



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL



LA AGENDA DE CALIDAD EN SALUD





LA AGENDA DE CALIDAD EN SALUD

Santivañez Pimentel, Alvaro Cesar
Lavado de la Flor, Glicería
Leyton Valencia, Imelda
Montañez Mendoza, Ana Maria
Siu Guillen, Hugo Renato
Santivañez Pimentel, Miguel Angel
Valdivia Vera, Edson
Vasquez Alva, Rolando

LA AGENDA DE CALIDAD EN SALUD

Autores

Santivañez Pimentel, Alvaro Cesar
Lavado de la Flor, Glicería
Leyton Valencia, Imelda
Montañez Mendoza, Ana Maria
Siu Guillen, Hugo Renato
Santivañez Pimentel, Miguel Angel
Valdivia Vera, Edson
Vasquez Alva, Rolando

Editado por:

© **Colegio Médico del Perú**

Fondo Editorial Comunicacional

Malecón Armendáriz 791, Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: 213 1400 Anexo: 2601
www.cmp.org.pe

Revisión de estilo

Beatriz E. Gonzales La Rosa

ISBN: 978-612-49441-0-9

Hecho el Depósito Legal en el Biblioteca Nacional N° 2023-10329

Diseño y Diagramación

Impresión Arte Perú SAC

Impresión

Impresión Arte Perú SAC
Jr. General Orbegoso 249 - Breña
999698361 - 998738077
contacto@impresionarteperu.com

Octubre 2023

Primera edición, Lima, Perú, octubre de 2023

Tiraje: 500 ejemplares

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio reprográfico o informático, so pena de las sanciones previstas en la ley.



COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL Período 2022-2024

Decano	: Dr. José Raúl Urquizo Aréstegui
Vicedecano	: Dr. Alfredo Alonso Celis López
Secretaria del Interior	: Dra. Wilda Cecilia Silva Rojas
Secretario del Exterior	: Dr. Víctor Leonel Llacsa Saravia
Tesorero	: Dr. Wilder Alberto Díaz Correa
Vocales	: Dr. Herminio Renán Hernández Díaz Dra. Amelia Cerrate Ángeles Dr. César Augusto Portella Díaz Dr. Leslie Marcial Soto Arquiñigo
Accesitarias	: Dra. Celia Betzabet Moisés Alfaro Dra. Milagros Dalila Sánchez Torrejón

CONSEJOS REGIONALES DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

Dra. Elena Victoria Rios De Edwards	CONSEJO REGIONAL I LA LIBERTAD
Dr. Miguel Ángel Pinedo Saboya	CONSEJO REGIONAL II IQUITOS
Dr. Ildauro Aguirre Sosa	CONSEJO REGIONAL III LIMA
Dra. Armida Concepcion Rojas Dávila De Izaguirre	CONSEJO REGIONAL IV HUANCAYO
Dr. Antony Gustavo Tohalino Meza	CONSEJO REGIONAL V AREQUIPA
Dra. Eliana Janette Ojeda Lazo	CONSEJO REGIONAL VI CUSCO
Dr. Christian Yuri Requena Palacios	CONSEJO REGIONAL VII PIURA
Dr. Ronald Jimy Agüero Acuña	CONSEJO REGIONAL VIII CHICLAYO
Dr. Luis Felipe Muñante Aparcana	CONSEJO REGIONAL IX ICA
Dr. Andrei Alekseevich Kochubei Hurtado	CONSEJO REGIONAL X HUÁNUCO
Dr. Alberto Fernando Del Valle Espejo	CONSEJO REGIONAL XI HUARAZ
Dr. Jorge Eliseo López Claros	CONSEJO REGIONAL XII TACNA
Dr. Carlos Abelardo Morales Hernández	CONSEJO REGIONAL XIII PUCALLPA
Dr. Carlos Alberto Neira Ortega	CONSEJO REGIONAL XIV PUNO
Dr. Efraín Salazar Tito	CONSEJO REGIONAL XV SAN MARTÍN
Dr. Waldo Franz López Gutiérrez	CONSEJO REGIONAL XVI AYACUCHO
Dra. Patricia Isabel Ocampo Quito	CONSEJO REGIONAL XVII CAJAMARCA
Dr. Luis Alberto Ortiz Pilco	CONSEJO REGIONAL XVIII CALLAO
Dr. Carlos Humberto Quiroz Urquizo	CONSEJO REGIONAL XIX CHIMBOTE
Dr. Manuel Alejandro Pomazongo Goyas	CONSEJO REGIONAL XX PASCO
Dr. Giancarlo Urquizo Pereira	CONSEJO REGIONAL XXI MOQUEGUA
Dr. José Luis Osorio Ticona	CONSEJO REGIONAL XXII APURÍMAC
Dra. Lourdes Liliana Feijoo Oyola	CONSEJO REGIONAL XXIII TUMBES
Dr. Lino Elmer Rodríguez Julcamanyan	CONSEJO REGIONAL XXIV HUANCANELICA
Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez	CONSEJO REGIONAL XXV AMAZONAS
Dr. Elard Arturo Castor Cáceres	CONSEJO REGIONAL XXVI MADRE DE DIOS
Dr. Juan Carlos Nicho Viru	CONSEJO REGIONAL XXVII LIMA PROVINCIAS

Fondo Editorial Comunicacional - FEC

Dr. Oscar Pamo Reyna

Director del FEC

Médico Internista Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Miembro del FEC

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Académico de número, Academia Nacional de Medicina

Dr. Jorge González Mendoza

Médico infectólogo

Secretario del FEC

Moderador, Programa para la Monitorización de Enfermedades Emergentes

(ProMED). International Society of Infectious Diseases

Dr. CIRO MAGUIÑA VARGAS

Médico Infectólogo Tropicalista Dermatólogo

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Académico de número - Academia Nacional de Medicina

Dr. Ricardo Iván Álvarez Carrasco

Instituto Nacional Materno Perinatal

Asociación Médica Peruana de Patología Clínica

Academia Panamericana de Historia de la Medicina

Asociación de Historia de la Medicina Peruana

Dr. Alberto Emilio Zolezzi Francis

Director Comité Editorial y miembro del FEC

Médico Gastroenterólogo

Hospital Nacional María Auxiliadora

Universidad Ricardo Palma

Dr. Horacio Vargas Murga

Médico Psiquiatra

Docente Principal de la UPCH

Médico Asistente

Instituto Nacional de Salud Mental

"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Presentación del CMP

El Comité Directivo del Fondo Editorial Comunicacional (FEC) ha decidido auspiciar y financiar la primera edición de LA AGENDA DE CALIDAD EN SALUD, de los autores Alvaro Cesar Santivañez Pimentel, Glicería Lavado de la Flor, Imelda Leyton Valencia, Ana María Montañez Mendoza, Hugo Renato Siu Guillen, Miguel Angel Santivañez Pimentel, Edson Valdivia Vera y Rolando Vasquez Alva, obra que no solo cumple con los requisitos de calidad, pertinencia, oportunidad, equidad y respeto que consagran nuestro reglamento, sino que aborda un tema de interés en el quehacer médico diario, vivencias y otros aspectos de la salud.

Esta edición de LA AGENDA DE CALIDAD EN SALUD, tiene 126 páginas.

El decano y el director general del FEC/CMP felicitan a los autores por la claridad y calidad del contenido del tema presentado. Con esta nueva publicación, el CMP cumple con el deber histórico de colaborar con la difusión del conocimiento, en la era que estamos viviendo, difusión que es fundamental para el desarrollo del individuo y de la sociedad.

Miraflores, octubre de 2023



Dr. Raúl Urquizo Aréstegui
Decano Nacional del CMP
2022-2024



Dr. Oscar Pamo
Director del Fondo Editorial
Comunicacional CMP

Lista de autores

Santivañez Pimentel, Alvaro Cesar

Médico Ginecobstetra, MSc en Administración Internacional y Desarrollo – Universidad de Birmingham, Diplomado en Auditoría Médica y Docencia Universitaria en Salud, Asesor de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización sede central EsSalud, ha sido jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Lavado de la Flor, Glicería

Médico internista, con Maestría en Salud Pública con mención en Gestión Hospitalaria, Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, Diploma en Administración de Servicios de Salud, estudios de post grado en Auditoría de la Calidad y Gerencia de Hospitales, ha sido Directora de Oficina de Gestión de Calidad en establecimientos MINSA de tercer nivel III, Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, Past Presidenta de la Asociación de Calidad en Salud del Perú.

Leyton Valencia, Imelda

Médico Ginecobstetra, con estudios de Doctorado en Salud Pública y estudios de Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, past president de la Asociación de Calidad en Salud del Perú, ha sido Gerente de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad de la sede central de EsSalud y jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Santa Rosa.

Montañez Mendoza, Ana Maria

Médico con especialidad en Medicina Interna y Medicina Intensiva, Máster en Gerencia de Servicios de Salud, Diplomado en Auditoría Médica, ha sido jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad en el Hospital Naval y jefe de la Gerencia de seguridad del paciente y Humanización de la atención de ESSALUD

Siu Guillen, Hugo Renato

Médico cirujano, Máster en Control de Enfermedades Infecciosas y Tropicales en la UPCH, Máster en Gestión de la Calidad en los Establecimientos de Salud por la Universidad de Murcia, Director de Calidad de la Clínica Anglo Americana.

Santivañez Pimentel, Miguel Angel

Magíster Arquitecto profesor auxiliar de la Universidad Nacional de Ingeniería, consultor en gerencia de proyectos de edificaciones, con experiencia en salud, transporte, industria, vivienda, educación y deportes.

Valdivia Vera, Edson

Médico especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud, Diplomado en Auditoría y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud, ha sido Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional del Ministerio de Salud, 15 años docente invitado de postgrado en la Especialidad de Gestión en Salud, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

Vasquez Alva, Rolando

Médico especialista en Medicina Interna, así como en Medicina de Emergencias y Desastres, con Doctorado en Medicina, Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Diplomado en Auditoría Médica, es profesor principal de la universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Presentación

La calidad de la atención en salud suele ser invocada con frecuencia por autoridades. Sin embargo, la voluntad por la calidad puede quedar solo en el discurso y el uso del término calidad es solo como un adjetivo de los servicios de salud.

En otros casos lo asocian al término calidez, y reducen el concepto de calidad al de buen trato. En este caso calidad es tan solo ser amables, atentos, diligentes y en el mejor de los casos dar la información que solicita el usuario.

Sin embargo, también hay quienes perciben que el servicio de salud debe tener mejoras, pero no tienen claro cómo llevarlo a cabo. Pueden asumir que la calidad se logra comprando equipos, muebles, pintando paredes y contratando más personal. Se puede lograr todo ello, pero no garantiza que la calidad mejore.

Lo cierto es que la gestión de la calidad en el sector industrial ya no es una opción. Claramente es parte de la gestión de la organización y no tienen dudas en invertir en gestionar la calidad. De manera similar la gestión de la calidad se abre paso, en la medida que la cobertura de la atención de salud en la población se ha logrado y la población ya no mira a los servicios de salud como una dádiva, sino como un derecho. No solo espera recibir atención de salud, sino que esta deba ser de calidad. El aseguramiento universal de los servicios de salud, no tiene mucho sentido, si la atención brindada no cumple con estándares mínimos de calidad. Implementar servicios de salud, ya está en la agenda de los problemas de salud pública.

Sin una atención de calidad, las complicaciones obstétricas no son resueltas adecuadamente, llevando a la muerte de las gestantes; las infecciones asociadas a la atención detienen la recuperación de los pacientes y extienden la estancia hospitalaria; sin calidad se ejerce la medicina de espalda a la evidencia científica, gastándose recursos necesarios para atender las necesidades de la población. Sin calidad, no hay trabajo en equipo, ni continuidad de la atención y los casos complejos quedan sin resolver.

En el presente libro, también llamamos la atención sobre aspectos de la gestión de la calidad que o ni siquiera se han planteado, o no están bien resueltos en el marco normativo vigente y se comparten reflexiones sobre los límites de las propuestas actuales y las posibles alternativas de solución.

Espero que esta contribución, que parte de relatos de situaciones cotidianas e historias de casos, para luego ir construyendo propuestas, ayude a que los decisores tengan una aproximación a la gestión de la calidad y la miren como una estrategia para que los servicios de salud sean más eficientes, efectivos y centrados en el paciente.

Introducción

Mientras que, para el sector industrial, la apuesta por la gestión de la calidad es obvia, en el sector salud se titubea frente ella. Esto suele suceder pues nuestra formación de médicos hace mucho énfasis en el manejo de patologías, en las que identificamos factores de riesgo, planteamos diagnósticos que son corroborados por laboratorio o métodos de imágenes, y definimos manejos médicos y/o quirúrgicos; todo bajo el comando del médico. Sin embargo, la medicina se ha hecho compleja, requiere la coordinación de diferentes disciplinas, se es más invasivo y exige coordinación entre diferentes profesionales. Las posibilidades de hacer daño o que las cosas no salgan como las planeamos son mayores, y cuando entramos en ese escenario, el desconcierto es mayor, sobre todo cuando factores ajenos al control directo del profesional, influyen en el acto médico.

Los funcionarios y decisores a cargo del sistema de salud y los hospitales requieren atender la agenda de calidad pendiente y este libro busca plantear esta agenda y los problemas de calidad a enfrentar.

El capítulo *“Implementación de Guías de Práctica Clínica”* muestra como la herramienta más importante del acto médico, tiene en nuestro país problemas sin resolver y comparto reflexiones sobre cuellos de botella y salidas a tomar.

El capítulo *“Servicios de Salud Verdes”* constituye un ensayo en el que identifico los vínculos entre el cambio climático y la organización de los hospitales, tema pobremente enfrentado en nuestro país.

El capítulo *“De los Comité de Mortalidad Materna al Rediseño del Análisis de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva”*, se parte de un caso ficticio de muerte materna, pero nutrido con hechos reales para crear un espacio de reflexión sobre las herramientas y estrategias con las que estamos enfrentando las muertes maternas y como la gestión de la calidad puede ofrecer miradas diferentes a las actuales.

