un alto grado de incertidumbre, a la complejidad del sistema sanitario y a los problemas de coordinación entre profesionales y niveles asistenciales⁵.

AP es el nivel asistencial más próximo y accesible, donde se establece el primer contacto con el sistema sanitario y se presta una atención continuada, a lo largo de toda la vida de la persona, de manera longitudinal e integral^{6,7}. Es también el nivel asistencial más eficiente. Con menos del 15% del gasto sanitario público, AP atiende y resuelve más del 80% de los problemas de salud de la población^{8,9}. A pesar de su solidez, la AP está sometida a una serie de factores y condicionantes externos que la hacen especialmente vulnerable, comprometen su alto nivel de capacidad resolutoria y afectan tanto a la calidad y la seguridad de la asistencia, como a la salud de los profesionales. Nos referimos al progresivo aumento de la presión asistencial y a la acuciante falta de financiación y de recursos^{10,11}.

El adecuado funcionamiento de AP garantiza un sistema sanitario de mayor calidad y más seguro, y más eficiente. Al tratarse de un nivel muy accesible, su colapso conlleva que los pacientes acudan a otros niveles asistenciales –y un uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios, ineficientes y con más riesgos–, o que se demore la asistencia –lo que conlleva retrasos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento–, con el consiguiente aumento del gasto, y de los riesgos, en el abordaje de las complicaciones de la atención tardía. Por otra parte, y debido al efecto de los

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102221>

0212-6567/© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

cuidados inversos¹², el deterioro del primer nivel asistencial afecta más a las personas más vulnerables y que más lo necesitan. Invertir en estrategias que refuercen y afiancen la AP debe ser una prioridad política por sus beneficios para el conjunto de la población y por su efecto protector de los colectivos más vulnerables. Desde la aparición del informe «*To Err is Human*»¹³, un hito en la atención por la seguridad del paciente a nivel mundial, la mayor parte de los estudios e iniciativas sobre el tema se han focalizado en la atención hospitalaria, por el impacto económico y la gravedad de los eventos adversos que en ella se dan¹⁴. Aun así, la AP ha sabido leer las propuestas y adaptar las estrategias para gestionar los riesgos y garantizar una atención más segura. A nivel del Sistema Nacional de Salud español, en el sitio web del Ministerio de Sanidad pueden consultarse las iniciativas más destacadas sobre seguridad del paciente: proyectos, líneas de actuación, guías, estrategias, iniciativas de formación y prácticas seguras¹⁵. En relación con AP, el blog Sano y Salvo del GdTSPsemFYC se ha convertido en un referente a nivel nacional e internacional¹⁶.

Sin embargo, estas guías y recomendaciones nacionales e internacionales para mejorar la seguridad del paciente en AP no son viables ni efectivas, si no van acompañadas de una adecuada inversión en estructuras y recursos.

El empobrecimiento progresivo de AP ya estaba causando importantes problemas antes de la pandemia. El aumento de la carga de trabajo, en parte debido al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, pero también por la burocratización de las consultas y la sobrecarga derivada de las ineficiencias del sistema, unido a la escasez de personal y a las deficiencias organizativas –como la falta de despliegue del marco estratégico para la AP¹⁷–, motivaron que los centros de salud de todo el país estuvieran al límite de su capacidad¹⁸.

La pandemia ha agudizado las debilidades y deficiencias preexistentes y ha añadido otras nuevas. De un día para otro, AP ha tenido que adaptarse a la nueva situación modificando la gestión de la demanda, su organización y la forma de prestar la asistencia. El triaje telefónico, la implantación de un doble circuito asistencial, la preeminencia de la atención no presencial y la incorporación de nuevos roles y funciones –labores de rastreo, identificación de casos y estudio de contacto–, han permitido que el 90% de la población afectada por la COVID-19 haya sido atendida en AP^{19,20}. A cambio, se han producido limitaciones en la accesibilidad, problemas y riesgos asociados a la atención no presencial, retrasos en el diagnóstico y tratamiento de patologías no COVID-19, suspensión de actividades programadas, así como numerosas bajas entre profesionales por contagios y enfermedad por COVID-19 y por agotamiento y estrés laboral. Inicialmente los profesionales de primera línea no contaron con los equipos de protección adecuados, ni con pautas de actuación y coordinación de los equipos directivos ni de los responsables de salud pública. Esta situación se dio en todo el mundo, pero en España de manera muy particular. Los sanitarios españoles fueron calificados por el *New York Times* como «kamikazes de la sanidad», por la forma en que tuvieron que hacer frente a la pandemia²¹. La seguridad de los profesionales es condición indispensable para la del paciente, tal y como remarcó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el lema del Día Mundial para la Segu-

