

# BOLETÍN CONAMED

ENERO - FEBRERO 2019

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



Centro Colaborador de la OPS/OMS  
en materia de Calidad de la Atención  
Médica y Seguridad del Paciente



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

# Acciones de todos los sectores para lograr la Salud Universal

Como expresión de la salud para todos en el siglo XXI, la salud universal implica acciones de todos los sectores de la sociedad para enfrentar la pobreza, la injusticia social, el déficit de educación y la vivienda insalubre, entre otros factores, que influyen sobre el estado de salud de las personas.

Todo el mundo tiene un papel para desempeñar, estimulando las conversaciones y contribuyendo a un diálogo sobre las políticas que pueden ayudar a su país a alcanzar y mantener la salud universal.

## Los tomadores de decisión pueden:

- › Participar en conversaciones estructuradas con distintos actores de la comunidad afectados y que son esenciales para garantizar la salud universal.
- › Recoger las demandas, opiniones y expectativas de la población sobre asuntos relacionados con la salud universal a fin de mejorar las respuestas de política. Puede consultarse a la población, por ejemplo, mediante diálogos cara a cara, encuestas o un referéndum.
- › Colaborar con las organizaciones comunitarias y los defensores de la salud universal a fin de estudiar soluciones viables respecto a la misma.

## Los profesionales de la salud pueden:

- › Discutir políticas intersectoriales para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, pertinencia y competencia de los recursos humanos para la salud universal.
- › Discutir las necesidades de los equipos de trabajo interprofesionales, preparados y motivados, que son esenciales para responder a las necesidades de salud de las personas, donde sea que vivan.
- › Alzar su voz para que los trabajadores de la salud puedan gozar de un empleo estable y digno, ya que esto fortalece los sistemas de salud y el desarrollo económico y social de un país.
- › Crear movimientos que favorezcan los acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud, que facilitan alcanzar estándares de calidad en la formación del personal de salud según las necesidades de las comunidades.
- › Abogar para que se incorpore la perspectiva de género en los nuevos modelos de organización y contratación en los servicios de salud.

## Las personas y comunidades pueden:

- › Alzar su voz para hacer cumplir el derecho a la salud.

- › Crear movimientos nacionales en pos de la salud universal.
- › Comunicar sus necesidades, opiniones y expectativas a los responsables locales de la formulación de políticas, los políticos, los ministros y otros representantes del pueblo.
- › Hacer oír su voz, a través de las redes sociales, para asegurarse de que se tengan en cuenta las necesidades de salud de su comunidad y se les otorgue prioridad en el ámbito local, entre otras cosas.
- › Invitar a las organizaciones de la sociedad civil a que hagan llegar las necesidades de su comunidad a los responsables de la formulación de políticas.
- › Compartir sus vivencias, como comunidades y personas afectadas, con los medios de comunicación.
- › Organizar actividades como foros de debate, debates de política, conciertos, marchas y entrevistas, para dar a las personas la oportunidad de interactuar con sus representantes sobre el tema de la salud universal a través de los medios de comunicación y de las redes sociales.
- › Abogar para que el Estado implemente estrategias para motivar a los equipos de salud –a través de incentivos económicos, de desarrollo profesional y de calidad de vida– que promuevan su retención y permanencia en zonas remotas y desatendidas.

## Los medios de comunicación pueden:

- › Comentar iniciativas e intervenciones que ayudan a mejorar el acceso de las personas y las comunidades a servicios de calidad y a la protección financiera.
- › Mostrar qué ocurre cuando las personas no pueden acceder a los servicios que necesitan.
- › Insistir en la responsabilidad de los formuladores de políticas y de los políticos, por ejemplo, a través de documentales sobre los compromisos que han contraído en materia de salud universal sobre los aspectos positivos, las deficiencias y los nuevos problemas que deben abordar (por ejemplo, el aumento de las enfermedades no transmisibles o el envejecimiento de la población).
- › Crear espacios de diálogo entre los beneficiarios, las comunidades, sus representantes y los responsables de la formulación



Salud universal

Acceso y cobertura para todos

# Reflexiones en torno a una Política Nacional de Seguridad del Paciente

Sonia B. Fernández Cantón  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

## ANTECEDENTES

La seguridad del paciente representa hoy en día uno de los principales problemas de Salud Pública en la mayor parte del mundo, con graves repercusiones tanto por la gravedad de los daños infligidos a la población usuaria de los servicios de salud como por las consecuencias de carácter social y económico que provoca. En efecto, existen estimaciones de aproximadamente cien mil muertes al año<sup>1</sup> a causa de algún tipo de evento adverso que ocurre en cualquiera de los momentos de exposición durante los procesos de atención a la salud, con la gravedad que implica la pérdida de vidas humanas. A eso se adicionan las enormes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que sufren todas aquellas personas que si bien son afectadas por un evento adverso éste no les provoca el daño máximo que es la muerte. El contexto anterior motivó a la OMS a promover la cultura de la seguridad del paciente en el marco de su 55ª Asamblea General,

en la cual la Seguridad del Paciente se consideró la gran “Estrategia” para alcanzar la calidad en los servicios de salud.<sup>2</sup>

Interpretando el riesgo como la exposición a un proceso, se hace necesario para su prevención realizar un análisis del mismo desde una perspectiva social, cultural, económica (y no exclusivamente clínica como podría pensarse), con la necesaria contextualización de su ocurrencia. La seguridad del Paciente surge entonces como propuesta para identificar estrategias que permitan disminuir la ocurrencia de los eventos adversos y por consiguiente las consecuencias físicas, sociales y económicas de estos. De ahí se infiere que la Seguridad del Paciente surge de la identificación de los eventos adversos resultantes de la práctica clínica cotidiana, eventos que pueden generar incapacidad, morbilidad, aumento de días estancia, demandas a los servicios de salud, indemnizaciones, muertes, conflictos entre médico

1. John LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine, National Academy Press (Washington D), pp. 1999

2. Mondragón Cardona A, Rojas Mirquez J, et al. “Seguridad del Paciente: Implementación de Políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras” Revista Médica UTP, de Risaralda Vol17 No.2, Diciembre 2011. Disponible en <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7611>

paciente y sobrecostos de la atención.<sup>3</sup>

Hemos comentado en ocasiones anteriores que si bien los problemas de calidad de la atención y la seguridad del paciente no son nuevos sino que han existido a lo largo de todos los tiempos, actualmente se ha reconocido que la seguridad del paciente es un principio fundamental en los procesos de atención a la salud, en la medida que la complejidad de los nuevos procedimientos conllevan en cada una de las fases un cierto riesgo que es inherente al mismo proceso médico, independientemente de los niveles de atención y especialidades involucradas.