En el capítulo *“Seguridad en los Servicios de Emergencia”* nos ofrece una mirada a las emergencias, pero desde la perspectiva de la seguridad, donde de manera transparente se exponen las vulnerabilidades que enfrentan estos servicios a la luz de la evidencia científica.

En el capítulo *“Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente en el Perú”* se expone la agenda planteada por la Organización Mundial de la Salud y en qué medida se ha cumplido y qué es lo pendiente de implementar.

En el capítulo *“La Bendita Manía de Contar”* abordo el tema de las infecciones asociadas a la atención y como el estado peruano ha generado una respuesta ante ella, la cual es aún insuficiente.

El capítulo *“La Calidad en Salud: Principio de la Salud Pública Y Prioridad en la Agenda de los Sistemas de Salud al 2030”* tiene por público objetivo a los gestores de salud y describe con prolijidad cuál es la agenda internacional en gestión de la calidad en salud.

El capítulo *“¿Cómo comunicar al paciente y familiares las malas noticias?”* nos pone de frente al escenario en el que nunca quisiéramos estar: el dar una mala noticia al paciente y familiares, pero provee de pautas para manejar esta situación de la manera más apropiada.

En el capítulo *“¿Cómo se producen los eventos adversos en salud?”* se hace una disección de los eventos adversos, describiendo sus determinantes y la forma cómo se articulan fallas en el proceso de atención.

En el capítulo *“Sistema de Notificación de Incidentes y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente”* se detalla el pilar de los sistemas de gestión de los eventos adversos, la notificación, precisando los atributos de calidad a mantener para que sea efectivo.

Finalmente, en el capítulo *“El error humano”*, se recorre por las teorías que explican los mecanismos por los cuales se genera el error humano. Lo que permite comprender cómo el personal de salud también es vulnerable al error humano, y las organizaciones de salud deben contar con que tarde o temprano cometerán algún error.

No quiero terminar esta introducción sin dejar de agradecer a todos los colegas, apasionados de la gestión de la calidad, que han depositado su confianza en mi persona para articular sus experiencias y conocimientos en este libro que tiene por intención llamar la atención sobre este tema tan mentado pero cuya construcción está en proceso y requiere de indispensables ajustes en el camino.

Índice

Capítulo 1.	Implementación de Guías de Práctica Clínica.....	12
	<i>MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel</i>	
Capítulo 2.	Servicios de Salud Verdes.....	19
	<i>MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel y Mg Miguel Santivañez Pimentel</i>	
Capítulo 3.	De los Comité de Mortalidad Materna al Rediseño del Análisis de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	26
	<i>MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel</i>	
Capítulo 4.	Seguridad en los Servicios de Emergencia.....	32
	<i>Rolando Vásquez Alva</i>	
Capítulo 5.	Las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente en el Perú.....	44
	<i>Imelda Leyton Valencia</i>	
Capítulo 6.	La Bendita Manía de Contar.....	49
	<i>MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel</i>	
Capítulo 7.	La Calidad en Salud: Principio de la Salud Pública y Prioridad en la Agenda de los Sistemas de Salud al 2030	55
	<i>Edson Valdivia Vera</i>	
Capítulo 8.	¿Cómo comunicar al paciente y familiares las malas noticias?	88
	<i>Hugo Renato Siu Guillen</i>	
Capítulo 9.	¿Cómo se producen los eventos adversos en salud?.....	93
	<i>Imelda Leyton Valencia</i>	
Capítulo 10.	Sistema de Notificación de Incidentes y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente	105
	<i>Glicería Lavado de la Flor</i>	
Capítulo 11.	El Error humano.....	121
	<i>Montañez Mendoza, Ana María</i>	

Capítulo 1

Implementación de Guías de Práctica Clínica

MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel

En medio de las diversas actividades médicas, un discreto sonido me alertó de la llegada de un mensaje de Whatsapp. Cuando pulsé el icono del grupo, formado por todos los médicos especialistas del Departamento, encontré el mensaje pendiente de ser leído. Al abrirlo, un escueto texto anunciaba el archivo que lo acompañaba: *“para conocimiento y cumplimiento de todos, se les envía la nueva guía de práctica clínica (GPC) aprobada por el Ministerio de Salud el día de ayer, la cual adjunto”*.

Con frecuencia esto es lo que suele suceder con todas las nuevas directivas, guías de procedimiento, manuales, planes, etc. El uso de un recurso tecnológico, ayer el correo electrónico hoy el Whatsapp, nos da la ilusión de que se ha cumplido con implementar una GPC. La gestión no va más allá de un mensaje liberado por la jefatura o la secretaria del Departamento a un grupo determinado de profesionales, que rápidamente se ve desplazado por nuevos mensajes, videos, gifs, emoticones, stickers y memes, acompañado de un sinnúmero de sonidos de notificación.

Lamentablemente esta distribución de archivos dista mucho de lo que es gestionar

la implementación de una guía de práctica clínica. Una nueva GPC implica cambios en la conducta médica frente a una patología determinada, donde se abandonan formas de trabajo y se incorporan otras nuevas, y esto no sucede automáticamente o solo compartiendo información. En el presente capítulo, repasaremos cuál es el necesario ciclo de implementación de una GPC.

Formulación de una guía de práctica clínica

Si uno escribe las palabras “guía de práctica clínica asma” en el buscador de Google, este arrojará 1 460 000 resultados. A la revisión de estas guías de práctica clínica, encontrará que la calidad de estas, muestran una significativa variabilidad. No toda GPC publicada es de aceptable calidad.

En mayo del año 2009, con financiamiento de los Institutos Canadienses de Investigaciones Sanitarias, The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation) creado en 1998, elaboró la segunda versión del instrumento de evaluación de guías de práctica clínica. En el año 2003 se formuló la primera versión

del instrumento AGREE, para la valoración de la calidad de las GPC, y rápidamente ganó el respeto y aceptación en el medio académico.

El instrumento AGREE II cuenta con seis dominios. El segundo dominio se denomina “Participación de los implicados” y entre otros aspectos, valora que el grupo que desarrolla la guía incluya individuos de todos los grupos profesionales relevantes. El cumplimiento de este criterio facilita que, al aportar en su formulación todos los grupos relevantes, luego facilite su implementación. El quinto dominio se denomina “Aplicabilidad” y entre otros aspectos, valora si la guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica, y describe factores facilitadores, así como barreras para su aplicación. Es decir, desde la propia elaboración de la GPC, ya se está tomando en cuenta el momento de la implementación; y la propia guía advierte a la organización acerca de los probables obstáculos en la implementación.

En el ciclo de producción normativa, tras la aprobación de la GPC, hay cuatro fases: la difusión, la implementación, el apego y la evaluación. Esta última, no será motivo de revisión en el presente artículo.

Difusión

La Unidad de Análisis y Generación de Evidencias (UNAGESP), es parte del Instituto Nacional de Salud, cuenta con metodólogos capaces de conducir la elaboración de una GPC y las desarrollan tanto para áreas técnicas del Ministerio de Salud como para hospitales.

En el portal web de UNAGESP se pueden encontrar las GPC que ya han sido elaboradas y aquellas que se encuentran en proceso de formulación. Una de estas GPC terminadas es la “Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para el manejo del dolor en el trabajo de parto y parto usando técnica neuroaxial”. Esta guía consta de doscientas treinta y ocho páginas. Esta versión extensa de la guía, describe todos los pasos y hallazgos metodológicos que se han seguido para su formulación. El difundir un documento tan extenso hace muy poco probable su lectura. Si se dedicara un minuto a cada página, su sola lectura tomaría no menos de cuatro horas. Y si el lector no está familiarizado con el uso de las herramientas que se usan en la elaboración de la GPC (formato PICO, AGREE II, GRADE, AMSTAR, ADAPTE, términos MESH, etc.), pues las cuatro horas serán muy poco productivas.

El Documento técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica, ha previsto un modelo de estructura para formular una versión corta a partir de la versión completa de GPC. Sin embargo, no resuelve totalmente el problema. La versión corta de la “Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Pre eclampsia y eclampsia” consta de 25 páginas. La versión corta podría ser más sucinta, pero la estructura que propone el Ministerio de Salud exige desarrollar contenidos para ocho secciones y veintiún subsecciones; funciona mejor para desarrollar el capítulo de un tratado de medicina, que para formular un buen compendio de la versión extensa de GPC. Aun más, este arborizado modelo

de estructura lleva a ser completada con información que no ha sido desarrollada a partir de preguntas PICO, restándole el rigor metodológico al producto desarrollado. Si se revisa la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del año 2005, encontraremos este modelo de estructura recogido en la última norma para la versión corta. Al actualizar la metodología de elaboración de GPC de la norma del año 2005, también debió dejarse aquella estructura, que no se articula con la nueva metodología.

Con el propósito de facilitar la difusión, así como su implementación, hay países que han optado por desarrollar una versión corta visualmente amigable que combina colores y diversos tamaños de letra en un diseño ingenioso. Un ejemplo ilustrativo de ello es el Scottish Intercollegiate Network, más conocido por sus iniciales SIGN. Esta organización, que entró en funciones en el año 1993 y ha publicado más de 150 directrices, cuando formula una GPC, la acompaña de lo que denomina “Quick Reference Guide”, que consta de cuatro páginas condensando la información clave de la guía.

Asimismo, desde el año 2011 SIGN ha desarrollado un aplicativo que permite acceder a las GPC disponibles desde un celular móvil. En la difusión no es suficiente comunicar la existencia de una nueva GPC, sino que es necesario hacerlas accesibles. Una manera de hacerlo es a través de un aplicativo para móvil, otra forma es crear un repositorio electrónico de GPC en un portal web.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social permite que las guías

puedan descargarse en teléfonos inteligentes y tabletas con sistemas operativos Android o iOS identificando su aplicación como GPCr. Los mismos expertos que elaboraron las GPCs, fueron convocados posteriormente para la capacitación de sus pares a través de jornadas académicas.

De una forma u otra, lo que se debe garantizar es que el personal de salud que está tomando decisiones con pacientes, esté familiarizado con las guías y en caso sea necesario pueda consultar las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año .

Implementación

No se pueden obtener mejores resultados manteniendo las mismas formas de trabajo. Una nueva guía de práctica clínica implica dejar de hacer cosas y hacer cosas nuevas. Por años habíamos aplicado el enema a cada paciente en labor de parto. Uno de los libros de texto “Obstetricia Práctica” de Pschyrembel (1981), refiere en torno a la preparación de la embarazada para el parto se puede leer entre signos de exclamación “La enema es con frecuencia el mejor procedimiento para estimular las contracciones uterinas”.

En el año 1996, el jefe de nuestro Departamento de Ginecología decidió implementar nuevas formas de trabajo y ordenó que, a partir de la siguiente semana, no se pondría ni un solo enema a las gestantes en labor de parto. La orden se acató a mando militar sin dudas ni murmuraciones. Este cambio fue brusco, sin transiciones, pero posible por el fuerte liderazgo de la jefatura. Cabe decir

que, sin su compromiso con el cambio, este hubiera tomado mucho más tiempo.

El cambio fue también facilitado por algunos otros aspectos: un gasto menos para el paciente (en ese momento el paciente pagaba todos los insumos y medicamentos del parto), por otro lado, era una tarea menos para el personal técnico, finalmente no era una actividad que realizaba el médico.

En el año 1999 participé de un Meeting sobre prevención de la hemorragia post parto que tuvo lugar en Detroit - Michigan. A raíz de una muerte materna, se revisó la literatura buscando nuevos aportes en el control de la hemorragia postparto. La hemorragia puerperal sigue siendo en muchos países la primera causa de muerte obstétrica. Se invitó a todos aquellos médicos que en los últimos años habían publicado alguna técnica o método para controlar la hemorragia postparto. El Dr. Percy Pacora, un peruano que participaba como miembro de un equipo de investigadores, me permitió conocer a Christopher Lynch, quien había creado una nueva técnica quirúrgica para prevenir la hemorragia post parto y se dio el tiempo no solo para exponer su técnica, también para una demostración en quirófano. Esta sutura tomaba apenas diez minutos y sumaba apenas un solo catgut crómico al material quirúrgico. La publicación de una primera serie de casos mostraba lo eficaz del método en evitar una histerectomía por atonía uterina.

Con entusiasmo regresando del viaje, pedí a los colegas que me avisen en caso hubiera una atonía uterina rebelde al manejo médico. Se dio la oportunidad y empecé a practicar la

sutura de Lynch, evitándose histerectomías que anteriormente se veían como la única alternativa de solución. Semanas después era increpado por la jefatura, se me acusó de temerario y se indicó que no siga aplicando esta sutura hasta nueva evaluación. La verdad es que no dejé de aplicar la sutura y los colegas más jóvenes, incluyendo los residentes, vieron cuán ventajoso era su uso y la adoptaron en poco tiempo.

Cuando los beneficios de una nueva práctica son tan contundentes, se facilita la aceptación. Otra ventaja era que no requería mayor compra de equipos o materiales, y no se requería de una gran destreza quirúrgica para llevarla a cabo.

La implementación de GPC podría exigir entrenar al personal de salud en una nueva técnica quirúrgica, o entrenar en una nueva secuencia para diagnosticar y tratar. ¿Que exige la nueva GPC del recurso humano? Es necesario entenderlo y definirlo: requieren solamente brindar información o exigen generar destrezas específicas. Estos entrenamientos no pueden brindarse a una parte del personal, sino a todos ellos, de modo que el proceso de trabajo sea siempre predecible y brinde el efecto benéfico a todos los pacientes y no solo a aquellos con la suerte de recibir atención por un médico reentrenado.

En la implementación de una GPC debe contemplarse la necesidad de que la institución adquiriera un equipo determinado o establezca un convenio para acceder a este en otra institución. Dependiendo de la patología se debe valorar si el acceso a una

prueba en particular puede comprometer la oportunidad de la atención. Asimismo, el tratamiento de una patología puede exigir el uso de medicamentos que no están en el petitorio nacional o institucional. Aprobar una GPC que contempla estos medicamentos, implicaría también comprometerse a realizar todas las gestiones necesarias para que la institución cuente con ello.

