

## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad El ejemplo de la medicina

René Amalberti, director de la Foncsi y miembro de la Academia de Tecnologías, nos ofrece una nueva “Tribuna de la Seguridad Industrial”, producto de varios meses de estudio y trabajo, sobre los buenos resultados en materia de seguridad en el ámbito de la medicina... mientras que todos los indicadores tienden a mostrar lo contrario. ¿A qué se debe esta paradoja?

Transitamos tiempos extraños, cuya complejidad nos enfrenta a resultados difíciles de analizar, sobre todo si nos limitamos a utilizar herramientas que fueron desarrolladas en una época anterior, cuando todo era más sencillo. El ámbito de la medicina ofrece un ejemplo notable de múltiples disonancias entre distintos aspectos de un objeto al que denominamos seguridad.

### Objetivamente, todo funciona mejor en lo que respecta al riesgo médico

Si se revisa la mortalidad intrahospitalaria comparada a lo largo de 17 años, entre 1997 y 2013 en el Reino Unido (Aragon, 2018) se comprueba que la mortalidad -incluyendo datos corregidos- ha descendido de manera constante y acusada en el caso de todos los ingresos hospitalarios, ya sean programados o de urgencia. Una parte de esta evolución positiva se atribuye al progreso técnico y otra a las mejoras organizacionales, en particular a la reducción de la duración media del tiempo de hospitalización, que ha sido muy pronunciada en los últimos 10 años y que ha resultado muy positiva para el pronóstico médico y la seguridad de los pacientes -principalmente gracias a la reducción del riesgo de infección- (Han, 2021).

**“La mortalidad ha descendido de manera constante y acusada en el caso de todos los ingresos hospitalarios.”**

Otro meta análisis (Neuman, 2020) que revisa la mortalidad asociada a los efectos adversos de los tratamientos médicos entre 1990 y 2017 es aún más significativo. Muestra un enorme desacople entre la fuerte tendencia al alza de los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) y su gravedad, que no hace más que disminuir.

La tasa de AAM pasó de 309/100.000 pacientes en 1997 a 439/100.000 en 2017 -datos mundiales-, es decir, un 42% más, con una proyección para 2030 de 510/100.000. Sin embargo, a la inversa, la mortalidad asociada a los AAM ha seguido disminuyendo (-0,90% en el periodo) y según las proyecciones podría seguir bajando, e incluso acelerarse fuertemente hacia 2040. Es posible que estos números reflejen el efecto de una mejora en la cultura de notificación de incidentes a lo largo de los años (que hace que el número de eventos notificados aumente), pero este cambio no es suficiente para explicar la disociación observada anteriormente, ya que los accidentes graves también se notificaban muy poco en la medicina de la década de 1990.

Dos meta análisis (Panagiotti, 2019, Connolly, 2021) de la bibliografía sobre el periodo 2000-2019 examinan los cambios en la naturaleza, la gravedad y la frecuencia de los eventos adversos (EA). La tasa de estos eventos se ha reducido a la mitad en 20 años. La prevalencia media actual de los EA es de aproximadamente

DEJE SU COMENTARIO  
sobre esta Tribuna de  
la seguridad industrial en  
[www.foncsi.org](http://www.foncsi.org)

Foncsi

Fundación para una cultura de  
seguridad industrial

[tribunes@foncsi.org](mailto:tribunes@foncsi.org)

## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad

uno de cada 20 pacientes, de los cuales el 12% son potencialmente mortales (en comparación con uno de cada 10 pacientes, de los cuales el 15% eran mortales, en las primeras encuestas nacionales de la década de 2000).

Otro estudio longitudinal sobre el riesgo de mortalidad quirúrgica en EE.UU. entre 2005 y 2014 (Fry, 2020) muestra un descenso del 37% en este periodo en los 20 mejores hospitales estadounidenses, no porque se produjeron menos complicaciones sino porque se desarrolló una mejor capacidad para detectar problemas.

