

Ciclo de Conferencias “Centenario de la Asociación Médica de Bahía Blanca”

## COVID 19. NUEVOS DESAFÍOS EN LA SEGURIDAD HOSPITALARIA Y DEL PACIENTE.

NEW CHALLENGES IN HOSPITAL AND PATIENT SAFETY



ZULMA ORTÍZ

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud y  
ex Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires  
<https://www.youtube.com/watch?v=XZLmJPOHVX4&t=2s>

**Moderador:** Dr. Daniel Fainstein

Reiniciando el Ciclo de Conferencias “**Centenario de la Asociación Médica de Bahía Blanca**”, tengo el honor de presentar a la **Dra. Zulma Ortíz**. El título de su **Conferencia** será “**Nuevos desafíos en la Seguridad Hospitalaria y del paciente**”.

**Dr. Daniel Fainstein** – La Dra. Zulma Ortíz es egresada de la Universidad Nacional de Cuyo. Su Residencia en Clínica Médica la realizó en el Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero” de Bahía Blanca.

Es Médica Especialista en Reumatología, con una Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Fue Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Es Especialista para la Salud para UNICEF Argentina.

Actualmente se desempeña como Subdirectora Ejecutiva del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina y como Directora de la Maestría de Investigación Transnacional en la Universidad Nacional “Ar-

Correspondencia:  
Dra. Zulma Ortíz  
E-mail: [zulmaortizok@yahoo.com](mailto:zulmaortizok@yahoo.com)

**Recibido:** 17 de marzo de 2021

**Aceptado:** 7 de julio de 2022

turo Jauretche”.

**Dra. Zulma Ortíz** – Muchas gracias Daniel por la invitación a participar en el marco de las Conferencias “Centenario de la Asociación Médica Bahía Blanca”, un lugar donde me formé y tengo muchos amigos. Siempre estoy muy agradecida por todo lo que generosamente me brindaron, como conocimiento. Además, para hablar de un tema que tiene que ver con la Gestión Hospitalaria, en un marco de Pandemia, creo que es relevante y pertinente.

Por lo tanto, espero poder contribuir con alguna de las cuestiones que he querido preparar para este rato que vamos a compartir, planteando estos nuevos desafíos que tienen los hospitales, gracias a la Seguridad en la Atención de los pacientes y en particular de los Equipos de Salud.

Para hablar de estos **Nuevos Desafíos** me pareció que era pertinente comentar algunos **Conceptos Básicos** y sobre todo de los **Viejos Desafíos**, como para tener una línea de partida y ver de qué manera, los sistemas estaban preparados para recibir esta pandemia (Figura 1).

Estos **Conceptos Básicos** los vamos a recorrer de manera rápida, dando la oportunidad a la audiencia para que consulte (Figura 1).

Los **Viejos Desafíos** (Figuras 2-3) es necesario mencionarlos para poder situar estos **Nuevos Desafíos**, como mencioné, en el contexto de una Pandemia. Además, hacia el

final, la idea es intercambiar con ustedes algunas propuestas, algunas “soluciones” como se llama justamente en la jerga de la “**Seguridad del Paciente**”.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Los cuatro aspectos que se presentan como básicos, por lo menos para entender los **Nuevos Desafíos** en la gestión hospitalaria a propósito de la Pandemia, están vinculados con entender muy bien qué es un “**Evento Adverso**”, cuando

estamos en el marco de la **Seguridad del Paciente** y de la calidad de atención.

Nosotros hablamos de “**Evento Adverso**” cuando se produce un daño, una injuria, una lesión, que están relacio-

nadas o que se pueden asociar a los procesos de atención, que obviamente en su gran mayoría, están vinculados con errores, pero que tienen la particularidad de que esos “**Errores**”, son no intencionales.

Cuando se uno recorre la bibliografía relacionada, hay muchísimas clasificaciones para entender los “**Errores**”, que pueden ser de ejecución, de planeación, intencionales o inintencionales.

La idea es que quede bien claro que cuando hablamos de “**Seguridad del Paciente**”, hablamos de “**Errores no intencionales**”, que generalmente están vinculados a un daño, a una injuria, a una lesión por un incidente.

Es decir, ocurren por una circunstancia que se provoca en ese paciente de una manera no esperada, no provocada intencionalmente. Como ejemplo, pueden ser re-internaciones, caídas, errores o dificultades en el manejo de la medicación, identificación de un paciente.

Ahí, hacemos un salto a propósito de los “**Errores**” y luego de los “**Eventos Adversos**” más frecuentes, surgen las recomendaciones que de alguna manera la Organización Mundial de la Salud, instala y lidera.

En el contexto de Argentina tenemos que agregarle a este concepto de “**Evento Adverso**”, de error en medicina, también el marco regulatorio que comienza particularmente con el rol del paciente, su figura, su participación, en el proceso de toma de decisiones, allá por el 2009 con la Ley 26.529 y su modificatoria que aparece en el 2012, la ley 26.742.