Es frecuente encontrar en las salas de atención inmediata del recién nacido un afiche con la puntuación de Apgar. Estas tablas tienen por función hacerla accesible y facilitan una valoración correcta, que no dependa de la memoria del profesional que atiende al neonato. Si este tuviera una duda, no tiene más que levantar la cabeza y repasar rápidamente la tabla de puntuación.

De manera similar, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en el año 2005 el Primer Reto Global, bajo el lema “Atención Limpia, atención segura”, buscaba reducir la causa más frecuente de eventos adversos en los hospitales: las infecciones asociadas a la atención de salud. Una de las actividades de esta campaña mundial fue fortalecer la técnica de higiene de manos; para ello diseñó gráficos en los que se podía ver los pasos de la higiene de manos. Estos afiches debían de colocarse en los puntos donde por ejemplo se llevaba a cabo el lavado de manos con agua y jabón.

En el año 2014, la OMS convocó a sesenta y ocho personas del Grupo de Elaboración de la Guía. El trabajo de este grupo permitió generar la quinta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de

Anticonceptivos, presentada el año siguiente. La primera edición se formuló el año 1996 y a lo largo de los años se ha ido actualizando, con el propósito de tener al día información sobre la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas, tales como mujeres que están amamantando o en mujeres posparto, o mujeres con trastornos venosos superficiales, entre otros.

La presentación de la quinta edición trajo un producto adicional: la “Rueda con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos”. La rueda hace coincidir los métodos anticonceptivos, que se muestran en el disco interno, con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el disco externo. En el espacio de visualización se aprecia un número que está en el rango de 1 a 4. Las categorías 1 y 2 permiten el uso del método anticonceptivo y las categorías 3 y 4 no lo permiten. Este sencillo instrumento facilita la aplicación de criterios explicados en la Guía, de modo que facilita discernir cuando usar un método anticonceptivo.

Tanto en el caso de las tablas de puntuación Apgar, como los afiches con la técnica de lavado de manos o la rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, constituyen recordatorios que también podrían ser diseños de algoritmos, recomendaciones trazadoras, etc., que funcionan como instrumentos de apoyo u ayudas para el cumplimiento de determinados aspectos de las guías de práctica clínica, evitando el sesgo por

memoria y facilitando la estandarización de la atención.

Apego

Todo lo dicho anteriormente no es suficiente para garantizar el cumplimiento sostenido de una GPC. Existen otros recursos, de los que es necesario echar mano. A continuación, referiré algunos de ellos útiles en lograr el apego.

La auditoría médica es un proceso por el cual un equipo de médicos entrenados contrasta, bajo una metodología determinada, la atención brindada a un paciente, según los registros en la historia clínica, con las guías de práctica clínica vigentes al momento de la atención. Los resultados se plasman en un Informe de Auditoría, el cual contiene los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones. Este informe que no tiene fines punitivos, sino el de identificar oportunidades de mejora, es entregado al titular de la entidad para que disponga el cumplimiento de las recomendaciones. Los jefes de Departamento implementan las recomendaciones para lograr un mejor cumplimiento de las GPC.

Una metodología similar es la medición de la adherencia a las guías de práctica clínica. En este caso, un grupo de pares revisa y analiza un conjunto de historias clínicas que tienen en común una patología y determina el grado de adherencia a la GPC correspondiente a la patología seleccionada.

En ambos casos, los informes de la auditoría médica y de la medición de la adherencia a las GPC, ofrecen retroalimentación a los equipos

médicos, permiten corregir desviaciones de la práctica médica, uniformizan la atención y también pueden dar lugar a la elaboración de proyectos de mejora de la calidad.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud permite de manera integral llevar a que, tanto las unidades administrativas como las asistenciales, demuestren que toman decisiones en referencia a estándares de calidad. En nuestro país el Ministerio de Salud ha desarrollado dos propuestas de acreditación: la primera de ellas implementada en la década de los noventa y la segunda en el año 2007, la cual se mantiene vigente hasta la fecha.

Con frecuencia estos estándares de calidad exigen que la organización cuente con guías de práctica clínica, que estén difundidas, sean accesibles al personal de salud y estos brinden atención en concordancia con estas GPC. También valora que se cuente con mecanismos de control de la prestación con estas características (tales como la auditoría médica, el uso de indicadores clínicos o la medición de la adherencia a las GPC). El cumplimiento de estas actividades suma puntajes para alcanzar niveles compatibles con la acreditación.

Los mecanismos de control del financiamiento de la atención, también podrían prestar atención al cumplimiento de las GPC, donde al encontrarse una intervención no acorde con la GPC, puede requerir una sustentación de la intervención o de lo contrario, esta deja de ser reconocida para su financiamiento.

Referencias Bibliográficas

1. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diseminacion-e-implementacion-gpc/>
2. Flórez Gómez Iván Darío, Montoya Diana Carolina. Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2011 Sep [cited 2022 Aug 01]; 40(3): 563-576. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000300014&lng=en.
3. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015. Resumen ejecutivo. <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/795/Criterios-medicos-anticonceptivos-OMS2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
4. Organización Mundial de la Salud. Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2015. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549257>
5. Ortiz Hoyos, José Luis. Desarrollo e implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia en Colombia: una apuesta por la calidad. En *Monitor estratégico* Número 6 Julio - Diciembre 2014.

Capítulo 2

Servicios de Salud Verdes

MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel y Mag. Miguel Angel Santivañez Pimentel

Información. El médico le había indicado una ecografía de abdomen. Para sacar cita, mi esposa debía dirigirse a otro local donde atendían de 8 a.m. a 2 p. m. Le entregaron la cita para la siguiente semana. En efecto, a los siete días el médico ecografista la evaluó y le mostró en pantalla los diminutos y múltiples brillantes cálculos biliares. El informe podría recogerlo a partir de dos días útiles. Al tercer día recogió el resultado con el cual recién pudo sacar en admisión cita para la consulta de control. Diez días después, el médico leía el informe ecográfico y explicaba que era de necesidad quirúrgico por lo que le daría la orden de referencia para coordinar con el cirujano la preparación preoperatoria.

Hemos llegado al diagnóstico, pero esto significó ocho desplazamientos desde la casa a un punto de atención de salud y el respectivo retorno. Cada traslado implicó usar un medio de transporte, que a su vez dejaba una huella de carbono. La huella de carbono representa el volumen total de gases de efecto invernadero que producen las actividades económicas y cotidianas del ser humano.

En este momento, reducir los desplazamientos del paciente y/o familiares, no debe responder

solamente a manejar un enfoque de atención centrada en el paciente y a la satisfacción del usuario, en la actualidad, también implica cumplir con una responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud con la comunidad y el medio ambiente.

Los desplazamientos del paciente debieran de ceñirse a lo estrictamente necesario como, en el presente relato, el movimiento inevitable es solamente la evaluación ecográfica del paciente; debieran evitarse traslados para sacar cita, recoger un resultado o interpretar el resultado de un examen auxiliar. La simplificación de procesos, por ejemplo, a través de informatizar las actividades, permitiría que la información se traslade, en lugar de que lo haga el paciente.

Dispositivos. El paciente de 30 años se echó sobre la mesa quirúrgica; hace 6 horas inició un dolor intenso que se fue desplazando hacia la fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas y vómitos. El dolor se exacerbaba cuando el médico presionaba el abdomen lentamente y luego levantaba la mano bruscamente; también lo sintió cuando le realizaron la ecografía abdominal. En la mesa quirúrgica la enfermera le colocó una placa moldeable

sobre la espalda, y el cable que salía de la placa, se extendía hasta el electrobisturí. A los pocos minutos se desprendió, era la cuarta vez que lo usaban y según las especificaciones del productor el dispositivo estaba fabricado para un solo uso y descarte. El costo era alto y a pesar de haber buscado infructuosamente un accesorio equivalente y posteriormente el personal de soporte técnico haya tratado de forzar una adaptación, los intentos no fueron exitosos. Desde que hacía tres meses se hubo producido en centro quirúrgico una quemadura en la espalda de un paciente programado, dejaron de intentar adaptaciones, pero ante la escasez e incremento de costos se buscó reutilizarlo. En cada uso adicional, el material adherente iba perdiéndose, lo que abría nuevamente el riesgo del mal contacto y una nueva quemadura.

Un segundo aspecto a tomar en cuenta en el campo de la responsabilidad ecológica son los recursos de que hace uso el hospital. El personal profesional de salud hace especificaciones técnicas y de acuerdo a ello, el área de logística identifica proveedores. La siguiente variable para seleccionar al proveedor final, es el precio del producto. ¿Debería seguir siendo así? Si el producto “a” se traslada de un continente a otro, mientras que el producto “b” es producido en el continente, requiriendo menos desplazamiento y el producto “c” se produce en el propio país, este último requerirá menos traslado y por lo tanto dejará una menor huella de carbono. Este solo hecho ayuda a preservar nuestro entorno y debería reconocerse como un valor agregado y como un factor a tomarse en cuenta en la evaluación de las propuestas. Actualmente, el

marco legal no toma en cuenta esta variable, y el único criterio de selección final es el menor costo, sin importar el impacto que genera su traslado en el medio ambiente.

Es cierto que algunos dispositivos o equipos se producen en puntos muy distantes y no hay alternativas equivalentes. En algunos casos esta necesidad es inducida por la industria, la cual crea accesorios con conexión única a un equipo y no acepta alternativas, de esta manera la empresa gana por la venta de accesorios, los cuales deben reemplazarse con periodicidad.

Ventilación. El equipo de supervisión la Oficina de Gestión de la Calidad ingresó al Servicio de Nefrología. Tan solo en la última semana se había reportado cuatro contagios por COVID-19. Por suerte, todos casos leves. En la sala de reuniones seis sillas se encontraban en fila al lado de la ventana. Dos residentes leían sus celulares junto a las historias clínicas uno al lado del otro, a pesar de haber suficiente espacio y sillas. El techo era alto y había ventanas en ambos extremos de la sala, pero solo una de ellas estaba abierta, la del otro extremo permanecía cerrada, nunca se había abierto y estando enmohecida, era muy difícil abrirla. En la esquina había un ventilador encendido fijo a la pared. El equipo de supervisión recomendó mantener el distanciamiento social y solicitar apoyo a la Oficina de Mantenimiento para que brinde a las manijas de la ventana y se pueda abrir con facilidad, también se les explicó que los ventiladores solo mueven el aire en el mismo ambiente mejorando la sensación térmica, pero no lo enfrían, ni renuevan.

En tercer lugar, la epidemia del COVID nos enseñó que los ventiladores y el aire acondicionado son elementos climatizadores, pero que facilitaban el contagio viral por vía aérea y además representan un consumo alto de energía. Para reducir el riesgo de contagio por vía aérea, es importante el recambio de aire y este a su vez ayuda al control de la temperatura.

Respecto al aire acondicionado, el sistema tiene dos partes: renovar el aire con extracción e inyección de aire del exterior (protegiendo la salud) y enfriar el mismo aire del ambiente (dando confort). Para ahorrar energía (el mayor consumo de energía está en enfriarlo) se recircula parcialmente el aire, lo cual demanda el uso de filtros que deben renovarse periódicamente, lo cual requiere diligencia en el seguimiento y recursos.

Debemos considerar que hay equipos de aire acondicionado que emplean insumos dañinos para el medio ambiente y otros eco amigables; estos últimos más costosos.

En la epidemia el riesgo de contagio llevó a reducir el uso de estos equipos y redescubrir otros medios para lograr una buena ventilación y fresca en el ambiente. Una publicación interesante es la de James Atkinson, a través de Organización Panamericana de Salud quien, en el año 2009, casi una década antes de la epidemia del COVID-19, nos señalaba cómo lograr una ventilación natural para el control de las infecciones en entornos de atención de la salud.

Nos recordaba reglas básicas como lograr un flujo de aire: abrir una ventana en un extremo

del ambiente y abrir otra ventana de similar tamaño al otro extremo, permiten el flujo del aire; siempre y cuando no coloquemos en el camino barreras a esta circulación, como divisiones por tabiques, mamparas, biombos, etc.

También nos hace presente que, si una de las ventanas es de menor superficie, la velocidad del flujo de aire estará condicionada por el área de la ventana con menor superficie. Entendiendo estas reglas básicas, se pueden generar estrategias para mejorar el flujo de aire como, por ejemplo:

- Retirar tabicaciones, cubículos, etc.
- Ampliar el tamaño de las ventanas más pequeñas,
- Reparar los sistemas que permiten abrir una ventana, los cuales existen, pero están atascados, o no se deslizan,
- Convertir una ventana que solo da luz, en una que permita el ingreso de aire, entre otras medidas

Sin embargo, la implementación de la ventilación natural cruzada tiene sus bemoles: se necesita ambientes que den al exterior por ambos lados, lo cual requiere edificios de crujeas angostas -no más de 12 m- y sin divisiones intermedias. La falta de terrenos induce al diseño de edificios compactos muy dependientes de los sistemas de ventilación mecánicos. Si bien esto no es posible en la mayoría de ambientes, sí es viable en áreas de espera, que son de grandes dimensiones y es donde está la mayor concentración de personas. Lamentablemente las normas de salud no señalan nada al respecto.

Otra iniciativa que puede incorporarse en los establecimientos de salud es la ofrecida por la arquitectura moderna que actualmente plantea el desarrollo de los “techos verdes”, áreas donde se cultivan plantas o grass en la superficie alta de las construcciones, los cuales traen diversas ventajas tales como:

- Mejora la calidad del aire pues al capturar las partículas contaminantes, reduce el polvo y el smog.
- Por el propio proceso de fotosíntesis, las plantas producen oxígeno y absorbe el dióxido de carbono.
- Reduce el ruido dado que las hojas de las plantas absorben las ondas acústicas. Con frecuencia encontramos a nuestros hospitales en medio de la ciudad, al pie de carreteras o de grandes avenidas.
- Incrementa el aislamiento térmico, evitando que la luz solar impacte directamente sobre los techos de modo que reduce el calentamiento del inmobiliario y extiende simultáneamente la vida útil de los propios techos.
- Reducen las variaciones de temperatura del ciclo día y noche, al evitar calentamiento significativo en las horas de mayor brillo solar.