Estos beneficios se advierten en todos los sectores. El número de infecciones intrahospitalarias se redujo significativamente entre 2014 y 2017, al igual que las readmisiones dentro de los 30 días. La mortalidad por afecciones cardíacas graves, infartos de miocardio, afecciones pulmonares, accidentes cerebrovasculares y cánceres ha descendido de forma significativa y continuada en Estados Unidos y en Europa entre 1990 y 2020, alcanzando un 25% de mejora.

Desde una perspectiva aún más macro (Ramírez, 2019), la esperanza de vida ha seguido creciendo enormemente, +22% en EEUU entre 1990 y 2013, y aún más en Europa (+26%), aunque en los últimos tres años la crisis del Covid-19 ha producido una ralentización en la mejora e incluso una pequeña caída, considerada temporal, de la esperanza de vida (-1%). La población crece debido al aumento de la esperanza de vida de los más ancianos, a pesar de que la tasa de natalidad no deja de disminuir (INSEE). Lógicamente, el costo de la asistencia sanitaria se dispara hasta el punto de imponer decisiones financieras constantes a los gobiernos, víctimas del número adicional de pacientes ancianos y frágiles que hay que atender, todos ellos consumidores y beneficiarios de una medicina altamente tecnificada y cada vez más cara.

**“La esperanza de vida ha seguido creciendo enormemente.”**

Más cerca nuestro, la nueva encuesta francesa sobre eventos adversos (ENEIS3, Michel, 2022) confirma un descenso estadísticamente significativo del número de eventos adversos graves evitables (y también de su gravedad) entre 2009 y 2019, confirmado a su vez por la continuación de la tendencia a la baja de la tasa de siniestralidad (MACSF, 2020-2021) pero con una mayor tasa de condenas, e indemnizaciones más elevadas por parte de las aseguradoras.

En resumen, el riesgo sanitario está disminuyendo considerablemente para los pacientes: hay mayor supervivencia, mejor atención, menos mortalidad evitable. Y aunque la riqueza de un país incide mucho en los beneficios para la salud (higiene, calidad de vida, trabajos menos penosos), hay una mejora a nivel mundial que no se limita solamente a los países ricos. En muchos países se ha avanzado más en los últimos 20 años que en los 100 anteriores.

**“El riesgo sanitario está disminuyendo considerablemente para los pacientes: hay mayor supervivencia, mejor atención, menos mortalidad evitable.”**

### Una insatisfacción cada vez mayor

Sin embargo, el sufrimiento, el deterioro de la calidad (tanto de la atención médica como del entorno laboral), el sentimiento de insatisfacción de los clientes-usuarios (y más aún de los profesionales de la salud) son mayores que nunca.

En realidad, el problema comenzó en los años 2010-2015 y es claramente anterior a la crisis del Covid-19. La mejora objetiva de la salud presenta un fuerte contraste con una creciente sensación de insatisfacción entre los usuarios, y más aún entre los profesionales, como si el beneficio de las extraordinarias mejoras en ese campo (enorme tasa de supervivencia) se estuviera dilapidando porque el sistema sanitario no está preparado para brindar un nivel similar de calidad de vida a los pacientes (y al personal sanitario). El malestar se expresa en tres aspectos complementarios: la presión y la falta de personal, el burn-out y la desmotivación del personal, y los efectos nocivos sobre la calidad del cuidado.



**“La mejora objetiva de la salud presenta un fuerte contraste con una creciente sensación de insatisfacción entre los usuarios, y más aún entre los profesionales.”**

La falta de personal (-del 10 al 20% en muchos sectores, del 30 al 40% en zonas aisladas (Oliver 2019; Drenan, 2019)- es el reflejo más palpable del efecto tijera que se produce por el rápido aumento de la demanda: los pacientes son más numerosos, más viejos, más frágiles, se requiere más prevención, hay más exigencias técnicas en la atención y, en contrapartida, el sistema sanitario y el personal se adaptan muy lentamente, con un perfil sociológico que incrementa la brecha territorial entre las zonas urbanas y las aisladas, por no hablar de la dificultad de poner en marcha reformas institucionales imprescindibles para gestionar una nueva e incrementada demanda que implica un gran costo tecnológico adicional.