En concreto, en estos momentos de Pandemia, en este contexto nosotros vamos a encontrar, probablemente, la misma cantidad o más de “**Eventos Adversos**”, algo que debería estudiarse. En general, se sabe que hay un 10% de estos **Eventos Adversos** que ocurren en la gestión y la asistencia clínica, en particular hospitalaria, porque se deben a procesos que se dan durante la internación.

Es decir que cada 10 prácticas que hacemos, la probabilidad de error aumenta cuando se tratan de cien, de mil o de millones de prácticas y eso da una resultante acorde o aproximado de un 10% de “**Eventos Adversos**”.

Si tenemos claro estos conceptos básicos, entonces podemos entender que este proceso de instalación de la agenda de la seguridad del paciente, ha tenido diferentes desafíos en los distintos momentos de la historia, tanto en Argentina como en el mundo.

Después del informe del Instituto de Medicina, allá por 1999, en Argentina en el año 2000, desde la Academia Nacional de Medicina, se toma la decisión de instalar la agenda, de la temática de la “**Seguridad del Paciente**”, de la mano del Académico Dr. Alberto Agrest, que comienza a hablar del “**Error en medicina**”, para que luego propositivamente se

transforme en la “**Seguridad en la Atención de los Pacientes**”.

En ese momento, empezamos a trabajar, con instituciones hospitalarias de alto nivel de complejidad, como por ejemplo, el Hospital Garrahan, el Hospital de Niños de Córdoba, el Hospital Notti y el Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza.

Siendo honesta y compartiendo también con cierto agradecimiento, el primero de nuestros hospitales fue justamente el **Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca**, que nos permitió empezar a conversar y enfocar esta problemática durante los procesos de atención.

En ese momento, pretendíamos hacer nuestra propia experiencia y a partir de la “**Evidencia Científica**” que se fue generando, buscábamos impulsar políticas, planes y programas de la mano del Ministerio de Salud de la Nación, en aquel momento, obviamente desde el ámbito de la Academia Nacional de Medicina.

Años después, surge dentro de la Organización Mundial de la Salud la iniciativa de la “**Seguridad del Paciente**” que, como comenté, termina en algunas recomendaciones que se transforman en metas vinculadas a los “**Eventos Adversos**” más frecuentes, que se listan como los 10 eventos, luego se agrupan, más allá del número y más allá de cuáles son.

La importancia de tener a un Organismo de las Naciones Unidas, vinculado a la “**Seguridad del Paciente**”, permitió que a nivel global este tema se diferencie un poco de la **Calidad de Atención**” por las particularidades que tiene, pero que fundamentalmente, le dio voz a los pacientes.

Mientras que en la Organización Mundial de la Salud este tema se organizaba para instalarse como Agenda, y de alguna manera, se posibilitaba conocer cómo era el mecanismo, cómo funcionaba Naciones Unidas, para que los gobiernos pudieran tomar esta agenda.

En EE.UU., Susan Sheridan, una mujer que perdió a su esposo y tuvo complicaciones a propósito de un episodio de hiperbilirrubinemia con su hijo, tomó la iniciativa y movilizó a una serie de organizaciones y de personas que terminó en el Senado de EE.UU. promoviendo leyes y generando este espacio que fue fundamentalmente un espacio para darle la voz a los pacientes.

Es decir, siendo muy sintética, en estos 14 años, hubo muchas personas, muchas instituciones, involucradas en instalar la “**Agenda de la Seguridad del Paciente**”.

Hoy estamos hablando de este tema justamente por la importancia y la relevancia que connota y también porque es un problema prioritario, dentro de los “**Sistemas de Atención**”, y en particular, dentro de algunos servicios que tienen cuidados críticos o cuidados intensivos, que hoy a propósito de la Pandemia, están en el ojo del huracán más que en la cresta de la ola.

Entonces, estos desafíos se fueron dando y han logrado

sostenerse. Posteriormente, se movieron en la elección de crear “Comités de Seguridad”, es decir de promover (más allá de instalar la agenda en cada institución), la creación de un espacio, un grupo o al menos un profesional, interesado en estos aspectos.

El objetivo de estos “Comités de Seguridad” fue favorecer las transformaciones en la **Cultura de la Organización**, que permitieran que todo este instrumental, este bagaje de conocimiento, se instale también rápidamente en los “Procesos de Atención”.

Estos **Comités de Seguridad**, promovieron fundamentalmente la participación, tanto de los proveedores como de los usuarios de los servicios, y así vimos, a propósito de esta iniciativa que comenzó en la Academia Nacional de Medicina, cómo se fueron constituyendo estos Comités de Seguridad en los distintos niveles, Jurisdiccionales, Provincias, Municipios y también institucionales, Hospitales, Clínicas, Consultorios.