Los techos verdes son una excelente manera de reducir la radiación a los edificios (el 80 % del calor colectado del exterior es a través del techo), pero son muy difíciles de considerar en hospitales, ya que gran parte de esta superficie sirve para el equipamiento mecánico. Además, existe el riesgo que se

produzcan filtraciones del agua de riego al interior del edificio por fallas en el sistema de impermeabilización.

La fotosíntesis más efectiva la producen los árboles, las áreas verdes en superficie son más bien estéticas. Los árboles crean un microclima con su sombra, enfriando el aire a su alrededor. Por norma, el 50 % del terreno destinado a un hospital debe ser área libre pero no hay mención alguna a la presencia de árboles en ella. Sin embargo, difícilmente los árboles van a reducir la radiación solar en los techos.

Residuos sólidos. Los padres informaron que desde hacía tres horas el niño presentaba fiebre de 39°C acompañado de vómitos. Mientras el médico pediatra terminaba de atender otro niño, la enfermera tomaba las funciones vitales al niño. En un instante el niño se movió y dejó caer el termómetro que mantenía en la axila. El mercurio se derramó en el suelo en múltiples esferas brillantes y plateadas. Estas esferas brillantes, empezaron a captar la atención de los niños alrededor.

El personal de limpieza acudió al llamado de emergencia y se disponía a barrer las esferas sobre el recogedor, cuando la enfermera se dio cuenta de lo que iba a hacer, por lo que reaccionó rápidamente y la detuvo. Llamó al supervisor y le pidió que envíe a una persona que esté realmente entrenada en el manejo de restos tóxicos como el mercurio.

En cuarto lugar, está el manejo de los residuos sólidos. Hace varias décadas las jeringas eran de vidrio y tras usarlas para inyectar, se lavaban, y esterilizaban para

volverlas a utilizar. Buscando minimizar el riesgo de transmisión de infecciones por esta vía (VIH, hepatitis, etc.), se migró al uso de jeringas de plástico y agujas descartables. Progresivamente se fueron sumando otros dispositivos como los frascos de soluciones, las bolsas colectoras, etc. Esto llevó a un incremento de los residuos sólidos.

Con la emergencia de la pandemia por COVID-19, una enfermedad nueva y con mecanismos de contagio por vía aérea, llevó a un incremento en el uso de equipos de protección personal en mascarillas de uso diario y único, gorros descartables, guantes y mandiles, exponenciando el volumen de residuos sólidos hospitalarios; el estado no ha modificado la reglamentación respectiva. Se estima que en el mundo se han generado 87 000 toneladas adicionales, debido a la epidemia.

Lo que se tiene previsto en el marco normativo actual es separar los residuos en comunes, que se pueden eliminar con la basura común y los residuos biocontaminados y especiales; estos dos últimos tienen un proceso de eliminación diferente. Sin embargo, no se establecen medidas para una clasificación más específica, que permitiera rescatar algunos de estos elementos para poder ser reutilizados y de esta manera reducir el volumen final de residuos sólidos que terminan en los rellenos sanitarios bien sea generales o específicos.

Existen iniciativas interesantes como la de Chile, donde en el año 2016 se promulgó la Ley Marco para la Gestión de Residuos, la Responsabilidad Extendida del Productor y

Fomento al Reciclaje. Esta Ley, al igual que otras iniciativas dadas en Europa, introduce el concepto de “Responsabilidad Ampliada del Productor”, donde compromete al generador de productos en el manejo de los residuos post consumo. De esta manera lo hace considerar reutilizar, prevenir, reciclar y a valorar el volumen de residuos que genera.

El debate de este tema está ausente en nuestro medio, pero es necesario reducir el impacto ambiental de los residuos que se generan tras el consumo de un producto. La industria no debiera producir bienes sin considerar cual será el destino final de ellos tras su consumo. Esta consciencia llevaría a diseñar productos más duraderos, o con la posibilidad de volver a utilizarlos, o no establecer una obsolescencia programada, o considerar la posibilidad de volver a utilizar algunos elementos de los residuos. En suma, se requieren empresas con mayor consciencia ecológica.

Huella hídrica. En marzo del 2023, se llevó a cabo en Nueva York la Conferencia del Agua convocada por la Organización de las Naciones Unidas. En esta conferencia se hizo seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente al sexto objetivo el cual plantea “Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos”. Se estima que hay una escasez de agua que afecta a más del 40 % de la población mundial y según el curso actual de los hechos, este porcentaje tiende a subir. Una de las metas planteadas es “De aquí a 2030, aumentar considerablemente el uso eficiente de los recursos hídricos en todos los sectores y asegurar la sostenibilidad de la extracción y el abastecimiento de agua dulce para hacer frente a la escasez de agua”.

En esta secuencia de ideas surge el concepto de huella hídrica. La huella hídrica es una medida de la cantidad de agua utilizada directa o indirectamente en la producción de bienes o servicios, entre los cuales se encuentran los servicios de salud. Esta medida incluye tanto el volumen de agua utilizada en el proceso de producción como el agua utilizada, la cantidad de agua que es necesaria para la producción de los materiales y energía.

Esto implica tomar en cuenta dos aspectos en los servicios de salud. En primer término, nos lleva a identificar cuánta agua consumimos en la producción de servicios: lavado de manos, lavado de instrumental quirúrgico, lavado de vajilla y cubiertos, lavado de sábanas, colchas, limpieza de equipos, lavado de pisos, etc.; todas estas actividades son necesarias, pero deben ejecutarse con eficiencia. Debíamos tomar en consideración si en el lavado de manos, dejamos correr el agua o usamos temporizadores o señales de láser para detener el flujo de agua; ¿el lavado de vajilla y cubiertos es manual o automatizado?

En segundo término, también implica valorar en los alimentos y bebidas que servimos a los pacientes y profesionales de salud, la huella hídrica que deja su producción. Los vegetales que requieren grandes cantidades de agua para su cultivo y producción, y que se cultivan en zonas donde el agua es escasa o se utiliza de manera insostenible, son los que tienen una mayor huella hídrica. En términos generales, los vegetales tienen una huella hídrica mucho más baja que los productos de origen animal.

Por ejemplo, el arroz es un cultivo que requiere grandes cantidades de agua para su producción, especialmente en los sistemas de riego. Según el “Estudio de Medición de la Huella Hídrica en el Perú en el Sector Agropecuario”, se necesitan alrededor de **1080** litros de agua para producir un kilogramo de arroz. Lamentablemente en nuestra comida, muchos platos se acompañan de este producto: arroz con pollo, lomo saltado, arroz chaufa, arroz tapado, tacu tacu, etc. Sin embargo, hay otros productos nativos con una menor huella hídrica, tales como los tubérculos como la papa que tan solo necesita **348** litros de agua por kilo producido, la yuca y el camote son otras alternativas interesantes. Esto debería llevarnos a replantear nuestros hábitos de consumo y seleccionar los productos a utilizar, tomando en consideración la huella hídrica.

Matriz energética. Finalmente, cabe mencionar que en el mundo hay una preocupación por migrar hacia fuentes energéticas renovables y de menor impacto ambiental. El estado peruano ha hecho el esfuerzo de generar una Guía de Orientación del Uso Eficiente de la Energía y de Diagnóstico Energético. Esta Guía ha sido elaborada por el Ministerio de Energía y Minas para que, con su ayuda, los hospitales elaboren un diagnóstico energético térmico o eléctrico y a partir de ello ver las opciones de cambio.

En efecto, los hospitales son grandes consumidores de energía, requiere diversos niveles de iluminación, necesita climatizar ambientes y cubrir las necesidades de la

cocina, la lavandería, central de esterilización y ascensores, entre otros. Puede hacer uso de diversos recursos energéticos como el carbón, el petróleo, el gas natural, el gas licuado y la electricidad.

El documento citado tiene un conjunto de importantes recomendaciones para evitar el uso inadecuado de la energía en las calderas, iluminación, bombas, ascensores, equipos ofimáticos y sistema eléctrico. También propone la creación de un Comité de Gestión de la Energía, presidida por una autoridad decisora. Lo paradójico es que este documento no es posible ubicarlo por el buscador de normas del Ministerio de Salud y tampoco en el Ministerio de Energía y Minas, lo que hace muy improbable que un director de hospital lo conozca, por lo que podría aseverar sin equivocarme que este Comité de

Gestión de la Energía, no existe en nuestros hospitales.

La gestión de la energía también puede certificarse en la norma ISO 50001, que ordena la implementación de políticas, fija metas y objetivos energéticos, lleva al uso de datos para la toma de decisiones, miden resultados, y busca la mejora continua. En esta implementación se hace uso del ciclo de Deming y la gestión de riesgos.

Podemos afirmar que la gestión de la calidad en los hospitales requiere involucrarse más en la gestión del medio ambiente, el uso racional de los recursos, minimizando tanto su huella de carbono como la huella hídrica. Exige un esfuerzo intersectorial, pero que en un mediano plazo puede generar no solo respeto por el medio ambiente sino ahorros económicos sustanciales.

Referencias Bibliográficas

1. Greening Solution ¿Cuáles son los beneficios de un jardín en la azotea? <https://es.greening-solution.com/green-roof-trays/what-are-the-benefits-of-a-rooftop-garden/>
2. Global analysis of healthcare waste in the context of COVID-19: status, impacts and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
3. Iberdrola ¿Qué es la huella de carbono y por qué es vital reducirla para frenar el cambio climático? <https://www.iberdrola.com/sostenibilidad/huella-de-carbono>
4. Ministerio de Agricultura y Riego. World Wildlife Fund. Inc. Estudio de Medición de la Huella Hídrica en el Perú en el Sector Agropecuario. 2015
5. Ministerio de Energía y Minas. Guía de Orientación del Uso Eficiente de la Energía y de Diagnóstico Energético
6. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Capítulo 3

De los Comité de Mortalidad Materna al Rediseño del Análisis de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel

Insólitamente el comité de auditoría médico felicitaba al cirujano por resolver la complicación quirúrgica: la lesión de la arteria uterina que llevó a una pérdida sanguínea de 1000cc. Lo que no decía el informe de auditoría era a qué hora terminó la cesárea. La cesárea empezó a las 3 y 50, pero terminó a las 4 y 15. En veinticinco minutos el cirujano abrió la pared abdominal, incidió el útero, sacó al bebé y en medio de la histerorrafia identificó qué había desgarrado la arteria; la suturó, aspiró los coágulos y cerró pared abdominal. Todo fue tan rápido que no valoró el tono uterino y tres horas después tuvieron que reintervenir a la madre del bebé nacido con Apgar 8 y con un peso de 4300 g. El nacimiento de un bebé macrosómico ya constituye un factor de riesgo para que la madre desarrolle una atonía uterina, pero el cirujano no se tomó el tiempo para valorar la calidad de la contracción uterina.

La auditoría de caso. Las auditorías de caso son útiles cuando los médicos han tenido una formación para el desarrollo de esta actividad, y se garantiza su independencia para emitir opinión. Sin embargo, los comités

de auditoría médica son sujetos de presión y el riesgo de independencia se ve amenazado cuando en la propia norma de auditoría hay hasta tres niveles donde pueden plantearse observaciones al informe: el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Director del hospital, el cual puede no tener formación en auditoría médica, y la DIRIS. Cuando el director del hospital tiene una mirada punitiva en su gestión, los informes de auditoría pueden terminar en asesoría jurídica o en la secretaría de las Oficinas de Personal dando inicio a procesos administrativos.

Otro elemento que puede influir en la autonomía del informe de auditoría, es que algún miembro del comité haya sido parte del proceso de atención, lo cual lo debería llevar a inhibirse del proceso de auditoría. Cuando el hospital es de mayor complejidad esta posibilidad es menor, pero conforme el hospital es de menor complejidad, se incrementa.

Enfoque de riesgo. El Comité de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal se reunió un mes después de que muriera esta tercigesta múltipara en la unidad de

cuidados críticos por falla multiorgánica. Se discutió arduamente sobre esta muerte materna a los 44 años: ¿Por qué demoraron tres horas en entrar a sala de operaciones para la histerectomía? ¿Cuál fue la técnica quirúrgica empleada en la histerectomía puerperal? ¿Por qué no había una hoja de monitoreo postoperatorio? Habiendo sido conectada a un monitor multiparámetro en recuperación, teníamos un registro prolijo de las funciones vitales y por supuesto de la saturación de oxígeno, pero nadie valoró el sangrado vaginal, ni el tono uterino. Se dieron cuenta del sangrado cuando estaban trasladando a la paciente desde la sala de recuperación a la cama 115 de hospitalización. La paciente abandonó el centro quirúrgico con la valoración del anestesiólogo quien se acercó a firmar el pase a piso tras preguntar a Camila si podía mover bien las piernas. La paciente al intentar pasarse a la cama de hospitalización, dejó visibles las sábanas empapadas de sangre.

En la reunión del Comité se mostraron publicaciones que documentaban cómo los profesionales de la salud con frecuencia subestiman la pérdida sanguínea, reaccionando solo cuando las funciones vitales se descompensaban (taquicardia, hipotensión, palidez marcada); para ese momento, el sangrado ya era muy significativo. En este caso, en las dos horas de recuperación de esta mujer de 95 kilos, solo descubrieron el área genital una sola vez, pero estos se encontraban cubiertos por un paño perineal. En la historia se consignó que a la hora de su ingreso a recuperación la paciente sentía escalofríos, pero esto no llevó

a ninguna acción por parte de enfermería, pues el monitor multiparámetro mostraba que todo estaba bien.

Cuando el personal de salud no identifica los riesgos, no es consciente de cuáles son las potenciales complicaciones a suceder, y por lo tanto, no buscarán, ni monitorizarán los signos que delaten la aparición de estas complicaciones y solo se limitarán a registrar los parámetros que los equipos de monitoreo evidencien. Esto hace que la reacción ante las complicaciones se produzca cuando estas ya son muy evidentes y por lo tanto tardía.