Desde el año 2002 la OMS reconoce que la incidencia de eventos adversos pone en peligro la calidad de la atención<sup>4</sup>, razón por lo cual es indispensable la mejoría permanente del desempeño de los sistemas de salud como hecho clave para la reducción de dichos eventos, lo cual requiere a su vez un buen sistema de indicadores para el monitoreo de lo realizado y alcanzado.

En efecto, la ocurrencia de incidentes y eventos adversos obedece en gran medida a los problemas de calidad de la atención, siendo consecuencia de acciones surgidas durante la práctica clínica, por carencia o mala calidad de los insumos necesarios, por errores o emisiones registrados en procedimientos médico quirúrgicos o por la mala relación médico paciente. La mejora de las condiciones antes descritas requiere de todo un esfuerzo complejo del sistema de salud en su conjunto, expresado a través de una Política Nacional de Seguridad del Paciente, mismo que saber integrar una amplia gama de estrategias, líneas de acción y actividades dirigidas hacia la mejora del desempeño de los diversos establecimientos de salud que conforman cada una de las instituciones sanitarias.

En este sentido, en la presente aportación presentamos un esfuerzo de integración de ideas, sugerencias y propuestas surgidas de diversas lecturas, posiciones y ejercicios en el diseño de políticas - en muchos casos aún incipientes - pero que nos aportan gran información sobre los procesos y los pasos a seguir para la integración y conformación de elementos y componentes muchos de ellos existentes pero dispersos, con el fin de promover la inquietud institucional de contar con un documento formal que permita delinear lo que podría ser una Política Nacional de Seguridad del Paciente.

---

3. Villareal E. "Seguridad de los Pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad". Salud Uninorte Barranquilla, 23(1), enero 2012. Disponible [https://www.researchgate.net/publication/242569532\\_Seguridad\\_de\\_los\\_pacientes\\_Un\\_compromiso\\_de\\_todos\\_para\\_un\\_cuidado\\_de\\_calidad](https://www.researchgate.net/publication/242569532_Seguridad_de_los_pacientes_Un_compromiso_de_todos_para_un_cuidado_de_calidad)

4. OMS/ 55 Asamblea Mundial de la Salud. WHA55.18/Punto de acuerdo 13.9 de orden del día. Disponible en [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/l\\_Conferencia/06\\_doc\\_asamblea\\_oms.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/l_Conferencia/06_doc_asamblea_oms.pdf)

## IMPORTANCIA

Es relevante antes que nada señalar que la elaboración de toda política, particularmente ésta que se describe, deberá estar basada en el análisis de los problemas y condiciones reales en las que vive una población, debiendo señalar entre sus prioridades la vinculación con la calidad de la atención y estar consiente respecto a que debe ser dirigida a la mejora de la cultura global de la institución de salud que la promueve.

Ante este contexto, vale la pena precisar la conceptualización del término "Seguridad" en general y de "seguridad del paciente" en particular. Respecto al primero se entenderá el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias. En cuanto a la seguridad del paciente, esta se refiere al conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.<sup>5,6</sup>

Las cifras dadas a conocer por estudios internacionales muestran altas incidencias en la ocurrencia de eventos adversos, lo que en sí mismo ya es de gran preocupación para el sistema de salud, y razón suficiente para emprender acciones en conjunto para reducir los daños innecesarios (y los riesgos de que estos ocurran) que indirectamente y al margen de los padecimientos y procedimientos realizados sufren los pacientes en ocasión de la atención médica recibida.

En México son diversas las acciones que en distintos momentos se han tomado para atenuar los problemas sobre los eventos adversos: la creación de una Dirección General Adjunta de Calidad, en donde existe un área específica encargada del tema de Seguridad del Paciente, la implementación de un programa de gestión de riesgos, la firma de un acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, la definición de un Modelo sobre dichas acciones como requisito de certificación de establecimientos de salud por parte del Consejo General de Salubridad, la emisión de diversas normas (o artículos específicos que aluden al tema), la elaboración

---

5. Angel Casona V. / Seguridad del Paciente. Material del Diplomado sobre Seguridad del Paciente en la Universidad Libre. Disponible en <https://es.slideshare.net/aidangelito/politica-de-seguridad-del-paciente>

6. La seguridad del Paciente al alcance de todos. Academia Mexicana de Cirugía, edit Alfíl, México, DF. Septiembre de 2013.

Recomendaciones, y la definición de algunos programas específicos como el de Lavado de manos y cirugía segura, por mencionar los más relevantes, además de un sinnúmero de acciones adicionales sobre otros tópicos abordados en forma independiente por cada institución o establecimiento.

A pesar de esos esfuerzos la aplicación, el seguimiento y la evaluación de cada una de las medidas mencionadas se ven en gran parte segmentadas y acotadas debido a la existencia de múltiples instituciones al interior del país, cada una de ellas con diferentes estructuras, recursos y contextos jurídico-legales que impiden un manejo homogéneo de las acciones sobre el tema de la seguridad del paciente en los más de 25 mil establecimientos médicos, con resultados generalmente aislados y desvinculados entre sí respecto a dicho tema.

Creemos que la coordinación de acciones tendría un carácter más integral y por tanto un mayor impacto en sus acciones sería si todo el Sistema Nacional de Salud contara con una sólida y única Política de Seguridad del Paciente, si esta fuese diseñada y elaborada en forma coordinada por todos los elementos que componen el Sistema de Salud de tal forma que fuese considerada como el instrumento legal por excelencia para todo el sector.