Siempre con el espíritu de entender la importancia, no solamente de los procesos de mejora de la calidad, sino de la participación de las personas, en general los pacientes y sus familias, que pudieran contribuir también ellos, en estos procesos de mejora y en evitar la ocurrencia de los “Eventos Adversos”.

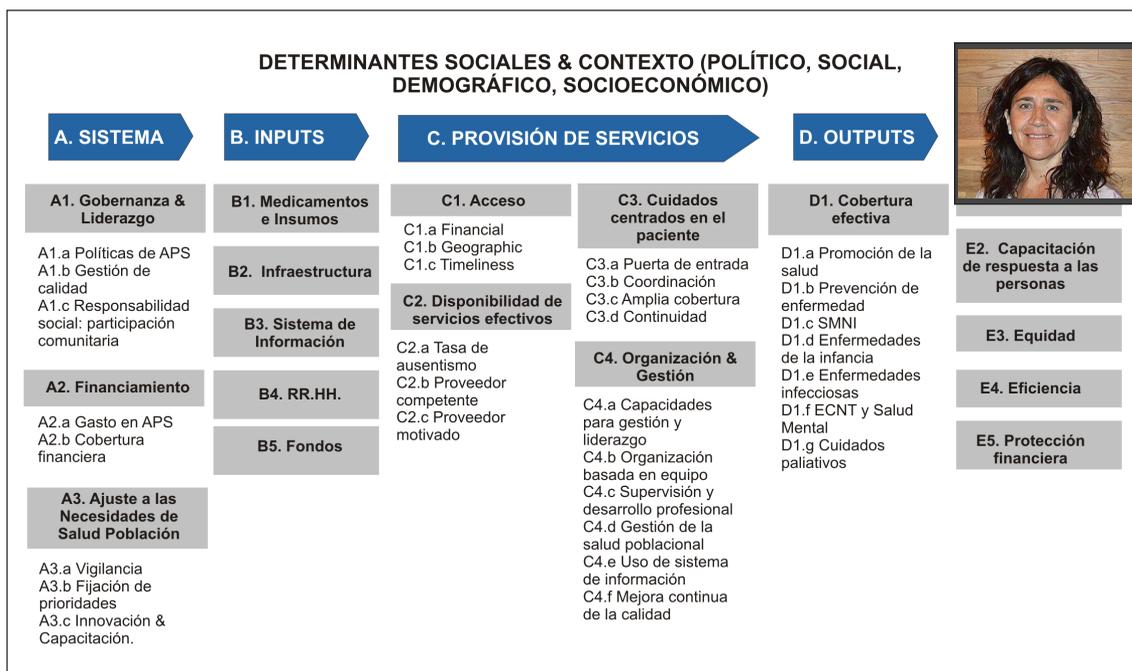
Así como fuimos haciendo saltos desde las distintas

instituciones y logramos, entre otras cosas, que existiera “Evidencia Científica” para promover una suerte de Manual con las recomendaciones para implementar un “Programa de Seguridad del Paciente”, una guía de Guías.

Es importante destacar que cuando hicimos esta experiencia en los hospitales, que incluye el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, vimos que había que trabajar en al menos cuatro elementos: **Cultura Organizacional; Sistemas de Información; Recomendaciones para evitar Eventos Adversos** basadas en **Evidencia Científica**.

Más adelante pudimos avanzar en el análisis causa-raíz de esos eventos y hacer una experiencia, ya esta vez de UNICEF, en la transformación de las maternidades en **Maternidades Seguras y Centradas en las familias**. En este proceso participaron más de 100 maternidades, con más de 5 años de transformación.

Por lo tanto, se puede decir que se avanzó muchísimo en estos desafíos; creo que si bien hay mucho para hacer, hoy estamos hablando de la **Seguridad de la Atención de los Pacientes** en tiempos de COVID, porque tenemos elementos que hacen y dan cuenta de la importancia que tiene este tema.



Cuadro 1.

Para poder hablar de los **Nuevos Desafíos**, quisiera que le prestaran atención al Cuadro 1 que intenta exponer también al Servicio de Terapia Intensiva y Clínica Médica de un

hospital, que es el tema que nos convoca en el contexto de un **Sistema de Salud**, que podría considerarse en un Sistema Municipal, Provincial o Nacional. Un sistema en el que van

a operar elementos como la **Gobernancia**, el **Liderazgo**, el **Financiamiento** y, por supuesto, las necesidades de la población, en el que voy a necesitar por lo menos cinco tipos de Insumos para que se puedan proveer los servicios.

Cuando hablo de la **Provisión de Servicios**, voy a tener hacer una caracterización de la misma, en cuanto a la disponibilidad, o no, de Programas de mejora continua de la calidad que incluyen la “**Seguridad del Paciente**”.