Los sensores del monitor tenían un proveedor único y no se contaba con una marca alterna que permitiera ser usada; el costo de los sensores se había incrementado mucho, particularmente desde la epidemia del COVID. La alternativa fue reutilizarlos una y otra vez. Llegó un momento en que los sensores ya no se adherían firmemente a la piel de la paciente, aún más cuando la piel era grasosa y estaba cubierta de sudor. Doce horas de trabajo de parto significaba un esfuerzo físico importante, sumados a una hora de expulsivo, donde los residentes y el interno la habían estado alentando a pujar con todas sus fuerzas. Al ver que no se producía el parto y palpaban un caput de 4 x 5 cm que iba en aumento, decidieron llamar al médico asistente. Al llegar hizo una valoración de la gestante y llamó la atención al residente del tercer año, pues debió darse cuenta que una mujer de 1.55 cm con esa pelvis, difícilmente lograría el parto de un bebé grande; una altura uterina de 36 cm debió alertarle del tamaño del bebé.

Personal en formación. Paradójicamente en los hospitales docentes en los que se cuenta con residentes, internos y externos, se crea la falsa sensación de seguridad. Puede haber muchas personas, pero si están en entrenamiento y sin tutoría permanente, pueden llevar a cabo actividades mecánicamente, cuando en obstetricia, lo que marca la diferencia entre un buen resultado clínico y uno deficiente, es la identificación de riesgos, que lleva a prever la aparición de complicaciones y la oportunidad de las decisiones; esto solo se logra con profesionales de la salud expertos actuando en tiempo real.

Los cuatro retrasos. El Comité de Prevención de Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal también discutió los cuatro retrasos: en reconocer el signo de alarma, decidir buscar ayuda, trasladarse al establecimiento de salud y la respuesta hospitalaria frente a la complicación. Cuando décadas atrás el estado peruano hacía denodados esfuerzos por mejorar la cobertura de control prenatal y fortalecer el parto institucional, este modelo era muy útil. En la medida que se consolidó el parto institucional a través del Seguro Materno, primero y el Seguro Integral de Salud después (desapareciendo las barreras económicas), sumado a iniciativas como las casas de espera, el modelo de las cuatro demoras ha ido perdiendo vigencia. La mayoría de las demoras se están produciendo en los establecimientos de salud y esto debería llevar a plantear otras herramientas de análisis como valorar el trabajo en equipo (p.ej. uso del briefing, huddle, debriefing, ejercicios de simulación, etc.) y la organización institucional para responder

ante emergencias obstétricas (p.ej. lista de verificación del parto seguro, contar con clave amarilla, roja y azul, etc.).

Calidad del control prenatal. Al revisar el control prenatal de Camila, se pudo evidenciar que cuando se presentó a la primera consulta en la semana 10 del embarazo, ella tenía 43 años, pesaba 75 kilos, mostraba una talla de 155cm, y se encontraba en la tercera gestación. Camila tuvo dos partos vaginales previos, el primer parto fue hace 15 años dando vida a un bebé de 3500 gr y el segundo parto fue hace 10 años también vía vaginal naciendo un bebé de 3900 gr, es decir 400 gr mayor que el anterior bebé. La primera consulta estuvo a cargo de una obstetrix quien a la cuarta consulta derivó a la paciente a un médico, cuando Camila había presentado una infección urinaria. El doctor dio tratamiento por la infección urinaria y retornó la paciente a las consultas con la obstetrix en la semana 23, lamentablemente no solicitó un urocultivo de control tras terminar el tratamiento. Se esperaba que gane poco peso, quizás entre 3 a 4 kilos, pero Camila gana diez kilos desde la primera consulta hasta el momento del parto. Se le realizó un test de tolerancia al embarazo en la semana 26, pero el anormal resultado no fue interpretado por ningún profesional de la salud. Tres importantes fallas en el control prenatal: el no asegurar la curación tras el tratamiento por infección urinaria, la ganancia excesiva de peso y el omitir diagnosticar diabetes gestacional.

Lamentablemente las directivas nacionales que regulan el control prenatal, definen con precisión cuáles actividades deben realizarse semana a semana a lo largo del embarazo, pero

luego no hay una orientación hacia valoración de la efectividad de estas actividades, es decir no valora la calidad del control prenatal. El control prenatal no agrega valor por las actividades que se realicen; lo hace cuando se identifican y controlan riesgos para evitar futuras complicaciones. Los indicadores de control prenatal establecidos por el nivel central están orientados a valorar cobertura, satisfacción y cumplimiento de actividades, mas no efectividad clínica.

La junta médica. Las juntas médicas son reuniones que permiten recoger la opinión de diferentes especialistas y/o especialistas con mayor experticia para el manejo de un caso complejo o infrecuente. Esto permite generar un plan de trabajo orientado a alcanzar resultados clínicos y a controlar riesgos. A pesar de su importancia, este procedimiento no se menciona en la normatividad sobre historia clínica, y tampoco plantea un formato de registro de la junta médica. Lo hay para la interconsulta, la cual es solamente la opinión de un especialista, pero la opinión conjunta de especialistas, no ha sido contemplada.

Ante las complicaciones obstétricas en las que una hemorragia o una paciente convulsionando apremian las decisiones, no siempre hay oportunidad de convocar a una junta médica. En aquellos casos en los que esta se lleva a cabo, suele ser productiva y aporte un balance de experiencias que ayudan a construir una hoja de ruta para enfrentar situaciones difíciles.

La junta médica pareciera ser un instrumento desarrollado solo para el paciente hospitalizado, pero ello no es cierto. Paciente,

que décadas atrás morían, hoy sobreviven, de esta manera tenemos mujeres que sufrieron infartos, tienen VIH, son portadoras de cáncer por años, han sufrido trasplantes de órganos, etc. También tenemos aquellas mujeres con enfermedades genéticas y aquellas en las que es posible durante la gestación, diagnosticar patologías fetales. En este nuevo escenario, el caso complejo no solo se presenta en la paciente internada en la segunda mitad del embarazo, sino en la atención ambulatoria. Este es un nuevo espacio que debe conquistar la junta médica. La planificación del propio control prenatal puede exigir desde un inicio la concurrencia de varios especialistas, quienes no solo aportan su ciencia, sino que toman conocimiento de este caso, con el cual pueden estar familiarizados ante de que aparezca por una puerta de emergencia.

En el año 1995 tuve oportunidad de realizar una pasantía en el Hospital Eppendorf de Hamburgo, donde era una práctica regular reunirse una vez por semana y elaborar planes de trabajo para gestantes de alto riesgo que estaban siendo atendidas en consultorio. Con toda transparencia los especialistas aportaban en la construcción del plan de trabajo o manifestaban que no conocían un caso tan singular, quedando de tarea la revisión de la literatura para formular un plan a medida.

Impacto de los Comités

En el análisis de las muertes maternas hay una cascada, que empieza por el análisis de la atención en los servicios en el primer punto de atención y en el hospital que acogió a la persona; si la paciente fue derivada a un

hospital de mayor complejidad, ahí también se activa el Comité Hospitalario de Prevención de la Mortalidad Materna Perinatal y fetal para la discusión del caso; cuando el informe de análisis llega a la Dirección Regional de Salud, el Comité en este nivel vuelve a analizar el caso y posiblemente termine en un análisis adicional en el Comité Nacional.

Tras todas estas horas de discusión que abarcan múltiples profesionales, se emitirán recomendaciones dirigidas a las autoridades de los hospitales, en términos de capacitaciones, elaboración de guías médicas, fortalecer el equipamiento, organizar claves, etc.

Posiblemente encontremos una información consolidada en el ASIS hospitalario que se emite en el año siguiente, o un informe de la estrategia. A nivel nacional la CDC tiene una sala situacional que nos muestra un conteo anual de muertes maternas, agrupaciones por edad, por momento, por grupo étnico, por causa de muerte.

Sin embargo, el fruto de las largas discusiones se pierde, quienes sacan lecciones concretas, operativas son solo quienes participaron de las discusiones en los diversos niveles de discusión. Esto lleva a que si un tipo de falla se produjo en una región, este mismo tipo de error tenga que producirse en todas las otras regiones, para aprender del error.

El proceso de aprendizaje como sistema de salud no está garantizado y se hace necesario contar con una suerte de alerta, tal como lo hace Epidemiología en casos de infecciones, o DIGEMID ante medicamentos riesgosos, para hacer conocer modos de fallo que

podrían simplemente cambiar de escenario y repetirse en otra latitud.

En el Reino Unido las investigaciones confidenciales sobre las muertes maternas (Confidential Enquiry into Maternal Deaths) son llevadas a cabo por MBRRACE-UK: Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK desde el año 2012, y generan informes anuales donde se muestra el análisis y se precisan temas con lecciones aprendidas con planteamiento de recomendaciones.

La planificación familiar

Lo que no discutió el Comité, fue si la paciente tuvo orientación y consejería para evitar la gestación actual. La responsabilidad que tiene el estado en hacer accesible la planificación familiar. ¿Cómo está la oferta de planificación familiar en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio? ¿Hay atención de planificación familiar todos los días? ¿Se requiere cita para ser atendida? ¿Si se requiere cita, se puede obtener sin acudir al centro de salud? ¿Es posible ser atendida por la tarde? ¿Cuánta de esta información está en el portal web? ¿Cuáles métodos se están ofertando? ¿Si desea un bloqueo tubárico bilateral, en cuanto tiempo lo obtendrá?

Oportunidades para la regulación de la fertilidad están por ejemplo en la anticoncepción post evento obstétrico, es decir al final de su última gestación, sea parto o aborto. Otras oportunidades se presentan cuando la paciente es vista por otros especialistas que están manejando

una patología crónica como los cardiólogos ante las cardiopatías, o infectólogos ante pacientes VIH, o gastroenterólogos ante insuficiencias hepáticas, o endocrinólogos ante diabéticas, etc. Cuando la paciente se encuentra en plena vida reproductiva, pero su condición médica la pondría en riesgo de estar embarazada, es deber del especialista en ofrecerle la opción de recibir orientación y consejería en planificación familiar.

Camila a pesar de su obesidad y riesgo de diabetes por sus antecedentes familiares, no fue derivada a un consultorio de planificación familiar, antes de acordar un programa de modificación de estilo de vida y reducción de peso, que no podría ser implementado durante una gestación. Mientras gestionaba sus citas con nutrición, psicología y medicina interna, Camila salió gestando a su tercer hijo que la sobrevivió, pero ello no lo logró.

Referencias Bibliográficas

1. Guevara-Ríos, E. (2019). Impacto de la planificación familiar en la salud de la mujer. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 6(1), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2017154>
2. Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que Cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Lima 2007
3. Ministerio de Salud. Dirección General Salud de las Personas. "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". Lima 2013.
4. Ministerio de Salud. Dirección de Calidad en Salud. Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud. Lima, 2016.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", Lima 2018.
6. Távara Luis, Cárdenas Balbina, Becerra César, Calderón Guillermo, Panta Doris Carmen, Esteban Isabel et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2011 [citado 2023 Jun 04]; 57(3):177-187. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000300007&lng=es.
7. Confidential Enquiry into Maternal Deaths. United Kingdom. Disponible en <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrace-uk/reports/confidential-enquiry-into-maternal-deaths>

Capítulo 4

Seguridad en los Servicios de Emergencia

Vásquez Alva, Rolando

Con la publicación de “To err is human: building a safer Health system” en el año 1999 por el Institute of Medicine de los Estados Unidos, la preocupación por la seguridad del paciente se incrementa considerablemente. Se señaló que, en dicho país, los eventos adversos representaban la séptima causa de muerte, así como incremento importante de los costos. ⁽¹⁾

En un escenario donde el desarrollo de los cuidados del paciente supone la posibilidad de error, debido a lo complejo de la actividad en salud, se ha desarrollado en los siguientes años un mayor impulso orientado a sensibilizar a la sociedad en general y a los profesionales de la salud en particular sobre la necesidad de conocer, practicar, promover la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es un problema de salud pública. Otros escenarios como el de la aviación, que son percibidos como de gran riesgo evidencian mayor seguridad que la atención en salud. Se estima que 10 % de los pacientes que reciben una atención en salud sufren un evento producto de dicha atención siendo que entre el 50 a 80 % de ellos podrían ser prevenidos. ⁽²⁾

En torno a los procesos del diagnóstico, la prescripción médica y la administración del medicamento se encuentran la mayor cantidad de errores.

Los servicios de emergencia son diseñados, equipados y con recursos humanos para la atención de pacientes de emergencia, ya sea cuadros médicos y/o quirúrgicos, las 24 horas del día pues necesitan atención inmediata ya que está en peligro inminente la vida, el estado de salud y la posibilidad grande de presentar secuelas invalidantes por la patología urgente.

Los servicios de emergencia han tomado rol protagónico en la administración de salud. La gran demanda en emergencia, que sucede a nivel mundial, más en situación de transición epidemiológica también está en gran parte determinada por encontrar una rápida atención, oportuna y con la presencia permanente de recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos. Ante esa presión en la demanda, estos servicios han debido adaptarse formando diversas unidades funcionales y mejorando la tecnología.

No obstante, se ha producido un fenómeno, igualmente a nivel mundial, que se denomina

hacinamiento (en inglés overcrowding) de los servicios de Emergencia. Asimismo, se describe el uso inadecuado e igualmente los ingresos inadecuados a Emergencia lo que fuera de incrementar la demanda, contribuye al hacinamiento.⁽³⁾

Los servicios de emergencia se han constituido así en la llamada puerta de entrada al sistema de salud siendo su atención "ilimitada" pues atiende y mantiene cualquier número de pacientes, constituyéndose así en el único servicio del hospital "infinitamente expansible" pudiendo atender simultáneamente a un gran número de pacientes, nuevos en su gran mayoría para los profesionales de la salud, con diversos y varios procesos, mucho mayor que en otros servicios, sin poder poner límites al tipo de problema que trae el paciente, con la presión del factor tiempo y con escasa información de los antecedentes del paciente, añade riesgos a la atención en emergencia. Además, las condiciones de trabajo en el entorno de una gran presión asistencial, la falta de cultura de seguridad y otros aspectos contribuyen a convertir a los servicios de emergencia en lugares con alto potencial para presentar incidentes de seguridad.