Por otra parte, antes de emprender la labor de diseñar una propuesta de Política Nacional de Seguridad del Paciente, es importante considerar como puntos de partida algunos referentes, los cuales pueden ser genéricos o bien vinculados a experiencias tanto nacionales como internacionales, así como al conocimiento científico existente sobre el tema. Así por ejemplo, el referente programático más general estaría conformado por los conocimientos que permiten construir el documento desde el punto de vista legal, ético, científico e institucional. Por su parte, el referente de carácter jurídico-legal tendría como fundamento el conjunto de leyes, acuerdos, resoluciones, decretos, normas, protocolos y publicaciones realizadas en el país por instancias formales dentro del sistema nacional de salud.

En cuanto al referente sobre el conocimiento científico, este se conformaría por un conjunto de documentos de probada validez y gran impacto en el contexto internacional, que incluyen diversas lecturas tan relevantes como las que se mencionan a continuación:

- Reason, James. Understanding adverse events: human factors. Quality in Health care, 1995
- Informes del “Institute of Medicine”: “To err is human” (1999) y “Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century (2001).

- Reason, James. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. Qual Saf Health Care 2004.
- Leape, Lucian and Berwick, Donald. Five years after to err is Human. What have we learned? JAMA, Mayo 18, 2005-Vol 293, No 19.
- Los resultados del estudio IBEAS, sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de sanidad y Política Social de España (Madrid, 2010).
- OMS/OPS con diversos documentos, entre otros “Mejorar la higiene de manos para prevenir infecciones asociadas a la atención de la Salud.
- Manual sobre lista de Chequeo. The Institute for the development of production & workplaces; Suecia.

A partir del corto número de lecturas mencionadas y muchas otras que por obvio de espacio no se señalan, pero que forman parte de los documentos clásicos de referencia vinculados al tema de la Seguridad del Paciente, vale la pena reflexionar y hacer algunos comentarios en torno a las acepciones posibles respecto a lo que es una definición de política.

## DEFINICIÓN DE POLÍTICA Y PRINCIPALES CONSIDERACIONES

En el contexto más general, hablar de una Política de Seguridad del Paciente es hablar de un conjunto de lineamientos de acuerdo a los cuales se define el funcionamiento al interior de las instituciones, dejando claramente establecido los principios a seguir, cómo proceder para llegar a su aplicación así como la definición de los procesos y medidas empleadas para evaluar los logros alcanzados. Es decir, cuando una institución define su Política de Seguridad del Paciente, lo que realiza es una declaración formal de principios generales respecto a dicho tema, marcando el camino y la dirección que debe tomar todas las instancias oficiales vinculadas a dichas tareas, pretendiendo que tenga una aplicación a largo plazo.

En el caso particular de una política de seguridad del paciente, esta se define como “un conjunto de acciones y estrategias que deberían ofrecer todas las instituciones del sistema de salud para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de los procesos de atención médico-quirúrgico en

---

7. Sistema de Acreditación en Salud/ Superintendencia de Salud de Chile, “Recomendaciones para la elaboración de una Política y un Programa de calidad Institucional”. Santiago de Chile, abril 2014. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-9250\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-9250_recurso_1.pdf)

salud”.<sup>8</sup> Se concibe asimismo en forma similar como el “Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos de la atención de salud, incluyendo desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos y las inyecciones; hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución, así como la difusión de sus resultados.”<sup>9</sup> En otros términos también se define como “El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.<sup>10</sup>

Es importante señalar que de acuerdo a la literatura internacional, el éxito de una política de seguridad del paciente estará en función de las estrategias definidas para alcanzar los objetivos señalados, siendo necesario que se implementen simultáneamente la mayor parte de los componentes de tal forma que los avances en uno de los puntos fortalezca a los demás, y viceversa.<sup>11</sup> Entre los aspectos más relevantes se encuentran los siguientes:

- Considerar en el momento de la redacción del documento oficial sobre la Política de Seguridad del Paciente, que los trabajos no inician de cero, pues generalmente - y es el caso de nuestro país - antes de tomar una decisión al respecto y definir a grandes rasgos la implementación de dicha política, la institución ha elaborado una serie de documentos, lineamientos de gestión, acuerdos, protocolos, modelos, guías técnicas y normas múltiples sobre aspectos más o menos particulares, en algunos casos parcialmente obligatorios, y con frecuencia desvinculados entre sí (al menos para la población en general) existentes incluso en la misma institución, los cuales pudieran o no tener una vinculación con otros programas como el de Calidad o vinculados a ciertos padecimientos o Programas específicos de la atención médica.

8. Salcedo R. Angela, Santofimio S. Dagoberto et al. “Revisión bibliográfica nacional e internacional de la terminología en seguridad del paciente; contenido en “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, Bogotá Diciembre 2007. Disponible en: [http://www.bienestar.unal.edu.co/wpcontent/uploads/2017/09/Herramientas\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.bienestar.unal.edu.co/wpcontent/uploads/2017/09/Herramientas_seguridad_paciente.pdf)

9. Costa Rica/ Caja Costarricense de Seguro Social/ Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, San José febrero de 2007. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf>

10. Ministerio de Salud de Colombia/Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 11 de junio de 2008. Disponible en (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtencionEnSalud>)