En concreto, pretendo que se visualice que uno de los elementos que hacen a la Organización y Gestión en los Hospitales está vinculado con la mejora continua y la calidad de la **Seguridad en la Atención de los Pacientes**, que desafortunadamente no está instalado en todos los hospitales del país y que es parte de los **Viejos Desafíos** que arrastramos; aunque como mencioné anteriormente, en muchos hospitales ha crecido la calidad de la **Seguridad del Paciente** y se ha llegado a tener más hospitales involucrados.

Esta mejora continua conlleva a que la **Organización y Gestión** dependa de elementos, como señalé antes, como Insumos Básicos que se necesitan para que tanto el Hospital como el Servicio funcionen y están categorizados en **Medicamentos e Insumos**, en la Infraestructura necesaria y suficiente, en los Sistemas de Información, en el Equipo de Salud y en el Presupuesto (Cuadro 1).

Entonces, si yo tuviera la posibilidad de interactuar con ustedes preguntaría cuál de estos elementos que figuran acá como los inputs, los insumos consideran que hoy, en tiempos de pandemia, son los más afectados? ¿Cuál de los elementos está hoy más vinculado a los eventuales **Eventos Adversos** que puedan ocurrir?

**Dr. Daniel Fainstein** – En lo que llamamos Gestión, mencionaría el Líder y gran equipo, desarrollo profesional, serían 3 puntos que interpreto están profundamente dañados en el concepto de la epidemia.

**Dr. Zulma Ortiz** – Bien, totalmente de acuerdo y es lo que vamos a revisar ahora. Si alguien más luego quiere formar parte de esta charla, discusión o debate lo podemos hacer pero definitivamente, lo que has mencionado está particularmente comprometido en estas instancias de pandemia.

**Dr. Daniel Fainstein** – Tengo otras respuestas, el doctor Fabián Giménez me dice el Recurso Humano y el Dr. Marcelo García Diéguez, acota el Capital Humano que se ha cargado la pandemia al hombro, mal pago y es pluriempleo.

**Dr. Zulma Ortiz** – Excelente. Bueno gracias a ambos, porque me dan pie justamente para plantear esta cuestión de los **Equipos de Salud** y llamarlos a la reflexión, de si esto es algo como **Nuevo Desafío** o es un **Viejo Desafío** desatendido, que emerge en circunstancias pandémicas.

Entonces cuando se revisa la literatura, a propósito de la Organización Mundial de la Salud, y del Sistema de Naciones Unidas, como ente que de alguna manera lidera y gobierna, desde el punto de vista técnico, claramente se ve lo que debiera hacerse.

En el año 2016, la Organización en las Naciones Unidas, convoca una **Comisión de Alto Nivel** para que se analice la situación, en particular, del Recurso Humano en y para la Salud, en el ámbito de la Salud, del crecimiento Social, Económico y del empleo.

Esta comisión, llegó a una conclusión pero tiene un informe muy extenso, que lo recomiendo para quienes están en el tema.

En este informe, se plantea categóricamente que se necesita invertir en el Personal Sanitario y realizar un cambio transformador en las políticas de Mercado de Trabajo y la formación de los Equipos de Salud, algo que Daniel traía en relación al desarrollo profesional.

Qué significa esto de realizar un cambio transformador en las políticas de mercado de trabajo? Bueno, creo que a nadie se le escapa la multiplicidad de problemas que enfrenta el trabajador de la salud. Tomemos el ejemplo de la Provincia de Buenos Aires y vayamos a un elemento que lo vamos a repasar un poquito después, que tiene que ver con su salario, la necesidad de regular esa instancia se impone.

Este aspecto adquiere relevancia, especialmente en estos momentos, porque en una misma manzana podemos tener un Servicio que ofrece un Municipio, en tanto Hospital o Clínica Municipal, un Hospital Provincial, un Sanatorio Privado, un Consultorio Privado. Es decir, en la misma manzana hay un índice de remuneración totalmente diferente y esa desigualdad que se genera en un aspecto tan básico, como es el salario, arrastra un montón de otras diferencias que vamos a ir viendo después.

Estas diferencias, no solamente están vinculadas a la política de salarios sino también de incentivos y otras tantas son las que ellos identificaron en este informe y a partir de una revisión que hicimos de los **Modelos Conceptuales** que analizan y factores que intervienen al momento de atraer, captar y retener el personal de salud; nosotros lo hicimos con especificidad dirigida a las redes remotas y rurales aunque en realidad esto aplica a todo trabajador de la salud.

Nos preguntamos ¿qué factores hacen que esa persona se sienta atraída por trabajar en un determinado lugar, se sienta captado o no se quiera ir una vez que fue atraída y que luego se mantenga, se sostenga en ese lugar, hasta tanto le brinde todos los beneficios que él como trabajador o ella como trabajadora, necesitan?