Por tal motivo la seguridad del paciente en los servicios de emergencia se constituye en una dimensión de la calidad de la que no se puede prescindir.

Sobre la incidencia de eventos adversos hay que considerar dos aspectos. El primero es que la mayoría de los trabajos se han realizado en servicios de hospitalización. Otro aspecto a tener en cuenta es que

habría un subregistro de los eventos adversos producido en emergencia habida cuenta que aproximadamente 20 % de las atenciones son los que quedan admitidos en salas de observación y poco se sabe de los pacientes que no son ingresados. Por todo ello la información sobre incidencia de eventos adversos en emergencia es parcial, existiendo un subregistro y se estima que menos del 10 % de eventos es declarado. La cultura sobre seguridad del paciente y producto de ello la voluntad para reportar estos eventos es base fundamental para conocer mediciones reales.

En el estudio de 1991 realizado por Leape⁽⁴⁾, se encontró que 3.7 % de pacientes hospitalizados sufrieron eventos adversos estimando que 3 % de ellos se desarrollaron en emergencia. En España se realizó el estudio nacional ENEAS (Estudio nacional de eventos adversos en hospitales)⁽⁵⁾, en el año 2005 donde el 2,4 % de los pacientes con evento adverso fueron producidos en el servicio de Emergencia. El Estudio nacional de eventos adversos en urgencias (EVADUR)⁽⁶⁾, en el año 2010 encontró que fuera de que sean admitidos a hospitalización o no, el 12 % de los pacientes atendidos en Emergencia tuvieron al menos un incidente de seguridad.

En el 2016 en una comunidad autónoma española, la inferencia de los resultados a la población encontró que 12 de cada 100 pacientes atendidos en Urgencias tendrán un evento adverso y de éstos 7 serán evitables.⁽⁷⁾

Se ha informado que la prevalencia de incidentes en la seguridad del paciente

entre hospitalizados en los Estados Unidos y Canadá oscila entre el 2,9 % y el 16,6 % y que entre el 6 % y el 8,5 % de los pacientes en los servicios de urgencias experimentan incidentes en la seguridad del paciente, de los cuales 36-71 % son prevenibles.

En el Perú solo hay valores parciales procedentes de estudios como IBEAS, realizado en 5 países latinoamericanos, donde la prevalencia de pacientes con evento adverso hallada fue de un 10,5%. La incidencia global de pacientes con algún evento adverso fue de un 19,8 %. La incidencia de evento adverso fue de 28,9 %. ⁽⁸⁾ La tasa general de evento adverso estimada en un hospital nacional peruano fue de (3,9 %) ⁽⁹⁾.

Por otro lado, en el periodo 2017 – 2018, Perú solo notificó el 19 % de eventos adversos relacionados a los medicamentos, además, según datos de DIGEMID, en Perú solo 20 de cada 100 000 habitantes reportan una incidencia de este tipo ⁽¹⁰⁾.

No existen estudios en relación con lo que ocurre en los servicios de emergencia en el Perú.

LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En los servicios de emergencia, la atención se divide en prioridades. Debe ser en forma oportuna y permanente las 24 horas del día. Una de las características centrales es el tiempo de atención y la presión de éste dada la condición del paciente. Ello supone actuar bajo dicha presión lo que obviamente no es

lo mismo que trabajar en las atenciones programadas.

Conceptos como “tiempo es músculo cardíaco” o “tiempo es cerebro” y diversas patologías como la sepsis y el trauma ponen de relieve la necesidad de accionar con rapidez. En ese entorno existe obviamente incrementada la posibilidad de error en la atención.

El hacinamiento en emergencia con número de pacientes en las diversas salas de observación que no contienen un número fijo de camas, pues responden a la demanda siempre elevada, determina que el número de pacientes a ser evaluados por los profesionales de salud siempre sea continuamente elevado, por encima de los indicadores adecuados. Entornos diseñados para un tipo de atención pueden cambiar dramáticamente improvisándose estructuras muchas veces no adecuadas para la atención, pero necesarísimas para la atención urgente. La atención y evaluación de mayor cantidad de pacientes por los diferentes profesionales y técnicos de la salud en las salas de observación donde la necesidad de medicación, exámenes auxiliares y procedimientos debe ser oportuna trae consigo una diferencia sustancial con otros servicios condicionando nuevamente la posibilidad de errores.

Similar situación existe durante las primeras atenciones y reevaluaciones antes de decidir el destino de un paciente nuevo, siendo que aproximadamente queda ingresado solo un 20 % de los que acuden al servicio demandando una urgencia.

El trabajo en emergencia con alta demanda, aglomeración y filas de espera se enfrenta con recursos limitados y condiciones muchas veces inadecuadas, determinando situaciones de estrés que puede afectar la calidad de atención y en consecuencia afectar la seguridad del paciente.

En esa realidad de presión y hacinamiento ocurren problemas de comunicación no sólo entre el personal y el paciente y su familiar, sino también entre el mismo personal. Los pacientes pocas veces están en condiciones, asimismo, de proveer información que puede ser relevante y los familiares ante una condición aguda y angustiante tienden a olvidar o no tener presente información igualmente relevante de su paciente.

Otra característica que se presenta es la continua movilidad del paciente dada la dinámica del servicio. Hay continuo desplazamiento en pocas horas a diversas áreas de evaluación, analítica, procedimientos, imágenes, espera, reevaluación y todo ello exige una identificación adecuada del paciente.

En emergencia existe un equipo básico realizando trabajo de guardia, formado por los médicos y otros profesionales de la salud especializados en Emergencias y Desastres. Sin embargo, se cuenta con otras especialidades tanto médicas como quirúrgicas que realizan también guardias. Asimismo, existe personal en formación como son los médicos residentes de diversas especialidades. Es necesario también prestar tiempo y tutoría a este personal a fin de que la calidad de atención pueda ser homogénea lo que incluye el entrenamiento

en procedimientos de urgencia. Todo este personal en general no tiene cultura de seguridad del paciente ya sea por falta de formación en su pregrado y en su formación como especialista.

Ante esta diversidad, las posibilidades de incidentes en la seguridad del paciente pueden verse incrementada.

Los pacientes que reciben atención de máxima prioridad (prioridad 1 en emergencia) muchas veces reciben medicación impartida por orden verbal. Ello aunado con las características ya descritas del servicio de emergencia, hacen presentar fallas en la seguridad del paciente en razón a la medicación.

Todas estas situaciones hacen extremar las medidas que se deben implementar para no poner en riesgo la seguridad del paciente en los servicios de emergencia.

En mayo de 2019, la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) aprobó la resolución 72:31 que insta a todos los países a evaluar y desarrollar sus sistemas de atención de emergencia, a fin de garantizar la atención oportuna de los enfermos agudos y heridos y lograr la cobertura sanitaria universal. Un componente clave para la acción incluye la creación de mecanismos para mejorar la coordinación, calidad y seguridad de la atención de emergencia.

CAUSAS DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA

En el medio latinoamericano incluido nuestro país, existen pocos estudios referentes a

la seguridad del paciente en emergencia. En países de Europa y Norteamérica se han descrito como la causa más frecuente de errores en la seguridad del paciente en emergencia a los errores en la medicación. Así, en 1994 se publicó Critical incident monitoring in Emergency medicine study (CIMS) en Australia (11), donde 54 % de los eventos adversos en 6 hospitales estudiados resultaron ser por errores de medicación.

Otros estudios (2003) clasificaron como causas más frecuentes de errores de seguridad en 22 % a los estudios diagnósticos, 16 % a procedimientos administrativos, 16 % relacionados a la medicación, 13 % a documentación, 12 % a comunicación, 11 % ambientales y 9 % otros ⁽¹²⁾.

Una revisión sistemática entre los años 2006 y 2016 luego de haber revisado 12 artículos encontró como causas de problemas de seguridad del paciente en emergencia a los errores de diagnóstico (entre 14,4 % y 53,3 %), errores de gestión (entre 24,5 y 40 %) y errores de medicación (entre 6,7 % y 20,8 %) ⁽¹³⁾.

Como se aprecia hay amplios márgenes en los resultados encontrados dependiendo de las metodologías empleadas y de las particularidades del servicio de emergencia.

En general podemos mencionar que los eventos relacionados con la seguridad del paciente en emergencia pueden ser por:

- Errores en la medicación
- Errores en la comunicación
- Errores en el diagnóstico

- Errores en procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Errores en la identificación
- Errores en la prevención de infecciones
- Falta de cultura de seguridad

En razón a los mismos ha de implementarse acciones que aseguren una constante mejora continua de la práctica segura en emergencia.

ACCIONES PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA

Implementar acciones de seguridad en el servicio de Emergencia no escapa a los conceptos generales sobre seguridad del paciente, así como el uso de metodologías y herramientas tales como objetivar la prevalencia de eventos adversos, establecer la notificación de los incidentes y eventos adversos, determinar las causas de los eventos adversos, analizando la causa raíz y a través del análisis de los modos de fallas y sus efectos.

Estableciendo la prevalencia podemos identificar y priorizar los riesgos y en consecuencia implementar planes y su impacto.

Nada de lo anterior es posible sino existe un mínimo de recursos imbuídos acerca de la importancia de la seguridad del paciente. La cultura de la seguridad podría ser uno de los más importantes aspectos para la posibilidad de mejora. Asimismo, es necesario las acciones de gestión que se orienten a manejar la demanda y el hacinamiento.

Cultura de seguridad

La OMS menciona que errar es humano, y trabajar en entornos complejos y muy estresantes no trae consigo un rendimiento excelente del trabajador de salud. Incluso mejorando el aspecto individual no mejorará en el mismo grado la seguridad. Es necesario para ello analizar el sistema que permite los errores y así mejorar la seguridad a través de un enfoque de cultura de seguridad. En ella se otorga gran importancia a las creencias, los valores y las actitudes en materia de seguridad y que es compartida por la mayoría de las personas en el lugar de trabajo.

La cultura sobre seguridad del paciente en los establecimientos de salud es la condición más importante para la prevención, disminución y manejo de los incidentes sobre seguridad del paciente siendo que de esa manera se disminuye el riesgo.

Ello implica las acciones de la gestión central, en este caso de los servicios de emergencia, que se formen y formen a los recursos humanos en conceptos sobre seguridad, trabajo en equipo, comunicación e información de resultados y se estimule la participación activa para las propuestas de mejoras enfrentando los errores sin ánimo punitivo.

Se ha realizado estudios sobre cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias, que revelaron miedo a comunicar incidentes, falta de apoyo de los superiores, falsa percepción de seguridad y escasa formación del personal en seguridad del paciente.⁽¹⁴⁾

Si bien es cierto, existe oferta académica en el posgrado, hay insuficiencia de formación a nivel de pregrado en las diversas profesiones de salud. Esto ha sido contemplado por diversas organizaciones tales como la OMS quienes lideran un emprendimiento global para potenciar la educación en seguridad del paciente, sus principios y enfoques que produzcan una futura generación de trabajadores de la salud formados para ejercer una atención clínica centrada en el paciente, desarrollando una guía curricular sobre seguridad del paciente bajo una perspectiva multiprofesional propuesta a universidades y facultades de ciencias de la salud.⁽¹⁵⁾

Se pueden establecer objetivos dentro de un servicio que vaya de la mano con la gestión central del establecimiento de salud, para fomentar y asentar la cultura de seguridad. Se plantean

1. Disponer de un plan de seguridad que contemple la participación de todos los profesionales y sea conocido por todos.
 2. Implementar la formación en seguridad del paciente de todo el personal de emergencia.
 3. Retroalimentar sobre los resultados obtenidos y establecer recomendaciones a la luz de los mismos.
 4. Formar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los servicios de emergencia.
- Incluir la seguridad del paciente como uno de los aspectos a abordar en los planes de acogida de nuevos profesionales.

- Consensuar un currículum mínimo de formación básica en seguridad del paciente para los profesionales de la salud que incluya conceptos sobre prácticas clínicas seguras, comunicación, el trabajo en equipo, y factores de los servicios de salud que influyen en la seguridad del paciente.

Errores en la medicación

Los servicios de emergencia son áreas que generan mayor número de incidentes evitables relacionados con la medicación. Las características del servicio ya mencionadas tienen las condiciones que generan esta situación.

El uso de medicamentos es un proceso que en general consta de las etapas de prescripción, expendio, administración y monitorización. En el proceso se ven involucrados diversos profesionales.

La cantidad constante de nuevos medicamentos y sus indicaciones, contraindicaciones, interacciones medicamentosas implican no estar necesariamente familiarizado con todas las características que los rodean.

Prescribir a paciente equivocado, a dosis incorrecta, con droga equivocada, vía de administración incorrecta y aún horario inapropiado son los posibles escenarios en la medicación. La comunicación incorrecta sobre prescripción, dentro de ella las verbales en emergencia, así como letra ilegible ocasionan errores ⁽¹⁶⁾.

El proceso del expendio se ve afectado por la alta demanda y la rapidez en muchos

casos en que se requiere la droga. El área de farmacia de emergencia ha de optimizar su proceso para disminuir el riesgo.

Dentro de los errores de medicación en emergencia, la participación de los profesionales de enfermería que administran el medicamento es central pues deben optimizar sus procedimientos, trabajar con conceptos claros sobre seguridad y con la preparación necesaria de trabajar en emergencia. Nuevamente la presión asistencial, alta demanda y la urgencia de los casos exigen atención especial para evitar errores. Las dosis inadecuadas, paciente equivocado, vía errada, medicamento equivocado y horario inadecuado se describen con más frecuencia. En Emergencia también valen los conceptos sobre las cinco C de la administración de medicamentos: La droga correcta, vía de administración correcta, horario correcto, dosis correcta y paciente correcto.

Por último, es necesario hacer el seguimiento o monitoreo en la posibilidad de la presentación de reacciones adversas.