Otro problema recurrente es el contexto presupuestario restringido. La porción del PBI que se asigna a la salud suele estar ya en su nivel máximo sostenible. Ahora bien, casi la totalidad se gasta en el costo adicional que implica la medicina técnica y en una serie de optimizaciones y procedimientos que fueron creados en tiempos de riqueza y abundancia y que no han sido reformulados. Se exige trabajar con un presupuesto prácticamente constante y encontrar márgenes financieros para adaptarse. Pero estos márgenes ya no existen y las primeras víctimas de esta adaptación fallida son los empleos.

Los pacientes y el personal sanitario viven con dificultad la intensificación de los cuidados médicos (más pacientes, servicios superpoblados), que reduce el tiempo dedicado a la atención psicológica y los beneficios que aporta la posibilidad de conversar y de establecer un contacto humano. El personal se agota en esta transformación demasiado lenta del sistema sanitario (Figueroa, 2019, Goldsby y Goldsby 2020). Entre el 6 y el 32% de la población total de médicos generalistas europeos en ejercicio afirman que están a punto de sufrir un burn-out (Karuna, 2021). Varias encuestas mencionan que uno de cada dos o más profesionales de la salud se cuestionan su futuro, posiblemente buscando una reconversión profesional. Los “desiertos médicos” también van en aumento, con diferencias regionales considerables dentro de los grandes países.

**“Los pacientes y el personal sanitario viven con dificultad la intensificación de los cuidados médicos [...], que reduce el tiempo dedicado a la atención psicológica.”**

El resultado de esta situación es palpable en términos de calidad asistencial, sobre todo en lo que respecta a los indicadores de conformidad. En EE.UU., estudios recientes muestran que menos del 18% de los pacientes reciben la totalidad de los cuidados prescritos. Los indicadores de calidad y conformidad están en su mayoría en rojo. En los últimos 5 años también se ha publicado mucho sobre conceptos que antes no existían: el “racionamiento de la atención médica”, y los cuidados mal suministrados o ausentes. Un proyecto europeo sobre este tema (Schubert, proyecto Rancare, 2021) acaba de finalizar recientemente.

Las sucesivas crisis, el Covid-19 y, ahora, el conflicto en Ucrania aumentan aún más los efectos de tijera descritos anteriormente.

#### **¿Qué nos revelan estos desacoples?**

A la luz de este estado de la cuestión, podemos observar la existencia de varias disonancias o, incluso, de desacoples que conducen a un profundo replanteo de la seguridad médica.

Un primer desacople aparece en el conocimiento que una parte de la opinión pública (y una parte aún mayor de los profesionales sanitarios) tiene sobre la realidad del funcionamiento del sistema de salud.

**“El discurso general destaca su rápido deterioro, mientras que las cifras muestran una mejora constante.”**

El discurso general destaca su rápido deterioro, mientras que las cifras muestran una mejora constante.



## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad

Un segundo desacople se produce en los indicadores de proceso y de resultados, con un deterioro muy acusado de los indicadores de proceso al tiempo que se constata una mejora general de los resultados en seguridad.

Un tercer desacople se refiere al contraste entre los indicadores de calidad de vida laboral, muy deteriorados, y la mejora en los resultados reales del sistema sanitario para los pacientes.

**Varias interpretaciones son posibles y la primera es tecnológica.** En lo que respecta a la población y a la trayectoria vital de los pacientes, el impacto de las innovaciones tecnológicas en la atención de las patologías graves (biomarcadores, imágenes radiológicas, medicación oncológica y cardiológica, seguimiento a distancia, etc.) oculta la mayor parte de los inconvenientes -que son sin embargo muy reales- que se observan en el caso de los cuidados médicos cotidianos, que son de menor calidad. Dicho de otro modo, el desempeño técnico de los protocolos médicos se ha convertido con el paso de los años en algo mucho más importante para el resultado médico final que la calidad de los cuidados cotidianos. Recordemos que hasta los años 1970-80, la calidad de los cuidados médicos era prácticamente el único objeto de acción, que se ejercía mediante una medicina humana y compasiva regulada por su relación directa con el cuerpo y con la higiene, entre el personal sanitario y los pacientes.