Figura 4.

Entonces esta revisión nos permitió, generar una suerte de modelo, con una finalidad estrictamente pragmática, ejecutiva, no académica, en la que vamos a diferenciar las Políticas y el Sistema de Salud (Figura 4).

Si bien no es lo mismo el Hospital de la Asociación Médica que el Hospital Penna, o que el Hospital Municipal, es necesario que esa política se conforme en un **Sistema de Salud Integrado**, algo que nosotros padecemos y ahí otra vez, donde un viejo desafío, necesitamos un sistema mejor.

La organización de cada una de estas instituciones no

es menor al momento de pensar en la atracción, captación y retención.

Por supuesto, si nosotros queremos un individuo y su familia con percepción de estar sana, motivada, satisfecha y con un buen desempeño, vamos a tener que trabajar en todos estos elementos, con una participación de la comunidad y es un elemento, como mencioné, crucial en la **Seguridad del Paciente**.

La **Seguridad del Paciente**, es la participación que le da al usuario de los servicios, es la voz del paciente, esto es clave al momento de pensar cualquier intervención.

Entonces si uno analiza este modelo, en la medida en que

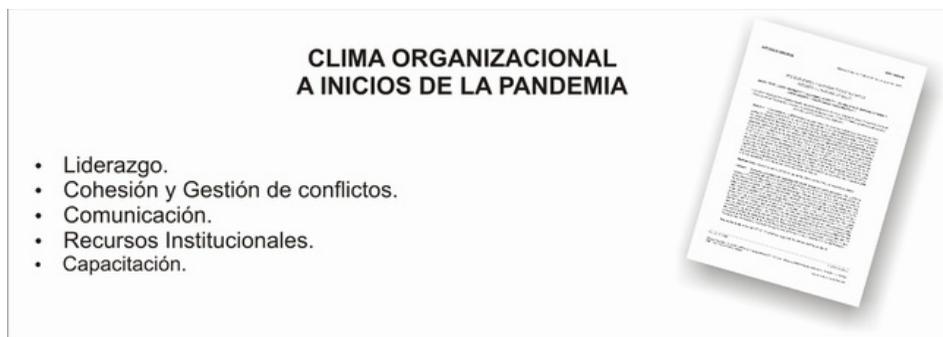


Figura 5.

no tengamos en cuenta, no contemplemos y diferenciamos lo que son las condiciones de empleo, para eso las condiciones de trabajo probablemente vamos a seguir arrastrando desafíos que en tiempos de pandemia claramente se han puesto más en evidencia, aunque yo no hablaría en este caso, de **Nuevos Desafíos**.

Si hacemos una revisión rápida de cuáles son esos factores que contribuyen, veremos que son de varios tipos: **una traza de mecanismos regulatorios; mecanismos de incentivos; mecanismos de servicios obligatorios**; de acuerdo a la política que se genere y como bien dijo Daniel, de **Desarrollo Profesional** o como dijo Marcelo, de **Capital Humano**.

Cuando se trabaja en esas cuatro categorías puede ir modificando las condiciones de empleo, de trabajo, para atraer, captar y retener este personal.

Ahora bien, si volvemos al aspecto que nos convoca, que son estos **Nuevos Desafíos** que nos trae la pandemia, necesariamente, tenemos que incorporar los aspectos culturales que están vinculados con el clima organizacional.

Nosotros hicimos un estudio a inicios de la pandemia, en abril del año pasado, donde 50 miembros del Equipo de Salud, realizamos más de 5.000 encuestas, para evaluar dentro del clima organizacional (a inicios de la pandemia) aspectos vinculados con el liderazgo, la convención y gestión de conflictos, la comunicación, los recursos institucionales disponibles (entre otros la protección del personal) y también la capacitación en temas que para mucho eran inéditos y que necesitábamos manejar desde muy temprano.

Lo que mostró esta investigación desde el sentido común, es una limitación, una debilidad importante en lo que hace al liderazgo, que muchas veces terminan por una falla o fallas en la comunicación, en la dificultad del momento de mantener estos equipos cohesionados, donde la gestión del conflicto se hace muy difícil,

Lamentablemente, se agregó un sistema que no estaba preparado para hacer frente a una crisis, como la que estamos viviendo, a una pandemia de la naturaleza de COVID-19, en donde los equipos de protección personal y también el equipamiento de conocimiento eran clave al momento del inicio de la pandemia y que ahora con las modificaciones que están apareciendo, no solamente por las variantes sino por el conocimiento que se va sumando, hay como una suerte de necesidad de capacitación continua en estos temas.

En este contexto, si identifico desafíos para los hospitales en relación a cómo mantener, cómo sostener, esa captación continua, para equipar permanentemente al personal, ni dudar de lo que tiene que ver con los Recursos Institucionales, que si volvemos a la placa anterior que veíamos los elementos que se necesitan, aparecen Medicamentos e Insumos, como elementos que estamos viendo en muchos casos inclusive, hay faltantes.