Errores en la comunicación

Algunas características sustanciales a un servicio de emergencia son los procesos de transferencia. Es un servicio de continuo flujo ya sea de pacientes referidos de otros centros en diversos estados de gravedad como pacientes destinados a las áreas internas de emergencia y a pisos de hospitalización. La comunicación sobre las condiciones del paciente debe contener la información suficiente en el objetivo de la seguridad del paciente. Tanto la información hablada como

la escrita deben tener en cuenta este aspecto. Se ha señalado que los errores en la comunicación son responsables de un 60 % de errores médicos. Según se ha señalado constituye igualmente primera causa raíz de eventos centinela.

La historia clínica electrónica ayuda a mejorar la comunicación ayudando en la legibilidad tan comprometida en la información escrita. Ha de estandarizarse el uso de abreviaturas, acrónimos, medidas, símbolos y no ser totalmente subjetiva como ocurre frecuentemente.

Dentro de la comunicación, la información al paciente es fundamental a fin de que él mismo forme parte de la toma de decisiones sobre su salud ejercitando el principio de autonomía, así como en muchos casos del consentimiento informado. De esa manera pueden comprenderse la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos y disminuye también reclamos y denuncias.

Las dificultades que se presentan por el idioma o lengua nativa son también causa de problemas en la comunicación que hay que tener en cuenta, así como aquellos pacientes muy frecuentes en emergencia con compromiso del sensorio y que deben dar información indirectamente a través de familiares que obviamente no tienen la información precisa.

Errores en el diagnóstico

Este aspecto también juega un rol importante para la seguridad del paciente en emergencia. Identificar con oportunidad

síntomas y signos acompañantes al cuadro que trae al paciente a emergencia, aun cuando no sea mencionada es producto de una adecuada formación académica. La especialidad médica y otras profesiones de Emergencia, asentada ya en varios países del mundo se orienta a este fin. Falta, sin embargo, incidir en la formación sobre seguridad del paciente.

Los servicios implementan procesos como el triaje con el objetivo de identificar las prioridades de atención en función del nivel de estado crítico del paciente, para así prestar igualmente niveles de atención adecuados y oportunos. Todo ello ha demostrado disminuir la morbimortalidad y en consecuencia mejora la seguridad del paciente.

Se debe prestar especial atención a la patología más frecuente que acude a la emergencia para así establecer guías clínicas de atención sobre las mismas, teniendo en cuenta que actualmente existen protocolos de atención reconocidos a nivel internacional y se pueden adaptar a la realidad de cada servicio.

Errores en procedimientos diagnósticos y terapéuticos

En los servicios de Emergencia se realizan procedimientos que tienen a la base la necesidad de su rápida ejecución habida cuenta del tipo de paciente en diversos estados de gravedad. Así, pacientes con inminente riesgo de perder la vida son susceptibles de acceso a la vía aérea con rapidez a través de la intubación endotraqueal; urgencia de acceso venoso en pacientes chocados;

procedimientos de terapia eléctrica y otros. Fuera de un adecuado entrenamiento y la dificultad de su ejecución el tiempo suma a un incremento del riesgo de provocar eventos adversos. Asimismo, existen otros procedimientos como toracocentesis, drenaje pericárdico, paracentesis, punción lumbar, endoscopias digestiva y bronquial, radiología intervencionista, inserción de sondas y otros. El acceso venoso periférico en casi el 100 % de pacientes que acuden a emergencia también es sujeto de la demanda y presión constantes.

Diversos estudios han señalado que, del total de causas de incidentes en el servicio de urgencias, los procedimientos realizados son alrededor de 16 a 25 %.

Los conceptos sobre seguridad del paciente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en emergencia pueden tener su basamento en las directrices de la cirugía segura para implementar herramientas para la seguridad del paciente. Verificando el paciente indicado y el procedimiento indicado en el sitio indicado. Preparando el equipo necesario en función a los procedimientos más frecuentes para su realización oportuna. Evitando las reacciones adversas medicamentosas inicialmente en función a la anestesia y otros. Monitoreando mediante control posterior del procedimiento realizado. Comunicando con continuidad a quienes luego tomen la posta en el seguimiento del paciente. Informando en el momento oportuno a paciente y/o familiar sobre los procedimientos a realizar obteniendo el consentimiento informado apenas sea posible. Guardando y verificando con precisión la pertenencia al paciente de

las muestras obtenidas para su envío. Envío en el momento oportuno de las muestras al laboratorio respectivo, cuidando que lo solicitado se corresponda realmente tanto en el examen solicitado como de la identificación del paciente. Ello establece un antes, un durante y un después del procedimiento.

La presencia de incidentes y aún eventos adversos durante los procedimientos en emergencia no implica que el personal es descuidado o incompetente, sino a que existen varias etapas en el proceso de su realización con diverso nivel de complejidad. Por lo tanto, teniendo a la base todos estos conceptos, los administradores del servicio deben implementar herramientas para la atención segura en los procedimientos a realizar.

Errores en la identificación

En los demandados y hacinados servicios de emergencia la identificación adecuada del paciente es un aspecto de lo más importante.

Emergency Care Research Institute (ECRI) Instituto de Investigación de Atención de Emergencia define la identificación del paciente como “el proceso de corresponder correctamente a un paciente con la intervención apropiada prevista y transmitir, de forma precisa y fiable, información sobre la identificación del paciente a través de la atención sanitaria continuada”.

La inadecuada identificación como rápidamente se comprenderá, genera errores en la administración de medicamentos, en los procedimientos como por ejemplo la transfusión sanguínea, en colocar en la historia diagnósticos que no se corresponden

con el nombre ahí registrado, toma de exámenes auxiliares e imagenología. El riesgo implica hasta la pérdida de la vida.

Se ha difundido ampliamente la estrategia de la pulsera de identificación que ha alcanzado también a los servicios de emergencia. Se informa que, a pesar de ello, la implantación de esta estrategia es aún deficiente. Hay que tomar en cuenta que otras herramientas utilizadas para la identificación del paciente son la historia clínica electrónica, sistemas electrónicos de registros de entrada, lectores de códigos de barras, monitores fisiológicos y otros.

Un estudio realizado en 75 Servicios de urgencias de España en el año 2008 ⁽¹⁷⁾, encontraba que un 41 % de los Servicios de urgencias de hospitales, no utilizaban sistema de identificación de los pacientes. Encontró 49 % en caso de urgencias pediátricas. Sin embargo, los mismos centros declaraban en un 90,7 % que utilizaban sistema de identificación. Esta discrepancia entre lo declarado y lo real suele acontecer y revela una debilidad en el sistema de identificación del paciente y traduce asimismo una debilidad en la cultura de seguridad.

Se estima que un 7 % de los eventos adversos que acontecen en emergencia podrían ser causados por problemas de identificación de pacientes.

En un estudio de 32 meses del año 2013 al 2015, ECRI ⁽¹⁸⁾, encontró 7 613 errores de identificación de pacientes observando que 72,3 % se produjeron mientras los pacientes estaban en el centro, seguidos de los que

tuvieron lugar durante el ingreso (12,6 %). Más del 50 % se produjeron en las pruebas de diagnóstico (laboratorio, anatomía patológica o diagnóstico para la imagen) 36,5 % y en los tratamientos (medicación, procedimientos y transfusiones) 22,1 %. De todos ellos, la mayor parte de los eventos, 91.4 % se detectaron antes de que ocasionaran daño al paciente.

El 15 % de los errores de identificación, fue por identificación física incorrecta del paciente por pérdida de la pulsera identificativa, por pulseras identificativas incorrectas o por no haber verificado la identidad del paciente.

El 15 % de los eventos tuvieron relación con las herramientas tecnológicas.

La frecuente utilización del número de cama o camilla para identificar a un paciente; preguntar al paciente si él es un paciente determinado dándoles un nombre y apellidos en lugar de que sea él el que se identifique; homonimia y coger la historia equivocada son fuente de error.

Implantar estrategias para fortalecer la implantación del proceso de identificación en emergencia reducen el riesgo de eventos adversos.

Errores en la prevención de infecciones

Nuevamente, las características del servicio de emergencia con la complejidad de sus atenciones en un medio de alta demanda presión y muchas veces hacinamiento puede incrementar la posibilidad de daño a los pacientes. La ocurrencia de nuevas infecciones en este entorno no escapa a esta realidad.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente ⁽¹⁹⁾.

En los servicios de emergencia se informa que 13.8 % de los eventos adversos generados fueron infecciones nosocomiales siendo que 75 % era previsiblemente evitables ⁽⁵⁾.

Las acciones para controlar los errores en la prevención de infecciones en emergencia no escapan a los lineamientos generales que implican la participación del equipo de salud en la atención de todo paciente, al margen del servicio y sin necesariamente conocer si posee o no alguna infección o colonización por un microorganismo.

Se considera que el método central para disminuir el riesgo de infecciones es el lavado de manos. Debe seguirse las recomendaciones de la OMS e implementar talleres, prácticas y enseñanzas, con supervisión a todo el personal de salud que

forme parte de los diversos estamentos del servicio de emergencia.

Las acciones a realizar consideran lo siguiente:

1. Higiene de manos incidiendo en los cinco momentos.
2. Uso de guantes orientado a disminuir el riesgo de contaminación del paciente con los microorganismos del trabajador de salud, así como del paciente al operador a través de las manos.
3. Uso de elementos de protección personal (EPP) que son la primera línea de defensa ante materiales biológicos manipulados.
4. Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos punzocortantes.
5. Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
6. Higiene respiratoria extremando en el uso de cánulas y aspiradores.
7. Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

Referencias Bibliográficas

1. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. Washington (DC): The National Academies Press, 2000.
2. OMS Seguridad del Paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Vásquez-Alva Rolando, Amado-Tíneo José, Ramírez-Calderón Fanny, Velásquez-Velásquez Rafael, Huari-Pastrana Roberto. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2016 Oct; 77(4): 379-385. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es.
4. Leape LI, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, et al. The nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;324:377-84.
5. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

6. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencia de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22:415-428
7. Alcaraz Martínez J, Aranaz Andrés JM, Martínez Ros C, Moreno Reina S, Escobar Álvaro L, Ortega Iarte JV, y grupo de trabajo ERIDA. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en los Servicios de Urgencia. *Rev Calid Asist*. 2016;31:285-92.
8. J.M. Aranaz-Andrés, C. Aibar-Remón, R. Limón-Ramírez, A. Amarilla, F.R. Restrepo, O. Urroz, O. Sarabia, R. Inga, A. Santivañez, J. Gonseth-García, I. Larizgoitia-Jauregui, Y. Agra-Varela, E. Terol-García. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista Calidad Asistencial* 2011; 26:194-200 DOI: 10.1016/j.cali.2010.12.001
9. Nora Espíritu, Glicería Lavado , Lilian Pantoja , Carmen Lam , Mónica Barrientos, Rigoberto Centeno Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. *Rev Calid Asist*. 2007; 22: (6), 335-341.
10. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Boletín de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia N° 17, Junio 2019. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/Boletines/Farmacovigilancia/B10_2018_17.pdf
11. Vinen JD, Gaudry PL, Ashby R, Epstein J, Blizard PJ. Critical Incident Monitoring Study in Emergency Medicine (CIMS): Interim Report. Sydney, Australia: Australasian College for Emergency Medicine and Commonwealth Department of Human Services and Health, 1994.
12. Fordyce J, Blank FS, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S, Benjamin E, Henneman PL. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med*. 2003 Sep;42(3):324-33. doi: 10.1016/s0196-0644(03)00398-6.
13. Lopes Garzón, Pedro. Revisión Sistemática sobre la Incidencia de Efectos Adversos (EA) en los Servicios de Urgencias (2006-2016). Universidad de Zaragoza. Repositorio institucional de documentos. 2017. Obtenido de <https://zaguan.unizar.es/record/70067>
14. Martín Sánchez A, Sánchez Donaire A, Barquero García T, Párraga Bermejo J. La cultura de la seguridad en las emergencias sanitarias. *Nure Investigación*. 2021; 110: 1-11 Obtenido de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2039/953>
15. World Health Organization (2011) Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Obtenido de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>.
16. Tomás S., Gimena I.. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2010 [obtenido 2022 set 30]; 33(Suppl 1): 131-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015&lng=es.
17. Martínez L, Gimeno Victoria, Anglés R, Bañeres Torralba J, Manzanera R. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23: 158-163.
18. ECRI Emergency Care Research Institute. ECRI PSO Deep Dive: Patient Identification 2016. Obtenido de <https://www.ecri.org/patient-identification-deep-dive>
19. Organización Mundial de la Salud (2011). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Ginebra. Obtenido de (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1, consultado el 26 de julio de 2022).

Capítulo 5

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Imelda Leyton Valencia

La seguridad del paciente se define para la Organización Mundial de la Salud como una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria¹. Así mismo, la Joint Commission International menciona que la seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad². En nuestro país la definición de la seguridad del paciente es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud

a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente³. Involucra por lo mencionado, acciones complejas, ya que en ellas intervienen aspectos inherentes al sistema de salud y la actuación humana.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission International, han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de la atención sanitaria. Es así que la OMS puso en marcha en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (en la que el Perú es país miembro) y la Joint Commission International publicó las metas internacionales para la seguridad del paciente (MISP), en septiembre de 2006 a partir de las propuestas de la OMS; las MISP son definidas como “estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las

1 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient>

2 The Joint Commission, Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente, GINEBRA/OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf> [Consultado el 15/12/2013].

3 Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2011.

unidades hospitalarias son de aplicación a nivel internacional para promover mejoras específicas en el proceso de atención médica segura, basadas en evidencias científicas y creadas por el conocimiento de expertos.

Las MISP proponen:

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

En el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), estudio llevado a cabo en cinco países latino americanos, entre ellos el Perú con la participación de 5 hospitales estatales, la prevalencia estimada de efectos adversos fue de 10 % en los resultados globales y 11.6 % en los resultados como país, además se encontró que casi el 60 % de ellos eran evitables. El evento adverso más frecuente fue la infección nosocomial. Estos resultados fueron un factor de alerta para tener en cuenta en lo que correspondía a estrategias a desarrollar.