**“El desempeño técnico de los protocolos médicos se ha convertido con el paso de los años en algo mucho más importante para el resultado médico final que la calidad de los cuidados cotidianos.”**

**La segunda interpretación es metodológica.** El número de protocolos de calidad se ha disparado desde 1990-2000. Sin duda en esos años había más riqueza, un gran entusiasmo con respecto al resultado que se esperaba obtener a partir de una exigencia reforzada y reglamentada de calidad continua y, sobre todo, había menos pacientes... El número de pacientes que requieren atención compleja ha crecido considerablemente en los últimos 10 años (sobre todo, pacientes ancianos y frágiles). Por lo tanto, la demanda ha aumentado en número, complejidad y también en exigencia, con el resultado objetivo de prolongar la vida en la mayoría de los casos. No es de extrañar que, ante este aumento, el perfeccionamiento de los procedimientos de calidad creados en años de abundancia de recursos y baja demanda esté saturando ahora un sistema que dispone de menos recursos, contribuyendo a que el trabajo sea más intenso (Cuadro 1). Esta “inflación” de nuevos procedimientos, que se agrega a la exigencia de calidad asistencial anhelada en los años 1990, genera una percepción de falta de calidad cuando algunos de ellos no son respetados. Queda por ver si esta falta de conformidad es peligrosa para el paciente, hecho que no ha sido probado.

**“Es evidente la necesidad urgente de poner en marcha un proyecto de simplificación de este cúmulo de procedimientos de calidad y seguridad heredados de los años 2000.”**

Por ejemplo, tanto el indicador sobre los errores de medicación antes mencionado (cuya tasa aumenta pero cuya mortalidad disminuye) como el indicador sobre los cuidados inconclusos u olvidados (que es objeto de numerosos artículos sobre la relación entre la falta de personal y el deterioro de

la seguridad de los pacientes) siguen estando muy desfasados con respecto a los resultados médicos observados en los pacientes. En muchos casos, uno o varios elementos de los métodos, del momento de la medición y del uso de los resultados no son considerados adecuadamente y acaban minando el objetivo deseado: estandarización, criterios de interpretación insuficientes, alineación incompleta con el objetivo deseado y el modelo de atención recomendado, demanda excesiva de recolección de datos sobre una fuerza de trabajo que ya tiene dificultades, análisis sin matices, falta de devolución de resultados a los profesionales, etc. (Barbazza, 2021). La crisis del Covid-19 también ha demostrado que liberar al personal sanitario de realizar muchos de estos procedimientos no afecta dema-



## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad

siado el pronóstico. Disponemos también de una bibliografía en aumento que cuestiona el vínculo entre incrementar la financiación de los hospitales y alcanzar una mejor calidad y seguridad (Chen 2010). También en este caso se plantean cada vez más preguntas sobre una medición de la calidad y la seguridad cuya relación con el riesgo real no se conoce bien. Es evidente la necesidad urgente de poner en marcha un proyecto de simplificación de este cúmulo de procedimientos de calidad y seguridad heredados de los años 2000.

**La tercera interpretación es social** y consiste en un uso oportunista de los indicadores de proceso para apoyar la creciente lucha social de los trabajadores sanitarios en pos de una profunda reforma de sus condiciones de trabajo.

También en este caso, la lectura de la realidad debe ser cuidadosa: el número de trabajadores sanitarios y su especialización no han dejado de crecer en los últimos 20 años, sobre todo en los años 2000-2010. Por ejemplo, en 1980 el personal de los servicios hospitalarios era la mitad de especializado y la mitad de numeroso (en puestos especializados) que en 2020 (datos de Global economy.com).