Ni hablar de los aspectos relacionados con la compra de

la vacuna, que estarían fuera del ámbito hospitalario, aunque dentro del ámbito hospitalario hemos visto y hay evidencia que muestra en nuestro propio país, las dificultades para la adquisición de algunos medicamentos; tales dificultades están vinculadas con las políticas económicas y nuestra situación macroeconómica, que en algunos casos por tratarse de medicamentos que tienen sus precios o insumos, en dólares, complica en gran medida el **Proceso de Atención**, y con esto la **Seguridad del Paciente**.

Entonces cuando hablamos de recursos institucionales, desde el inicio veíamos dificultades y esas dificultades se han sostenido, aunque han ido cambiando en relación a qué tipo de recursos se necesitan.

Por lo tanto, cuando pensamos en **Nuevos Desafíos**, tenemos que abordar el tema de **Medicamentos e Insumos**, además, tenemos que abordar el tema del **Sistema de Información, de Infraestructura** y de Presupuesto. Además, si estamos pensando en los desafíos para la **Seguridad del Paciente** estos aspectos deberían estar atravesados por lo que significa la preparación para una **Emergencia**, por lo que significa destinar **Recursos Económicos, Financieros y Humanos para la** Gestión de una Pandemia, de una Epidemia o de una particular situación de brote que se pueda dar en un hospital.

Esto significa un **Cambio Cultural**, creo que ese es un gran desafío que tenemos, a lo que se agrega a los viejos desafíos, pero me parece que en el plano cultural nosotros veníamos trabajando mucho el tema de la **comunicación, del liderazgo, de la cohesión en la gestión del conflicto** (Figura 5).

Sin embargo, aparece un elemento que es muchísimo más profundo todavía en las capas de nuestra cultura, que es prepararnos y prever, considerando a la **Previsión** como un elemento dentro de la organización que requiere de conocimiento y de presupuesto para la adquisición de medicamentos. También la **Previsión**, requiere de insumos, de una política, y de una organización que garantice la disponibilidad de estos en momentos como el que estamos viviendo.

El tema **Infraestructura** no lo voy a mencionar, en cualquier caso, si alguien tiene una duda, puedo comentarlo. Una cuestión que vamos a ver un poquito más adelante, es la **Infraestructura**, en tanto la organización del hospital, para todo lo que tiene que ver con la asistencia de aquellas personas que no padecen de COVID-19.

Entonces, volviendo al tema del Equipo de Salud como dijimos un cambio transformador en las políticas del Mercado de Trabajo y la formación de los equipos y un particular énfasis en lo que también se mencionó es esta suerte de burnout, que complica muchísimo.

De todos los elementos que han sido estudiados en la **Seguridad del Paciente** previo a la pandemia, el principal factor vinculado a la aparición de eventos adversos es justamente el



Figura 6

burnout y el takedown. Son conceptos que de alguna manera ponen en una situación muy complicada a los colegas, a los Equipos de Salud, y ahí aparece también la simulación como elemento que mencionaba de preparación para esta situación de emergencia-crisis.

Para ir terminando, cuando pensamos en el hospital con todos estos elementos entre **Nuevos y Viejos desafíos**, debemos señalar que dentro de la reorganización de los servicios es fundamental empezar a mencionar mucho más de lo que veníamos haciendo, la **Gestión de Riesgo** (Figura 6).

De esta forma, tendremos la oportunidad de instalar dentro de la jerga, dentro de la estructura estos “**Comités de Seguridad**”, ya no solamente de **Seguridad del Paciente** y de **Calidad Atención**, sino la **Gestión, Riesgo Clínico, Financiero y Legal**, porque también ya se está viendo en muchos países, esperamos que no, que después del COVID, puede venirse una ola de demandas.

Con respecto a la reorganización y un poco a la infraestructura, estos flujos de circulación de los espacios para Trabajo en Equipo para la particularidad de esta enfermedad debieran ser aireados, que representaría todo un apoyo en las decisiones clínicas, porque constantemente están dando nuevas informaciones, están generando nueva evidencia y es imposible mantener actualizado.

Entonces, un elemento muy importante dentro de la organización se constituyen estos equipos de evaluación de tecnologías o de revisión de la literatura que apoye en estas decisiones.

Por último, seguramente ustedes ya conocen este esquema (Figura 7). Es importante mencionar que desde un punto de vista Epidémico y Epidemiológico, estamos transcurriendo la segunda ola. Esta gráfica es bastante interesante porque nos saca un poco del comportamiento viral y nos lleva a pensar más sistémicamente.