11. Op cit...Angel Casona V ./ Seguridad del Paciente. Material del Diplomado sobre.....

- En la concepción general del diseño de una política de seguridad del paciente, esta deberá inscribirse en el contexto de otras políticas públicas, como la de la Calidad de la atención y por supuesto la política sanitaria en su conjunto; podría resultar de gran valor, que desde su inicio se establezcan alianzas con asociaciones de familiares y pacientes, asegurando que en todos los casos sus funciones y actividades se vinculen con el conjunto de procesos asistenciales del quehacer institucional.
- Una vez que se tenga claramente la concepción de lo que se pretende sea la Política de Seguridad del Paciente, deberá documentarse su interrelación con el ámbito de la Calidad de la Atención, estableciéndose los vínculos existentes entre una y otra; La redacción del documento no debe dejar lugar a dudas sobre los objetivos que pretende alcanzar y los diferentes componentes, lineamientos y herramientas que la integran, definiendo incluso las fases a seguir en su implementación. El primer borrador se sugiere someterlo a la consideración de todo el personal involucrado en la atención a la salud.
- En el cuerpo del documento deberá señalarse con precisión tanto el fundamento legal de la política de seguridad del paciente en su conjunto, como su marco conceptual y los antecedentes preexistentes de carácter normativo, sean de carácter internacional y/o nacional (tal como los lineamientos de gestión, acuerdos, protocolos, modelos, recomendaciones, guías técnicas y normas múltiples o fracciones específicas de ellas, emitidas previamente sobre la materia), estableciendo con claridad no solo la vinculación entre cada uno de ellos, sino también la forma en que tales elementos quedarán insertos en la política formal.
- El contenido mínimo esperado del documento sobre la Política de Seguridad del Paciente, deberá describir en forma explícita la definición aceptada de política, su utilidad en el contexto nacional, los objetivos que pretende, los lineamientos principales, las estrategias y componentes, así como los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, reiterando y precisando su vinculación con el conjunto de medidas normadas previamente a fin de establecer en qué medida se mantendrá su vigencia y vinculación respecto al nuevo documento. De vital importancia serán dos aspectos: incluir una terminología homogeneizada y sobre todo una propuesta de sistema de información, de monitoreo y de evaluación de resultados.

Si bien la cultura de la seguridad del paciente debe permear a todas las áreas y servicios de la atención a la salud, cuando se inicia el proceso de implementación deben considerarse áreas tácticas de actuación que deben ser priorizadas: entre ellas se pueden enumerar la seguridad en el entorno hospitalario, en la seguridad en torno a los procesos quirúrgicos, la seguridad de los equipos, agentes terapéuticos y productos sanitarios, asegurando tengan un carácter transversal respecto a los diferentes programas de salud. El tema de la seguridad, integridad y calidad de la información generada a lo largo de toda la atención del paciente es fundamental, por lo que debe dársele un lugar prioritario en el proceso.

En síntesis, los principios orientadores de la política deberán dirigirse a alcanzar el propósito de establecer una atención segura, que vaya más allá del establecimiento de un mayor número de normas, en la medida que estas son solamente una parte del marco de referencia. Se trata de lograr el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos, partiendo de que los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.<sup>12</sup>

## OBJETIVOS

No es obvio mencionar la importancia que reviste en una Política de Seguridad del Paciente el establecimiento claro y preciso de los objetivos que pretenderá alcanzar, los cuales dependiendo de los alcances señalados y las prioridades nacionales podrán variar en contenido, número y amplitud. A continuación incluimos algunos de los potenciales objetivos que podrían (o deberían) ser mencionados en ocasión a la definición de toda política de seguridad del paciente, muchos de los cuales han sido retomados convenientemente de aquellos propuestos por Políticas nacionales de diversos países y por organismos internacionales como la OMS que establece en su propio programa de Seguridad del Paciente. Enlistamos los aspectos con mayor frecuencia enunciados<sup>13, 14, 15</sup>:

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

12. Ministerio de Salud de Colombia/Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 11 de junio de 2008. Disponible en (<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtencionEnSalud>)

13. Idem, Ministerio de Colombia/Lineamientos...

14. Giraldo Suárez M. "Objetivos y estrategias de la seguridad de la atención en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud" Disponible [http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/09/Herramientas\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.bienestar.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/09/Herramientas_seguridad_paciente.pdf)

15. Op cit...Angel Casanova V.. Material del Diplomado de Seguridad del Paciente...

- Implementar una cultura de la seguridad en la atención de la salud en favor del paciente.
- Promover la implementación de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan y fomenten un entorno seguro de la atención en salud.
- Reducir y controlar la incidencia de errores y de eventos adversos en los procesos de atención, disminuyendo el riesgo inherente que sufren los pacientes.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje, asegurando la evaluación continua de los resultados obtenidos.
- Institucionalizar a nivel nacional el registro de incidentes y eventos adversos, cuyo resultado será un reporte confidencial de carácter no punitivo.
- Desarrollar acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Promover una cultura justa, entendiendo por ello el manejo equilibrado entre lo no punitivo y la disciplina.
- Establecer el tipo de herramientas, gestión de procesos y metodologías de medición que se van a utilizar.
- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Sensibilizar a los funcionarios, personal de salud, al paciente y familiares en los conceptos de seguridad del paciente.
- Diseñar procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención médica segura, en la cual se disminuya el riesgo de que los pacientes sufran daños evitables.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.
- Trabajar con todos los componentes que integran el Sistema Nacional de Salud en la homologación conceptual de la terminología a utilizar en el país respecto al tema de la Seguridad del Paciente.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos y promover su participación en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
- Promover la investigación en seguridad del paciente en todos los ámbitos de la atención a la salud, particularmente en aquellos aspectos considerados como prioritarios en función de las altas incidencias de eventos adversos.
- Promover la participación del país incrementando su presencia en foros tanto nacionales como internacionales sobre las causas y consecuencias de los problemas vinculados a la Seguridad del Paciente.

Para concluir este apartado, cabe señalar que el contexto jurídico legal más general de toda acción emprendida a favor de la seguridad del paciente, se ubica en los derechos humanos “la dignidad del ser humano constituye la razón de ser, principio y fin último de la organización del estado” y los derechos fundamentales de éste: el derecho a la vida y el derecho a la salud. En un sentido más preciso, en este mismo número del Boletín se incorpora una mayor explicación sobre el marco legal referente a nuestro país.<sup>16</sup>

### **CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN**

Si bien se reconoce que los problemas de seguridad del paciente tienen un origen multifacético, con frecuencia se destacan por su relevancia dos causas principales: las vinculadas con el sistema y aquellas otras donde el factor determinante es la persona.<sup>17</sup>

En el primer caso las causas surgen de decisiones gerenciales y organizacionales (o con frecuencia por ausencia de tales decisiones), y que modelan las condiciones de trabajo. Con frecuencia los problemas son resultado de carencias (personal, insumos, equipamiento) o bien de presiones para incrementar la producción de atenciones y servicios de salud. Sucede que en ocasiones las consecuencias perniciosas podrían no ser evidentes hasta que ocurre un “evento disparador”.