**“El número de trabajadores sanitarios y su especialización no han dejado de crecer en los últimos 20 años.”**

En los años ochenta, los "deslizamientos" profesionales se convirtieron en algo habitual: los auxiliares hacían el trabajo de los enfermeros, y éstos a menudo padecían una sobrecarga de trabajo por falta de médicos presentes. Entre 1990-2005, una época con abundancia de recursos, se corrigieron todas estas aberraciones organizacionales: se especificaron las funciones, se impusieron proporciones de enfermeros/camas cada vez más elevadas a partir del final del milenio, sobre todo en los países anglosajones (Sharma, 2000), y se crearon miles de nuevos puestos ejecutivos y de referentes especializados con un componente administrativo y de gestión cada vez mayor, en respuesta a una inflación de nuevos procedimientos, sobre todo en materia de calidad de los cuidados (Cuadro 2). Es por ello que la financiación de la salud y las plantillas de personal oficiales se incrementaron mucho con el objetivo principal, por supuesto, de buscar mayor calidad y seguridad, pero también tuvieron una consecuencia automática: la mejora muy significativa de la calidad del trabajo y la disminución de la penosidad (más personal = horarios más flexibles, mejor distribución del trabajo, etc.) Desde fines de la década de 2010, la demanda aumentó, al tiempo que disminuyó el atractivo de estas profesiones sanitarias que exigen mucha disponibilidad, con el resultado de que el sistema social se resiente, porque no puede mantener los estándares sociales y de calidad de vida laboral que había propuesto apenas 10 años antes.

**“Desde fines de la década de 2010, la demanda aumentó, al tiempo que disminuyó el atractivo de estas profesiones sanitarias que exigen mucha disponibilidad, con el resultado de que el sistema social se resiente.”**

Objetivamente, la proporción de personal sanitario por cama sigue siendo mayor hoy que en 1980 e incluso que en 2000. Pero hay que reconocer que aumenta con menor rapidez que la demanda. Sobre todo, el perfil sociológico del personal de salud ha cambiado profundamente, desmitificando una profesión que antes era una vocación y que ahora es considerada a menudo en términos de ventajas adquiridas y comparada con otras profesiones. Este es un problema muy conocido en otros sectores de servicios, como el gastronómico. El recuerdo de la calidad pasada (y de la proporción de recursos asignados que la acompañaba) impide realizar el duelo y emprender las reformas que serían necesarias ante una situación que ha cambiado totalmente y en la que las organizaciones y decisiones del pasado se han vuelto en gran medida inadecuadas para lidiar con la situación actual.



## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad

### CUADRO 1

La productividad se ha disparado, la medicina se ha vuelto más intensiva y mucho más eficiente. El volumen de actos médicos en Francia ha pasado de 40 millones/año en 1980 a 100 millones/año en 2010 (fuente: IRDES). El número de procedimientos realizados por los médicos pasó de 500.000 al año a 900.000 en el mismo periodo. Otro ejemplo de la creciente complejidad de los procedimientos: el tratamiento y el pronóstico de los accidentes cerebrovasculares cambió por completo en la década de 2010 con la introducción de la técnica de la trombólisis. Esta técnica debe ser coordinada por un neurólogo (de guardia), precedida de una resonancia magnética que requiere el acceso a un radiólogo especializado, y la ejecución por un especialista -de día, de noche o en fin de semana- en cualquier lugar del país, dentro de un lapso de tiempo determinado. Todos estos procedimientos deben llevarse a cabo en las 4 horas siguientes al ACV para que sean eficaces. Si es tratado de este modo, el paciente puede recuperarse por completo, lo que representa una revolución increíble en comparación con lo que se ofrecía hasta la década de 2000. Y este no es más que un ejemplo entre otras decenas de revoluciones recientes (genética, biomarcadores, etc.) que hacen que el progreso médico dependa en gran medida de la técnica, de la organización (incluida la no médica, como el transporte) y la disponibilidad de personal.