ridad del Paciente 2020: «Profesionales sanitarios seguros, pacientes seguros»²². Las condiciones laborales inseguras, la escasez de recursos humanos y materiales para hacer frente una demanda inusitada, la falta de conocimiento de la enfermedad o la falta de evidencia científica de la efectividad de los tratamientos, entre otros factores²³, han comprometido la seguridad del paciente y han propiciado la aparición de eventos adversos de creciente gravedad, como se ha detectado en las notificaciones realizadas durante la pandemia. En algunos casos, los profesionales se han convertido en segundas víctimas como consecuencia de las limitaciones de la atención que han podido prestarles. Todo ello, junto con la invisibilidad de la enorme labor realizada en AP y las noticias falsas o erróneas divulgadas en los medios y en las redes sociales, han contribuido al desgaste profesional, minando la salud física y mental de los profesionales²⁴. La escasa presencia de AP, tanto en los medios como en las estadísticas oficiales y las declaraciones de las autoridades, ha propiciado una percepción equivocada de que en los centros de salud no se estaba atendiendo presencialmente a los pacientes, creencia reforzada por los cierres de centros de salud en algunas comunidades autónomas²⁵.

A lo largo de este monográfico analizamos los factores que han comprometido la seguridad del paciente durante la pandemia y los principales cambios adoptados y oportunidades emergidas para hacer frente a las nuevas necesidades desde la perspectiva de la seguridad del paciente.

Se han hecho muchas propuestas sobre cómo gestionar las emergencias sanitarias a nivel global, pero en todas ellas la participación de AP resulta crucial. El panel de científicos independientes que asesora a la OMS sobre la resiliencia de los sistemas de salud en la gestión de la pandemia señala un conjunto de actuaciones beneficiosas que se han aplicado en 28 países²⁶. Entre ellas destaca que el refuerzo de la AP es crucial para gestionar los riesgos para la salud de la población en situaciones de pandemia, como ha quedado demostrado en los países con menor tasa de mortalidad por COVID-19²⁷. Fundamentada en principios generales globales, la asistencia sanitaria requiere, sin embargo, soluciones locales. No hay directrices a nivel europeo ni mundial con estos niveles de definición sobre cómo desplegar la asistencia sanitaria en general, y menos todavía AP, y particularmente en España, donde la AP está organizada de una forma muy diferente a muchos otros países de nuestro entorno. Han existido multitud de recomendaciones de organismos, sociedades científicas y personas expertas en la materia^{28,29}, resaltando la necesidad de reforzar la AP, incorporar a los profesionales sanitarios en la gestión de la pandemia de la COVID-19 y tomar decisiones con base en «la mejor evidencia científica disponible», desligada por completo de intereses y conflictos políticos, para ofrecer una respuesta coordinada, equitativa y basada exclusivamente en criterios científicos claros, comunes y transparentes. Existen también numerosos estudios que aportan soluciones extraídas de las lecciones aprendidas de epidemias pasadas, que pueden aplicarse a la pandemia de la COVID-19³⁰.

Entre los objetivos de este monográfico están identificar los riesgos relacionados con la pandemia y con los cambios que ha traído en la manera de atender a los pacientes en AP, bosquejar las medidas a tomar para analizar y reducir los riesgos asociados a la situación actual, y buscar opor-

tunidades de mejora que garanticen una atención segura, ahora y en el futuro, con base en las lecciones aprendidas.

Debemos ser conscientes de que el trabajo en seguridad del paciente es una carrera de fondo. Siempre será necesario adaptar los estándares de calidad y seguridad a las nuevas situaciones que vayan surgiendo y a sus variaciones. Es crucial aprender a tomar decisiones con base en una adecuada valoración de los riesgos y aplicar las medidas de forma acorde, tanto en el sentido de aumentarlas cuando el riesgo se eleva como de disminuirlas cuando se aminora. Por ejemplo, mezclar pacientes con COVID-19 y no COVID-19 tiene sus riesgos en una pandemia provocada por un virus que muta continuamente.

Es necesario prestar especial atención a las poblaciones más vulnerables, en las que la pandemia ha tenido un mayor impacto, como la población institucionalizada en residencias de ancianos y en centros sociosanitarios.

Otros grandes retos promovidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS^{31,32} son el garantizar la cobertura sanitaria universal a través de una AP de salud segura y la necesaria cobertura vacunal a nivel mundial.

Recientemente, la 74 Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030³³, que constituye el marco estratégico común para avanzar en seguridad del paciente a nivel mundial, cuyos elementos y posibilidades de aplicación a la AP analizamos y presentamos al final de este número.

Rindiendo homenaje y recordando a todos los que han fallecido como consecuencia de la pandemia, confiamos en que este monográfico ayude a los profesionales a poner en marcha estrategias para mejorar la seguridad del paciente y la suya propia en sus centros de salud.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido a su elaboración, autoras y revisoras, por su labor de recopilación de experiencias y publicaciones que aportan una visión amplia, a la vez que actual y precisa, de la seguridad del paciente en AP.

No podemos terminar sin realizar una mención especial a Fernando Palacio Lapuente, fundador y coordinador del GdTsemFYC, a quien tenemos siempre presente en nuestros proyectos y actividades. Su recuerdo y su ausencia se intensifican en momentos como este. A él queremos dedicarle, de forma muy especial, junto con todos nuestros lectores y seguidores, este nuevo monográfico.