16. Salazar Pimentel Isai, “Marco jurídico Mexicano sobre Seguridad del Paciente”. Boletín CONAMED, Órgano de difusión del Centro Colaborador de la OPS/OMS en materia de calidad de la atención y Seguridad del Paciente No.22, enero- febrero 2019

17. Ministerio de Salud y Protección Social/Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes instruccionales. Colombia, s/año. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

En cuanto al segundo grupo de causas, estas giran en torno al factor humano y surgen porque los individuos fallan, sea por falta de atención, distracciones, despistes, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas; también influye en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos otros aspectos, tales como la falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés.

Entre las características que se esperaría tuviera nuestra política de seguridad del paciente se vislumbran los siguientes aspectos:

- Deberá estar articulada con la plataforma estratégica institucional, de tal forma que desde su inicio deberá mostrar la articulación que tenga con la Política Nacional de Calidad, eventualmente formando parte de ella.
- Deberá exponer y desarrollar los factores explícitos que motivan su creación así como la vinculación que ésta tiene con la misión y la visión institucional. Muy conveniente será que en su redacción se vea reflejada la formulación de los valores y códigos de ética institucionales.
- En todo momento deberá destacar el carácter transversal que tendrá entre si la Política de Seguridad del Paciente con todos los programas de salud establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
- Deberá contar, en forma explícita, con los lineamientos rectores de la política de seguridad del paciente, que comprenden el conjunto de estrategias, programas y líneas de acción para su operación, la definición de las fuentes y sistemas de información y los mecanismos y principios sobre los cuales se realizarán los análisis correspondientes, asegurando que estos cumplan con las características de confidencialidad en todos los casos. Cabe mencionar que como parte de los lineamientos será necesario la homologación de conceptos y definiciones en el contexto más amplio de la política institucional.
- Deberá cuidarse que dichas estrategias y objetivos concretos, estén acorde con los objetivos y estrategias de los diferentes programas prioritarios de salud establecidos en el país, de tal forma que la suma de los objetivos y metas alcanzados por estos arrojen los avances nacionales.
- Respecto a los formatos, sistemas de información y diferentes tipos de fuentes estos deberán permitir conocer la situación que guarda la ocurrencia de incidentes y eventos adversos mediante la generación y el análisis de información, así

18. Op cit, Ministerio de Salud y Protección Social/Seguridad del Paciente y la Atención Segura...

como su seguimiento y evaluación de resultados.

- En cuanto a su contenido, deberá estar redactada en un lenguaje, claro y llano, precisando en forma simple cada uno de los componentes que la integran.
- Deberá especificar los objetivos concretos y definir claramente las metas esperadas, señalando de manera objetiva las prioridades y los problemas vinculados con el tema central de su interés.
- En su componente técnico deberá elaborar y describir la metodología a emplear, así como los indicadores, fuentes de información y procesos de evaluación en los que se enfocará.
- Es altamente recomendable que su abordaje se defina en consenso con las diversas instituciones que componen nuestro Sistema Nacional de Salud, de tal forma que se establezca un convenio mutuo entre los niveles y personajes que integran los diversos establecimientos de salud y no solo sea el resultado de una decisión impuesta desde la alta jerarquía institucional.

## PRINCIPALES MEDIDAS ESTRATEGICAS Y SUS IMPLICACIONES

No puede hablarse de una política de seguridad del paciente sin la consideración de estrategias en aspectos tan relevantes como la formulación y promoción de la cultura de seguridad del paciente, sustentada en el establecimiento de un liderazgo institucional, la gestión sobre la capacitación y habilidades del recurso humano, los procesos de tecnología, la adquisición y entrega de insumos, la implementación de procesos de gestión y prevención de riesgos ante dichos eventos y en los concernientes a los sistemas de información institucionales (diversas fuentes) para el conocimiento y registro de los incidentes adversos y el daño innecesario que se infringe a los pacientes.

En particular sobre este último punto, el sistema de notificación de incidentes y eventos adversos deberá ser de carácter no punitivo, confidencial y de manejo sencillo.<sup>19, 20</sup> Otra estrategia deberá ser el llevar a cabo reuniones periódicas de análisis y discusión sobre los errores registrados, a fin de aprender de estos y que contribuyan a los procesos

19. OPS-OMS/Sistemas de Notificación de Incidentes Adversos en América Latina. Washington DC, 2013.

20. Fernandez Cantón SB/ Fuentes de información para la medición de los eventos adversos. CONAMED/ Boletín del Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, No. 10, enero-febrero 2017.

de mejora continua de la atención.<sup>21</sup>

En suma, considerando que la literatura sobre el tema<sup>22</sup> acepta que “una estrategia es la adaptación de los recursos y habilidades de la organización al entorno cambiante, aprovechando sus oportunidades y evaluando los riesgos en función de objetivos y metas, consideramos de manera personal que como estrategia prioritaria (en tanto que abarca muchas otras acciones) deberá incluirse la capitalización del proceso de sensibilización de todos aquellos profesionales involucrados, desarrollando y consolidando en torno a ellos una cultura continua de seguridad en la formación del personal.