### CUADRO 2

La proporción de enfermeros registrados por camas de hospital era de 0,90 en Francia en el año 2000, se elevó a más de 1 en 2019, y sigue creciendo. Todos los países han seguido esta misma curva, a veces incluso a mayor velocidad (3,09 enfermeros/cama en el Reino Unido), pero es necesario mencionar también que este aumento nunca ha podido alcanzar el rápido incremento del número de pacientes. No es de extrañar que los países que han sido reglamentariamente más exigentes en cuanto a la dotación de efectivos sufran ahora por falta de personal (en relación con esos requisitos).  
(Fuente: *The GlobalEconomy.com*, 2020)

### La conclusión queda abierta...

Lo único que podemos afirmar es que el padecimiento actual de los profesionales (1) no puede ser solucionado por la organización actual, (2) no puede ser resuelto perpetuando la organización que existía en el pasado, y (3) en la actualidad, no se traduce objetivamente en un riesgo para el paciente.

También podemos decir que a lo largo del tiempo la calidad ha ido generando un “exceso” de calidad que, en un contexto donde se dispone de menos recursos, hace que los indicadores de conformidad estén en rojo (indicadores de proceso), aunque este hecho no esté necesariamente vinculado a la seguridad final del proceso.

Este “ruido” en la lectura de la seguridad y esta creciente disociación entre los indicadores de proceso y de resultado requieren que se preste una atención especial para no confundir las prioridades a futuro.

**“También podemos decir que a lo largo del tiempo la calidad ha ido generando un ‘exceso’ de calidad que, en un contexto donde se dispone de menos recursos, hace que los indicadores de conformidad estén en rojo.”**

Queda pendiente una pregunta: ¿estamos ante un caso particular propio de la medicina? ¿O lo que ocurre en este ámbito es sólo un síntoma y nos ofrece un espacio privilegiado para estudiar un problema más general, el de las industrias del futuro, y para plantear cuestiones ligadas a la seguridad?

**MÁS INFORMACIÓN:**

- ARAGÓN, M. J., & CHALKLEY, M. (2018). How do time trends in in-hospital mortality compare? A retrospective study of England and Scotland over 17 years using administrative data. *BMJ open*, 8(2), e017195  
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/2/e017195.alerts>
- BARBAZZA, E., KLAZINGA, NS., KRINGOS, DS., Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience, *BMJ Quality & Safety* 2021; 30:1010-1020
- CHEN, L. M., JHA, A. K., GUTERMAN, S., RIDGWAY, A. B., ORAV, E. J., & EPSTEIN, A. M. (2010). Hospital cost of care, quality of care, and readmission rates: penny wise and pound foolish? *Archives of internal medicine*, 170(4), 340-346
- CONNOLLY, W., LI, B., CONROY, R., HICKEY, A., WILLIAMS, D. J., & RAFTER, N. (2021). National and Institutional Trends in Adverse Events Over Time: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Retrospective Patient Record Review Studies. *Journal of patient safety*, 17(2), 141-148
- DRENNAN, V. M., & ROSS, F. (2019). Global nurse shortages: the facts, the impact and action for change. *British medical bulletin*, 130(1), 25-37
- HAN, T. S., MURRAY, P., ROBIN, J., WILKINSON, P., FLUCK, D., & FRY, C. H. (2021). Evaluation of the Association of Length of Stay in Hospital and Outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*. Mzab160
- FIGUEROA, C. A., HARRISON, R., CHAUHAN, A., & MEYER, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC health services research*, 19(1), 1-11
- FRY, B. T., SMITH, M. E., THUMMA, J. R., GHAFERI, A. A., & DIMICK, J. B. (2020). Ten-year trends in surgical mortality, complications, and failure to rescue in Medicare beneficiaries. *Annals of Surgery*, 271(5), 855-861
- The Global economy.com, Nurse to hospital bed ratio - Country rankings, Doctors and Nurses, per 1000 people  
[https://www.theglobaleconomy.com/rankings/nurse\\_to\\_hospital\\_bed\\_ratio/](https://www.theglobaleconomy.com/rankings/nurse_to_hospital_bed_ratio/)
- GOLDSBY, E., GOLDSBY, M., NECK, C. B., & NECK, C. P. (2020). Under pressure: Time management, self-leadership, and the nurse manager. *Administrative Sciences*, 10(3), 38
- KARUNA, C., PALMERN, V., SCOTT A., GUNN, J. (2022). Prevalence of Burnout among General Practitioners: A Systematic Review and Meta-Analysis, *British Journal of General Practice*, 23 December 2021; BJGP.2021.0441.  
doi:[10.3399/BJGP.2021.0441](https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0441)
- NAUMAN, J., SOTERIADES, E. S., HASHIM, M. J., GOVENDER, R., AL DARMAKI, R. S., AL FALASI, R. J. ... & KHAN, M. A. (2020). Global incidence and mortality trends due to adverse effects of Medical treatment, 1990-2017: a systematic analysis from the global burden of diseases, injuries and risk factors study, *Cureus*, 12(3)
- OLIVER, C. & CARE, F. C. (2019). Global Shortage of Nurse, McGill
- OU, L., CHEN, J., ASSAREH, H., HOLLIS, S. J., HILLMAN, K., & FLABOURIS, A. (2014). Trends and variations in the rates of hospital complications, failure-to-rescue and 30-day mortality in surgical patients in New South Wales, Australia, 2002-2009. *PLoS One*, 9(5), e96164
- PANAGIOTI, M., KHAN, K., KEERS, R. N., ABUZOUR, A., PHIPPS, D., KONTOPANTELIS, E. ... & ASHCROFT, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *bmj*, 366. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>