Bibliografía

1. Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Barcelona: RCE AP.; 2003-2011 [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/57210>
2. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández JA. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? Eur J Public Health. 2015;25:781-7, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv066>.
3. Romeo CM, Urruela A, Peiró E, Alava F, Gens M, Iriarte I, et al. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? [What regulations have launched autonomous communities to going forward on patient safety culture in healthcare organizations?]. J Healthc Qual Res. 2019;34:258-65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.006>.
4. Comunicación FIDISP. Fundación por la investigación, docencia e innovación en seguridad del paciente. Los eventos adversos en España: un repaso a los principales estudios. FIDISP Blog [Internet]. 21 de noviembre de 2017 [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: <https://fidisp.org/eventos-adversos-estudios/>.
5. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2019 [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
7. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70:e600-11, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp20X712289>.
8. Ministerio de Sanidad. Estadística del Gasto Sanitario Público [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.
9. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>.
10. Casado V. La atención primaria, la gran olvidada de la sanidad pública [Cadena SER]. Madrid. 2020. Disponible en: https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy_por_hoy/1589187247.114292.html.
11. Minué Lorenzo S, Bravo Toledo R, Simó Miñana J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19 [Internet]. AMF. 2020;16:384-93 [consultado 28 Ago 2021]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717.
12. Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971;297:405-12.
13. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
14. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Goema DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008;17:216-23, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>.
15. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Web de Seguridad del Paciente [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es>.
16. Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/>.
17. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761.
18. Amnistía Internacional España. El derecho a la salud y la atención primaria en España [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/decada-perdida-sanidad/>.
19. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). La semFYC cuantifica en cerca de un millón los afectados por cuadro clínico COVID-19 en España, con más de 900.000 leves y sin test atendidos en Atención Primaria [Internet]. Barcelona: Congresos y Ediciones semFYC; 2020 [consultado 8 May 2021]. Disponible en: <https://www.semefyc.es/la-semfyc-cuantifica-en-cerca-de-un-millon-los-afectados-por-cuadro-clinico-covid-19-en-espana->

- con-mas-de-900-000-leves-y-sin-test-atendidos-en-atencion-primaria/.
20. Tranche S, Martín R, Párraga I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2021;14:85–92 [consultado 17 Ago 2021]. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/articulo/el-reto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-para-la-atencion-primaria/>.
 21. The New York Times [Internet]. 'Health Care Kamikazes': How Spain's Workers Are Battling Coronavirus, Unprotected [consultado 11Ago 2021]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/video/world/europe/100000007051789/coronavirus-ppe-shortage-health-care-workers.html>.
 22. Organización Mundial de la Salud. Campaña del Día Mundial de Seguridad del Paciente 2020 [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020>.
 23. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Mula A, Martín J, Pérez MV, et al. Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain. *BMJ Open*. 2020;10:e042555, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042555>.
 24. Koppmann A, Cantillano V, Alessandri C. Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2021;32:75–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>.
 25. Lázaro A. Centros de salud cerrados: «La atención telefónica es insuficiente». Estos espacios se clausuraron por el Covid-19 y muchos de ellos todavía no han abierto, según denuncian los pacientes. *Redacción Médica*. 30 de junio 2020 [Internet] [consultado 11 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/centros-de-salud-cerrados-la-atencion-telefonica-es-insuficiente-2575>.
 26. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med*. 2021;27:964–80, <http://dx.doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.
 27. Goodyear F, Kinder K, Mannie C, Strydom S, Bazemore A, Philips RL. Relationship between the perceived strength of countries' primary care system and COVID-19 mortality: an international survey study. *BJGP Open*. 2020;4, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen20X101129>, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen20X101129>.
 28. Molero JM, Arranz J, Gutiérrez MI. COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? *Aten Primaria*. 2020;52:676–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.10.003>.
 29. Manifiesto de 55 sociedades científicas dirigido a la clase política por la gestión de la COVID-19: «En salud, ustedes mandan, pero no saben» [Internet]. Madrid. 4 de octubre de 2020. [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ef5ATAd>.
 30. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmaa142>, cmaa142.
 31. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage. "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: <http://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>.
 32. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, et al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *Lancet*. 2021;397(10278):1023–34, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00306-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00306-8).
 33. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe del Director General de la OMS sobre la Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 6 de enero de 2021 [consultado 11 Sept 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148.6-sp.pdf.

María Pilar Astier Peña^{a,b,*},

María Luisa Torijano Casalengua^{b,c}, Rosa Añel Rodríguez^{b,d},
Jesús Palacio Lapuente^{b,e} y Carlos Aibar Remón^{b,f}

^a Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Familiar y Comunitaria, CS Universitat, Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Universidad de Zaragoza, GIBA-IIS-Aragón, Aragón, España

^b Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC, Barcelona, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Preventiva y Salud Pública, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Castilla-La Mancha, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Landako, Durango, País Vasco, España

^e Medicina familiar, WONCA World Working Party on Quality and Safety on Family Medicine

^f Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Servicio Aragonés de Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpastier@gmail.com
(M.P. Astier Peña).