Al respecto de lo antes dicho, es importante señalar que el proceso de implementación de las diversas estrategias comentadas (aun cuando en forma genérica) para lograr una política de seguridad del paciente no es una tarea fácil ni esta está exenta de dificultades. Si bien es complicado llevarla a cabo en un solo establecimiento de atención médica, la dificultad se potencializa notoriamente cuando el propósito es implementarla en el ámbito nacional, particularmente cuando en el Sistema de Salud se compone por diversas instituciones, independientes entre sí, tal como es el caso de nuestro país. No obstante, es indudable las implicaciones positivas que se generan al lograr el desarrollo e implementación de ésta política al interior de cada institución y establecimiento de salud. Entre los aspectos más destacables que podemos mencionar se encuentran:

- a) El reconocimiento y la sensibilidad que se logra respecto al saber que las actividades que desempeñamos en nuestro día a día, puede estar propensa a errores y accidentes que sin pretenderlo hacen daño a nuestros pacientes.
- b) El hecho de conocer la frecuencia y tipo de incidentes, errores y equivocaciones, y a partir de ello poder realizar el estudio y la evaluación de éstos y proponer soluciones, sin que dicho análisis se centre en el individuo que los cometió, buscando siempre el enfoque sistémico de los mismos, a fin de que las soluciones sean dirigidas hacia el Sistema de salud en su conjunto.
- c) La búsqueda formal de soluciones y alternativas de mejora mediante la detección de las causas de origen que dieron lugar y/o que motivaron la ocurrencia de incidentes adversos al interior de los establecimientos de salud, obliga necesariamente a la institución a incluir sistemáticamente programas de mantenimiento y supervisión de

21. OPS-OMS/ Sistemas de Notificación.... Op cit

22. Andrews, Kenneth, El concepto de la estrategia, 1977; Eduardo Kastika, Jorge Hermida, Roberto Serra, Administración y Estrategia, 1992; Alfred Chandler JR., Strategy and structure, 1962; Igor Ansoff, La estrategia de la empresa, 1976.

disponibilidad de personal, de insumos suficientes y adecuados así como de equipamiento en buen estado, lo que implica en su conjunto destinar la asignación de recursos específicos al componente de la seguridad del paciente.<sup>23</sup>

- d) Con la política institucional de seguridad se busca así mismo institucionalizar una cultura hacia la seguridad del paciente, reducir - y documentar el proceso- de la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos; el crear y fomentar de manera sistemática la existencia de entornos seguros, al mismo tiempo que sensibilizar, educar, capacitar y participar en tareas y acciones que coadyuven a la seguridad de la atención en salud.
- e) Vinculado al punto anterior surge la importancia del concepto de “barreras de seguridad”, que representa una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.<sup>24, 25</sup> El diseño de dichas barreras se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual generalmente se recomienda la utilización del Protocolo de Londres<sup>26</sup>, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud.<sup>27</sup>

En efecto, se ha comentado previamente que la política de Seguridad del Paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes y eventos adversos, para conocer sus causas y las acciones para intervenirlos, de tal forma que a partir del análisis causal deberán diseñarse e implementarse prácticas seguras en los diferentes procesos de atención. Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son: acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud; acciones orientadas a evitar la confusión en la administración de medicamentos (formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación); acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano (fatiga, comunicación, entrenamiento); programas para evitar las caídas de pacientes; protocolos para la remisión oportuna de pacientes; y barreras de seguridad en la utilización de nuevas tecnologías, entre otras muchas posibles acciones a considerar según la frecuencia y tipo de los incidentes.

23. Rizo Amézquita J, “Métodos de análisis de eventos adversos”. CONAMED/ Boletín del Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, No. 2, septiembre-octubre 2015

24. Ministerio de la Protección Social / Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente; Bogotá Colombia, Noviembre de 2008

25. De la Cruz Muñoz JM Documento de Análisis de Barrera, Dirección de Calidad en Salud, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima, Perú 2007.

26. Rizo Amézquita J, Lozano A. “El Protocolo de Londres”. CONAMED/ Boletín del Centro Colaborador en materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, No. 22, enero-febrero 2019

27. Rizo Amézquita J, “Métodos de análisis de...” OP cit

- f) Un valor agregado al análisis continuo de los hechos y la búsqueda de las alternativas de solución y prevención de los incidentes y eventos adversos lo constituye el hecho de que la actividad en sí misma promueve la toma de conciencia y la colaboración en los diferentes niveles jerárquicos al interior del establecimiento y/o institución, al reunir a los diversos miembros del equipo de trabajo y dando pauta a la reflexión sobre comportamientos surgidos tanto en situaciones normales como inusuales.
- g) En particular esto último, realizado en forma sistemática y buscando per se la mejora continua del sistema de salud, es de esperarse que influya en el mediano y largo plazo en la modificación de valores, creencias y comportamientos de tal forma que se logre conformar una verdadera cultura homogénea de calidad y seguridad del paciente, entre los distintos miembros y grupos jerárquicos de la comunidad médica.

## PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN

Entre las acciones institucionales que deben implementarse como parte esencial de la política nacional de seguridad del paciente, se encuentra el desarrollo de protocolos para el manejo del paciente, la aplicación de metodologías para la evaluación de la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos, así como la elaboración y aplicación de mecanismos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos, de los cuales ya hemos mencionado previamente, así como el desarrollo de metodologías para el análisis de dichos eventos, la construcción de indicadores y el monitoreo de éstos para el seguimiento de su comportamiento, así como también el establecimiento de estrategias para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente. No obstante, existen otros temas que enumeramos brevemente a continuación:

- Se requiere otros muchos documentos, tales como una Buena guía técnica sobre las buenas prácticas en seguridad del paciente, los lineamientos generales para la implementación de la política de seguridad del paciente que se propone, un paquete de recomendaciones para asegurar su adecuado seguimiento, y el diseño de un paquete de multimedia que promueva la seguridad del paciente a la población en general, tanto usuarios como familiares, prestadores de servicios de salud y autoridades institucionales.
- Implementar de manera continua y generalizada en los establecimientos de salud, particularmente los de tipo hospitalario, el proceso de gestión de riesgos, integrado por un conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un efecto adverso que afecte a personas

(pacientes, personal de salud, directivos...); instalaciones (edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario...); recursos económicos (inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación); prestigio y renombre de la institución y sus profesionales (satisfacción paciente, reputación, atracción de nuevos usuarios de los servicios).