Podemos ver que todavía tenemos que prepararnos más de la perspectiva de la **Seguridad del Paciente** para que las

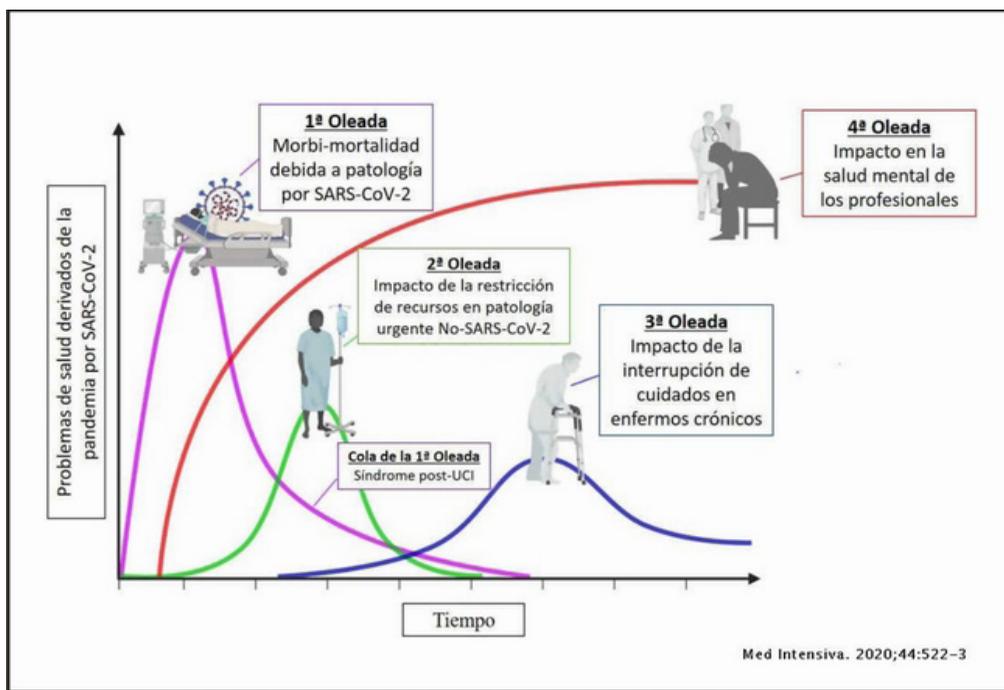


Figura 7.

patologías que no están vinculadas con COVID, para el impacto que va a tener esto en la Salud Mental de los profesionales, en la interrupción de los enfermos con patología crónica, y por supuesto, en todo lo que se considera el síndrome postUCI, que también podemos comentar.

Para terminar, liderazgo, confianza, información, buena comunicación y sobre todo en los hospitales cierta verticalidad en el proceso de toma de decisión, lo cual implica un ajuste y una adecuación de las **Guías de Práctica Clínica**, porque son tiempos para no innovar y para ir a rajatabla, las últimas informaciones que se van dando en virtud de que esto, desde la perspectiva de la **Seguridad del Paciente**, puede culminar en potenciales demandas.

Muchas gracias.

**Dr. Daniel Fainstein** – Zulma, realmente es apasionante todo lo que nos has dicho, son tremendos los desafíos que esta epidemia nos está generando. No tengo ninguna duda que las epidemias lamentablemente como las guerras son elementos catalizadores que van a modificar toda la cultura sobre todo en la atención médica.

Se me ocurre preguntarte relacionado por la infraestructura edilicia, si estaremos a la altura en este momento de plantear los desafíos que tenemos ya impuestos, porque uno ve las distintos hospitales que estaban preparados para seguir trabajando en función de básicamente la atención de pacientes quirúrgicos, hoy la patología COVID es predominantemente clínica, en ese concepto creo que vamos a tener que proyectar nuevas ideas edilicias y no sé si al respecto existe algún estamento burocrático que ha si lo esté pensando en este momento.

**Zulma Ortíz** - La respuesta rápida es: definitivamente hay que pensar, porque cuando uno lee en relación a estas instancias burocráticas como las planteaba la OMS. ¿Cuáles son los diez problemas apremiantes que la OMS está viendo para los próximos 10 años?, Son Epidemias, Enfermedades Infecciosas, o sea que de diez problemas apremiantes son tres los vinculados con estas situaciones de Crisis de Emergencias y de Enfermedades Emergentes.

Ante la pregunta ¿si puede volver a pasar algo como esto?, la respuesta es afirmativa, la probabilidad existe y es alta, entonces hay un antes y un después de esta Pandemia.

También es una oportunidad para repensar, así como en algún momento se repensaron servicios en virtud del enfoque de derechos.

Como ejemplo, se me ocurre ahora una Sala de Parto distinta a la que supimos concebir, con un espacio para pensar al Parto como un evento social, más que como un evento medicalizado y eso implicó agrandar la Sala de Parto, y cambiar inclusive esa lógica.