## La creciente disonancia -o incluso desacople- entre el malestar social, los indicadores de calidad en baja y los resultados positivos en seguridad

- RAMIREZ, M., KAMAL, R., COX, C., How has the quality of the US healthcare system changed over time?, April 2019, <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/how-has-the-quality-of-the-u-s-healthcare-system-changed-over-time/#Amenable%20mortality%20per%20100,000%20population,%202003-2015>
- Rapport 2021 sur le risque des professionnels de santé, MACSF, 2022 <https://presse.macsf.fr/assets/rapport-rapport-2021-sur-le-risque-des-professionnels-de-sante-8d1b-ddf57.html?lang=fr>
- SHARMA, SK., RANI, R., Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national benchmarks. *J Family Med Prim Care*. 2020 Jun 30;9(6):2631-2637. doi:[10.4103/jfmpc.jfmpc\\_248\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_248_20). PMID: 32984099; PMCID: PMC7491754
- SCHUBERT, M., AUSSERHOFER, D., BRAGADÓTTIR, H., ROCHEFORT, C. M., BRUYNEEL, L., STEMMER, R. ... & RANCARE Consortium COST Action-CA 15208. (2021). Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *Journal of advanced nursing*, 77(2), 550-564
- MICHEL, P., QUENON, JL., DAUCOURT, V. & AL, Incidence des EIG associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ?, *BEH* 13, Juin 2022, 229

### René Amalberti

Doctor en medicina y psicología cognitiva, ex profesor de medicina en el hospital Val-de-Grâce y titular de cátedra, René Amalberti ha sido asesor de seguridad sanitaria de la Alta autoridad de salud de Francia y responsable de prevención de riesgos médicos en una aseguradora. Es Director de la Foncsi desde junio de 2012 y miembro de la Academia de Tecnologías desde 2015.

[rene.amalberti@foncsi.org](mailto:rene.amalberti@foncsi.org)

*El contenido de este artículo no expresa necesariamente el pensamiento de la Foncsi ni de ninguna de las organizaciones vinculadas al autor y es exclusiva responsabilidad del mismo.*

DEJE SU COMENTARIO  
sobre esta *Tribuna de  
la seguridad industrial* en  
[www.foncsi.org](http://www.foncsi.org)

Foncsi

Fundación para una cultura de  
seguridad industrial

[tribunes@foncsi.org](mailto:tribunes@foncsi.org)



Fondation pour une culture  
de sécurité industrielle

Tribunes de la sécurité industrielle - 2022, n°04 - p.8