- En el contexto de una política de seguridad del paciente es indispensable la inclusión del tema de comunicación social, en la medida que la implementación de una comunicación sobre seguridad es un pilar esencial para el desarrollo y el mantenimiento de una cultura positiva. En ese sentido, es conveniente que los medios de comunicación se den a la tarea de dar difusión a los contenidos propios de la Política en la materia, a los procedimientos establecidos para asegurar la seguridad del paciente, a las circulares de noticias en torno al tema, a todo tipo de materiales incluidos en boletines, al acopio de materiales para la Website.
- Las actividades relativas a la capacitación son esenciales en el proceso de implementación de una Política sobre Seguridad del Paciente. Su principal objetivo es garantizar actividades de educación específica en terminología, instrumentos de registro y elaboración de reportes, clasificación de eventos, gestión del riesgo en la atención a la salud, informar sobre la Política institucional de seguridad del Paciente y buenas prácticas adoptadas por la organización correspondiente al desarrollo de la cultura en dicha área.
- Además se destaca en particular, la inclusión de la agenda sobre seguridad del paciente en la educación de futuros profesionales en salud, la adecuación de la currícula académica, la revisión de marcos normativos, el diálogo y las negociaciones de los gerentes de servicios de salud con las autoridades universitarias, de otro tipo de organizaciones civiles y de la propia comunidad también resultan claves para avanzar en la calidad de la atención.
- El promover y/o enriquecer los procesos de investigación en el campo de la seguridad del paciente, resulta indispensable en tanto que la prestación de la atención en servicios de salud se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. En términos generales dichas investigaciones deberán estar orientadas a mejorar las condiciones de seguridad teniendo por objeto encontrar soluciones que permitan prevenir posibles daños a los pacientes. Entre los grandes temas pendiente por abordar se encuentran desde los aspectos más generales (determinación de la frecuencia, tipo y magnitud del

daño de los eventos adversos; el entender sus causas y evaluar sus consecuencias; encontrar soluciones y evaluar el efecto de estas tanto en lo individual, como lo social y lo institucional, hasta otros temas más operativos y puntuales como sería el caso de estudios relativos a la realización de auditorías, la existencia y operación de los modelos de gestión, el proceso de sistematización de evidencias, el desarrollo y aplicación de instrumentos de notificación y registro, la evaluación de la calidad y la seguridad, la implementación de la cultura de la seguridad.

- Finalmente cabe mencionar que uno de los principios recomendados para la formulación de la política de seguridad del paciente es su construcción colectiva, con el propósito de lograr un mayor compromiso en su implementación. Adicionalmente, el contar con una cultura institucional sobre la seguridad permite establecer las pautas para un comportamiento aceptable en el lugar de trabajo, señalando claramente las normas y límites, al mismo tiempo que provee un marco de referencia para la toma de decisiones por parte de gerentes y empleados, mismo que podrá ir evolucionando en la medida que se enriquece por la experiencia y las buenas prácticas.

En cuanto al contenido, las actividades y temas a desarrollar son múltiples, contándose entre los más importantes los siguientes:

- Identificación, valoración y cuantificación de los riesgos por proceso.
- Diseñar y/o evaluar los procesos institucionales y de atención en salud de los diferentes programas hacia la promoción de una atención segura.
- Estandarización de los procesos de atención.
- Revisión y mantenimiento del equipamiento tecnológico seguro.
- Evaluación del ambiente físico en forma periódica y sistemática.
- Promoción y socialización de protocolos y guías de manejo clínicas asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente.
- Diseño, implementación y seguimiento de formatos y sistema de registro de incidentes y eventos adversos.
- Construcción de indicadores y monitoreo de estos que permitan dar seguimiento a los planes de mejora propuestos.

Con particular énfasis deberán abordarse aquellos factores contributivos que se sabe impactan de manera negativa la práctica clínica, así como el origen o la fuente de éstos.<sup>28</sup> Entre los más destacados se encuentran los que se mencionan a continuación:

- Respecto al individuo: su nivel de conocimientos, habilidades y competencias, así como su salud física y mental.

Respecto al paciente: su complejidad y gravedad,

- el lenguaje y comunicación y su personalidad y factores socioculturales.

- Respecto a las tareas y tecnología: diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayuda para toma de decisiones.
- 

- Respecto al equipo de trabajo: comunicación verbal y escrita; supervisión y disponibilidad de soporte; estructura del equipo (consistencia, congruencia,...).
- 

- Respecto al ambiente: personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral y ambiente físico (luz, espacio, ruido).

- Respecto a la organización y gerencia: recursos y
- limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas; prioridades y cultura organizacional.

- Respecto al contexto institucional: económico y
- regulatorio; coordinación efectiva intra e inter-institucional; contactos y relaciones con organismos internacionales.

## CONCLUSIONES: ASPECTOS RELEVANTES

La primera afirmación concluyente es que todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento. El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo, existiendo desde el siglo XVII A.C; sin embargo, el problema se hace cada vez más visible y actualmente resulta indispensable abordar el tema de la seguridad del paciente y destacar la necesidad de contar con una Política institucional al respecto. Este hecho tiene como antecedente inmediato el surgimiento de múltiples transformaciones que en las últimas décadas se han dado en torno de la atención sanitaria, y que de alguna manera han contribuido a hacer patente la ocurrencia

28. Ministerio de la Protección Social de Colombia/Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, Bogotá D.C., Diciembre de 2007. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

de incidentes y eventos adversos: Entre estos factores se pueden mencionar los avances tecnológicos en todos los ámbitos de la medicina actual, la existencia de una atención sanitaria cada vez más fragmentada, la aparición cotidiana de una gran multitud de tratamientos diferentes así como un incremento de procedimientos invasivos, la realización de tratamientos de más en más sofisticados sin contar frecuentemente con una infraestructura suficiente y adecuada para la realización de la actividad, aunado a la existencia y presión social de pacientes cada vez más informados y con mayores niveles de exigencia.

La cultura de la seguridad del paciente deberá estar presente en todo momento y en todo contexto de la institución de salud: en su misión, visión y valores, en sus objetivos y metas, en el establecimiento de lineamientos asistenciales, docentes y de sensibilización, en todo acto médico en el que se presten cuidados médico-quirúrgicos al paciente, en el diseño de protocolos relacionados con nuevos procesos y procedimientos, en la gestión del talento humano institucional así como el comportamiento y sensibilización del personal involucrado, en la adquisición de productos, insumos y equipamiento, y en todo programa de investigación médico-clínica.