Lo mismo va a pasar en los hospitales y en las clínicas

donde algo tan básico como la circulación dentro de los hospitales, que en nuestro país no está señalizada. Por lo tanto, empecemos por señalar con un código rojo, por donde se tiene que circular, que aún no está indicado.

Bueno, todo eso pensando inclusive con los detectores para dióxido de carbono y miles de cosas que ha traído en la pandemia.

Aunque no tenemos tiempo de detallar todos los aspectos, que hacen a la **Seguridad del Paciente**, como la infraestructura, se tendrá que ver en qué pensar, diseñar e invertir. Además, coincido con lo que los colegas mencionaron, hoy lo que más apremia son los equipos de salud.

**Dr. Fabián Giménez** – Qué políticas se podrían impulsar en pandemia para obtener más recursos Humanos en especialidades críticas y sin duda, las terapias intensivas están desangradas.

**Dra. Zulma Ortíz** – Totalmente, Fabián lo conoce muy bien, pero sólo para mencionar los cupos en la Provincia de Buenos Aires, en los últimos 10 años, para Terapia Intensiva no se llegaban a cubrir la mitad de estos cupos y la brecha aumentó sustancialmente cada año, con lo cual ahí, en materia de atracción, captación y retención necesitamos poner la cabeza. Generar planes e invertir, sobre todo invertir.

Sólo para dar un ejemplo, en estos momentos, hay hospitales de nuestro país en el que se les había prometido a los equipos ciertos beneficios para hacer frente a la pandemia y se está incumpliendo.

Entonces en esta segunda ola hay una situación que además se complejiza con el sector privado, que hace paro y se complejiza con los residentes que ya se ha extendido un año de residencia y se complejiza con la falta de estos especialistas.

Estamos en una situación súper complicada, por eso creo que no sólo podemos conversar, probablemente si existe la inquietud, de parte de ustedes, podríamos pensar desde la Asociación Médica y desde otros espacios como contribuir para que esto no se termine en un desmadre, que es un poco lo que uno puede avizorar.

**Dr. Daniel Fainstein** - Sin duda ese es el gran desafío que tienen todas las organizaciones médicas, de hecho el Dr. Carlos Deguer está haciendo una acotación que dice, que la toma de decisiones y la verticalidad en situaciones del debate total, es difícil el abordaje y tiene que ver con la construcción del liderazgo. La palabra clave indudablemente es liderazgo y eso que todos estamos planteando como una enorme necesidad, de saber cómo mirar al norte, no te parece Zulma?

**Dra. Zulma Ortíz** - Totalmente, por eso lo señalé, sé que puede resultar inclusive un poquito incómodo para algunos, pero miren desde la perspectiva Epidemiológica, en una situación futurista se necesita de mucho liderazgo, de comunicación,

de información y de transparencia para generar confianza, ese es el círculo virtuoso.

Si todos esos los elementos están no hay verticalidad, en realidad lo que hay es confianza. El problema que nosotros tenemos es otro de los problemas apremiantes que diseña la OMS es la Confianza Pública. Hemos perdido confianza como ciudadanos y luego con actores que nos toca jugar roles dentro de las organizaciones, entonces apelamos a la verticalidad porque no hay confianza, pero que se necesita orden se necesita, porque si no puede ser más complicado salir de esta situación, que ya en sí misma es compleja.

**Dra. Marta Bertin** - Creo que la Gestión de Riesgos en los Hospitales Públicos es una necesidad imperiosa y pregunta si hay alguna iniciativa sistémica activa para esto.

**Dra. Zulma Ortíz** - Si hay una iniciativa sistémica digamos de alto nivel, en el sentido de pensar en el Ministerio de Salud de la Nación acaba de sacar en febrero de este año una Guía, en la que básicamente se plantean todos estos temas que estuvimos viendo, se repasan otros y luego hay experiencias nacionales e internacionales en esta modalidad de *Gestión de Riesgo*. Particularmente, siempre que me ha tocado recomendar destaco al menos tres términos: *Riesgo Clínico*, *Riesgo Legal* y *el Riesgo económico-financiero*, porque sólo pensarlo desde el punto de vista clínico, queda corto.

**Ingeniero Horacio Varela**, de profesión ingeniero que se dedica al trabajo en HOSPITALES DE LA AMBB y con mucha vocación en Sanidad y la acotación que hace es muy sencilla, “la palabra es confianza”.

**Dra. Zulma Ortiz** - Sí totalmente.

**Dr. Daniel Fainstein** - Zulma muy agradecidos por la disposición que has tenido para con nosotros, ha sido un gusto volver a verte.

Dra. Marta Roque. Editora Revista Científica AMBB.

Responsables de la transcripción del Audio: Cecilia Stanziani y Fernando Suarez - Oficina de Prensa AMBB.