Un punto relevante de la Política de Seguridad del Paciente lo constituye sin duda la presencia de los sistemas de información sobre el registro y la notificación de la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, a partir de los cuales se sustentará el diagnóstico, la construcción de indicadores y los procesos de evaluación de la política misma. En efecto, para la cultura de la seguridad del paciente, la medición sistemática de sus efectos es esencial para minimizar los eventos adversos, debido a que el registro sistemático de los hechos y las mediciones permiten reconocer las fortalezas y debilidades en el clima de la seguridad en los establecimientos de salud y son un insumo valioso en el diseño de estrategias para incrementar la seguridad del paciente.

Dicho de otra forma, en el contexto de la política de la seguridad del paciente, el tema de la información es fundamental y no hay forma de justificar la ausencia de datos que permita el conocimiento del estado que guarda la ocurrencia de eventos adversos; es por ello que en el entorno legal de todo establecimiento debe estimularse el reporte de incidentes, cuestionando severamente el no reporte de estos hechos. La revisión continua y sistemática de las quejas de los usuarios y los reportes elaborados por parte del personal de salud debe ser práctica común en los establecimientos de tal forma que se sancione la reincidencia en las mismas fallas de atención y la ausencia de acciones implementadas para su mejoramiento.

Esto implicará la obligatoriedad de proteger la confidencialidad del análisis de los reportes sobre los eventos adversos, garantizando a la vez la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.

La elaboración de diagnósticos, la identificación de causas y las propuestas de solución constituye un elemento central en el seguimiento de toda política de seguridad del paciente: los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; por ejemplo, a nivel del apoyo gubernamental (por ejemplo, falta de financiación), a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria (por ej., estructuras o procesos) o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales (por ej., error humano). Las soluciones de esta iniciativa no se ocuparán de las amplias causas subyacentes de los problemas de seguridad del paciente (por ej., los recursos inadecuados), sino que más bien se dirigirán al nivel específico donde el buen diseño del proceso pueda evitar (potencialmente) que los errores humanos alcancen de hecho al paciente. Por lo tanto, las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna.

Deberá impulsarse en todo momento los procesos de investigación sobre la seguridad de paciente, particularmente entre otros aspectos lo relativo a las prioridades sobre la importancia del grado de daños causados, expresado por la morbilidad y otros efectos colaterales en la vida de los pacientes, los motivos y causas que los originaron, los costos adicionales que ello implica sobre los tratamientos, incapacidades o compensaciones, y la eficacia y factibilidad de las actuaciones encaminadas a solucionarlas. Según la OMS<sup>29</sup>, se estableció que en los países en desarrollo y con economías en transición (como el nuestro) la principal prioridad era la formulación y el ensayo de soluciones locales efectivas y asequibles, y en segundo lugar las estrategias costo-eficaces de reducción del riesgo; en los países desarrollados, entre los problemas prioritarios se encuentran la falta de comunicación y coordinación y los fallos latentes del sistema, causas que también son altamente frecuentes en México.

Finalmente, vale la pena reiterar que los objetivos perseguidos por una Política de Seguridad del Paciente – acompañada por supuesto de fuertes medidas de control de calidad de los servicios de salud – pueden garantizar la reducción de daños y lograr la satisfacción del usuario y su familia, debiendo ser por ello una prioridad para todos los prestadores de servicios de los distintos niveles de atención y un

29. OMS/ Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente. Disponible [http://www.who.int/patientsafety/research/priority\\_setting/es](http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es)

compromiso esencial del Sistema Nacional de Salud.

## BIBLIOGRAFIA<sup>30</sup>

PERÚ/MINSA. El desafío del cambio de milenio. Un sector con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000

Ministerio de Salud de Peru/Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N° 727-2009/MINSA (Dirección General de Salud de las Personas Dirección de Calidad en Salud Lima, Perú, 2009

OPS/OMS. Políticas y Estrategias Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente. 140° Sesión del Comité Ejecutivo. 2008

Sotelo A. Enjuiciamiento de la Políticas de Salud. Ponencia presentada al III Congreso Nacional de Salud Pública. Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. Perú, 1968.

Costa Rica/ Caja Costarricense de Seguro Social/ Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente (<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/PoliticaCalidadPaciente.pdf>), San Jose 28 febrero

Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente ([https://www.who.int/patientsafety/research/preguntas\\_mas\\_relevantes.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/research/preguntas_mas_relevantes.pdf?ua=1))

Ministerio de Protección Social, Dirección General de Calidad de los Servicios, "Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad", Bogotá Colombia, 2011.

Consejo Internacional de Enfermería. La Enfermería Importa. Seguridad de los pacientes.

Comunicado de prensa 29 de abril de 2002. Los profesionales de salud piden prioridad para la seguridad del paciente. [www.icn.ch/matters\\_ ptsafetysp.htm](http://www.icn.ch/matters_ptsafetysp.htm)

Franco, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Médica. 2005; Vol. 36 (2): 130 – 133.

OMS. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención más segura. World Health Organization

Jiménez Paneque, RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública, ene.-mar. 2004, Vol. 30, N° 1, p. 0

CONAMED, Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente, México, SS, 2008.

Fajardo-Dolci GE, Rodríguez-Suárez FJ, Campos-Castolo M, Carrillo Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas H, "Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente", Revista CONAMED, 2008 Jul-Sep; 13(3):38-56.



Centro Colaborador de la OPS/OMS  
en materia de Calidad de la Atención  
Médica y Seguridad del Paciente

**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



# Salud Universal

Para todos y todas,  
en todas partes.

#SaludUniversal  
#SaludParaTodos

**Día Mundial de la Salud**  
**7 de abril del 2019**

# BOLETÍN CONAMED



Centro Colaborador de la OPS/OMS  
en materia de Calidad de la Atención  
Médica y Seguridad del Paciente



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**CONAMED**  
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

[www.gob.mx/conamed](http://www.gob.mx/conamed)