Por otro lado, la implementación de las metas internacionales es requerida desde el 2011

en todas las organizaciones acreditadas por la Joint Commission International (JCI) según estándares internacionales para hospitales y propone soluciones basadas en la evidencia o en el consenso de expertos en áreas problemáticas de la atención asistencial. Así mismo, la OMS en su 72.^a Asamblea Mundial de la Salud, del 28 de mayo de 2019⁴, insta los Estados Miembros de esta asamblea a “reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud y a convertirla en un componente esencial para fortalecer los sistemas de atención de la salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal”. Teniendo en cuenta que la existencia de un diseño sólido del sistema es algo inherente a toda atención médica segura y de alta calidad, las metas generalmente se centran, en la medida de lo posible, en soluciones en todo el sistema. Por ello se hace necesario tener en cuenta sus directrices que se ajustan a los sistemas, en específico los sistemas de salud de un país.

En la revisión que hacen diversas entidades reconocidas a nivel mundial como AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), NQF (National Quality Fórum), JC (Joint Commission) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), sobre prácticas seguras, destacan las que están destinadas casi en todas ellas a cumplir las metas internacionales.

4 72.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA72.6 Punto 12.5 del orden del día 28 de mayo de 2019

AHRQ Evidence for PSP (2013)	NQF PSP for better healthcare	JC National PS goals (2014)	OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Medicamentos de alto riesgo • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • NVM • Cultura seguridad • Dispositivos médicos • Transición asistencial • UPP • Caídas • Implicación pacientes/cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Medicamentos de alto riesgo • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • Infección quirúrgica • NVM • Cultura seguridad • Dispositivos médicos • Consentimiento informado • Transición asistencial • RAM • UPP • Caídas • Trombosis venosa • Radiaciones ionizantes en pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • Infección quirúrgica • Identificación • Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos) • Cirugía segura • Identificación • Transición asistencial • Medicamentos con nombres parecidos

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality⁸⁶; national Quality Forum⁸⁷; JC: Joint Commission⁸⁸; OMS: Organización Mundial de la Salud⁸⁹; BCR: bacteriemia relacionada con catéter, ITU: infección de tránsito urinario; MAR: medicamentos de alto riesgo, NVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, RAM: resistencia a los antimicrobianos, UPP: úlceras por presión.

Si bien es cierto, que el Perú se enrola entre los países que deciden incorporarse al movimiento por la seguridad del paciente en octubre del 2004, siendo además que su entusiasmo tuvo un marcador importante cuando participó en el estudio IBEAS Estudio Latinoamericano de prevalencia de eventos adversos, entre el 2007 y 2008, con 5 hospitales estatales, tres del MINSA y dos de la seguridad social, las actividades regulatorias a nivel nacional se han circunscrito a solo algunos aspectos en relación a las metas internacionales, no obstante a nivel mundial éstas han sido

adoptadas por la mayoría de las instituciones como estrategia para generar una cultura de Seguridad del Paciente, orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar por tanto la seguridad de la atención.

En cuanto a la meta 1: Identificar correctamente a los pacientes, el Ministerio de Salud no tiene regulación específica, algunos hospitales de Lima cuentan con una directiva local y en cambio EsSalud, en la actualidad ha publicado ya la segunda

versión de la Norma “Prácticas Seguras para la identificación correcta del usuario en el Seguro Social de Salud”.

La Meta 2, que es Mejorar la comunicación efectiva, no se ha desarrollado en nuestro país, ni en el MINSA ni en la Seguridad Social, pese a que es un tema que se revisa en las actividades académicas sobre calidad. Si es necesario mencionar que las Clínicas privadas y el INCOR acreditados por la JCI, sí cumplirían dichos estándares.

En relación a la Meta 3, Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, el Perú no cuenta con regulación específica, aparte de algunas directivas locales en hospitales de Lima. Nuevamente se menciona que los acreditados por la JCI si cumplirían con esta meta.

En lo que corresponde a actividades para el cumplimiento de la meta 4: Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto, en el 2010 el MINSA contando con la colaboración del Colegio Médico del Perú, aprobó la “Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”, que concretamente incluye los objetivos de esta meta internacional. En la actualidad esta directiva ha sido tomada en cuenta en los Convenios de Gestión entre el Ministerio de Salud y los establecimientos de salud, los cuales tienen por objeto establecer las obligaciones que asumirán las partes para la implementación de la entrega económica anual que se otorgará al personal de salud por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos

de mejora de servicios, alcanzados en cada año, otorgando bonos escalonados según porcentajes de cumplimiento, a los trabajadores del MINSA. Así mismo, EsSalud cuenta con una versión modificada de dicha norma que en la actualidad se encuentra vigente.

Para el cumplimiento de la meta 5: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, el MINSA aprobó el año 2015 el Documento técnico: “Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud” con Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA. Este mismo interés en la reducción de infecciones asociadas al cuidado de la salud, se cristalizó en la emisión de la NT N° 163-MINSA/ 2020/CDC “Norma Técnica de salud para la Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud” para la prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud”, la cual se encuentra en la actualidad vigente.

En lo que respecta a la meta 6: Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas, cabe precisar que en EsSalud se ha trabajado normativamente con su regulación desde año 2013, siendo en una segunda versión la directiva vigente: Directiva de “Prácticas seguras para la prevención de caídas de pacientes” aprobada en el año 2021. MINSA tiene pendiente la implementación de una normativa respecto de esta meta internacional.

La aprobación de la Directiva Sanitaria Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud.

Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN, aprobada por R.M. N°163-2020-MINSA, y la directiva "Normas para la implementación de rondas de seguridad del paciente en las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD" han contribuido con la vigilancia de algunas prácticas seguras como la identificación del paciente, cirugía segura y prevención de caídas de manera general, sin embargo esto no compensa la necesidad de regulaciones específicas. Por ello, es necesario precisar que las metas relacionadas con Identificar correctamente a los pacientes, Mejorar la comunicación efectiva, Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, así como la prevención de caídas se encuentran a la actualidad pendientes de desarrollar normativamente por parte del MINSA.

Así mismo, cabe precisar que diez clínicas privadas y un establecimiento estatal (Instituto Nacional del Corazón – INCOR de EsSalud) acreditados por la Joint Commission International si estarían en condiciones de cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente, por propia iniciativa y financiamiento, independientemente de lo regulado o no por la entidad que ejerce rectoría en el país, este caso el Ministerio de Salud, cuyas tareas relacionadas con la calidad y seguridad de atención se encuentran a cargo de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, la que

funciona como tal desde hace varios años, y que en el periodo anterior a la actualización del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA que desactivó algunos órganos ejecutivos, era la Dirección Ejecutiva Calidad del MINSA.

La 74ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo del 2021, el "Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030", con el fin de potenciar la seguridad de atención, como un componente importante en el diseño, los procedimientos y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo. Pertenecer al grupo de países miembros que apuestan por la Seguridad del Paciente, nos compromete a estar alineados en las Metas Internacionales, y ello supone una necesidad importante de recuperar el rol rector en calidad y seguridad de la atención en la que ahora es una Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, para poder desplegar acciones estratégicas como país sobre todos los subsectores, y tomar el control en este aspecto de importancia para la salud pública.

Implementar una Estrategia Nacional de Educación en Seguridad del Paciente con la participación de todos los actores institucionales y continuar desarrollando la regulación en Calidad y Seguridad de la atención, promoviendo así la cultura de Seguridad, serán tareas que el Ministerio de Salud no podrá dejar de desarrollar.

Capítulo 6

La Bendita Manía de Contar

MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel

Si bien el gran escritor colombiano Gabriel García Márquez publicó en 1998 el libro “La Bendita Manía de Contar” en la que relata el arte de cómo escribir guiones y contar historias, en estas reflexiones que a continuación compartiré, tomaré la otra acepción del término “contar”, la de numerar cosas o para ser más preciso, numerar casos.

Los eventos adversos. En octubre del año 2004, Sir Liam Donaldson, un salubrista británico convocado por la Organización Mundial de la Salud, dio inicio al Lanzamiento de la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa buscaba mover las voluntades políticas de los países en atender un problema que ya se había convertido en un problema de salud pública, los eventos adversos en salud, es decir los daños que sufrían los pacientes en su tránsito por los servicios de salud.

Diversos estudios llevados a cabo en la década previa en diferentes países mostraban un denominador común, los pacientes sufrían daños, no por la historia natural de la enfermedad, sino por las acciones que llevaba a cabo el personal de salud y en algunos casos los conducían a la muerte. El

número de casos no era despreciable y dada su magnitud, este problema migró del campo de los investigadores y revistas académicas al de la salud pública.

Para tener una evidencia latinoamericana, la Organización Mundial de la Salud convocó al doctor Jesús María Aranaz Andrés y a su equipo de investigadores a recoger la metodología aplicada en el “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS)” en España, en el que encontró una incidencia de eventos adversos del orden del 9.3 %, y plasmarla en cinco países: Costa Rica, México, Perú, Colombia y Argentina. Este estudio que contó con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, halló un resultado similar a lo encontrado en los estudios precedentes, la incidencia de los eventos adversos estaba del orden del 10 % de los pacientes hospitalizados. Tuve la oportunidad de conducir el estudio en el Perú, encontrando una prevalencia del 11 %, es decir un punto por encima del promedio latinoamericano.

El denominador común de todos estos estudios es que la primera causa de eventos adversos, son las infecciones asociadas a la

atención en salud. De ahí que el Primer Reto Global que presentó la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, fue la higiene de manos. Bajo el lema “Atención limpia es Atención Segura”, se difundió la técnica de higiene de manos en el ámbito clínico y quirúrgico, en segundo lugar se precisó los cinco momentos en los que estaba indicado la higiene de manos, también se difundió intensamente la higiene de manos con alcohol gel como una opción al lavado de manos con agua y jabón, en cuarto lugar, se mostró la estrategia multimodal, una intervención que consta de una combinación de acciones, para lograr que el personal de salud muestre adherencia a la higiene de manos. Este despliegue de iniciativas se acompañó de diversas herramientas, formatos, posters y publicaciones con el resumen de la evidencia científica respaldando el Primer Reto Global. La higiene de manos constituye el pilar de las precauciones estándar para el control de las infecciones asociadas a la atención (IAAS), la primera causa mundial de eventos adversos en salud.

Normatividad e IAAS. El Perú había dado algunos pasos importantes en la lucha contra las IAAS pocos años previos al lanzamiento de la Alianza Internacional por la Seguridad del Paciente. En setiembre de 1997 se firmó un acuerdo entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Dando origen al Proyecto Vigía “Enfrentando a las amenazas de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes”. Este proyecto tuvo por propósito la prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmisibles

emergentes y reemergentes, como dengue, malaria, infección por VIH, tuberculosis, fiebre amarilla, etc. Resulta paradójico ver cómo los grandes avances alcanzados en controlar estas infecciones, veinte años después, no solo no se han mantenido, sino que han sufrido un enorme retroceso llevándonos a la actualidad donde enfrentamos una epidemia nacional de dengue más grande de la historia republicana.

El Proyecto Vigía MINSA/USAID permitió financiar la transferencia tecnológica de Chile a Perú en relación a los programas de vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias. Expertos de Chile, quienes ya tenían diez años, con aciertos y errores, implementando un sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias, entrenaron a profesionales peruanos para, acortando pasos y tiempo, que organicen un sistema de vigilancia y control recogiendo la experiencia del vecino país. El Proyecto Vigía dejó elaborados documentos técnicos con herramientas que empezaron a ser usados como guías para implementar el sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias. Era necesario institucionalizar el modelo desarrollado, por lo que empezaron a aprobar normas para su regulación y cumplimiento.

En el año 2004, pocos días antes del cambio de gobierno, en el mes de julio se aprobó la “Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias”. Esta norma crea los comités locales de control de infecciones intrahospitalarias donde, tras un diagnóstico situacional, lleva a estos comités a la acción: control del manejo de residuos sólidos, aislamiento hospitalario,

desinfección y esterilización, uso racional de antimicrobianos, uso racional de desinfectantes y antisépticos, prevención de infecciones en los trabajadores y manejo de brotes.

En marzo del año 2005 se aprobó la “Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias”, donde se describe con minuciosidad cómo llevar a cabo la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, lo que apenas se mencionaba en el documento anterior, compensando esta omisión.

En el año 2007 se aprobó la “Guía Técnica para la evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias”. Esta guía tenía por propósito que el propio hospital lleve a cabo una evaluación interna donde se verificaba el cumplimiento de las dos normas emitidas por el Ministerio de Salud, teniendo por herramienta una lista de verificación que sistematizaba el recojo de información.

En marzo del año 2009 se aprobó la “Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias”. Esta directiva crea una herramienta para que las Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud supervisen a los hospitales. Lo singular de esta propuesta es que la supervisión estaba dirigida solo a la vigilancia epidemiológica; si el hospital tomaba acción sobre los hallazgos de la vigilancia, no era interés de la supervisión, cuando justamente el propósito de todo el sistema era reducir las infecciones hospitalarias.

En junio del año 2009 se aprobó el “Plan nacional de vigilancia, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012”. En este Plan se vuelve a dar una mirada integral del problema, tanto en su componente de vigilancia, como en el de implementar medidas para su control, sin embargo, no se plantean como objetivos específicos reducir las infecciones hospitalarias. Apuesta por el cumplimiento de buenas prácticas para que como consecuencia se controlen las infecciones.

En marzo del año 2015 se aprobó el Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud”. Este documento, aunque no lo dice de manera explícita, se trata de un Plan donde los objetivos son reemplazados por la denominación lineamiento y vuelve a poner sobre la mesa el control de las “infecciones asociadas a la atención de salud”, término que reemplaza a la denominación “infecciones intrahospitalarias”. Otro cambio importante es que este documento no es elaborado por epidemiología ni por la Dirección de Servicios, sino por la Dirección de Calidad en Salud.

En el año 2020, pocos días antes del cambio de gobierno, en el mes de julio se aprobó “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones Asociadas a la Atención de la Salud”, la cual deroga la “Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias” del año 2005. Nuevamente esta norma solo se centra en la vigilancia, pero las medidas de control de las infecciones siguen siendo las mismas del año 2004.

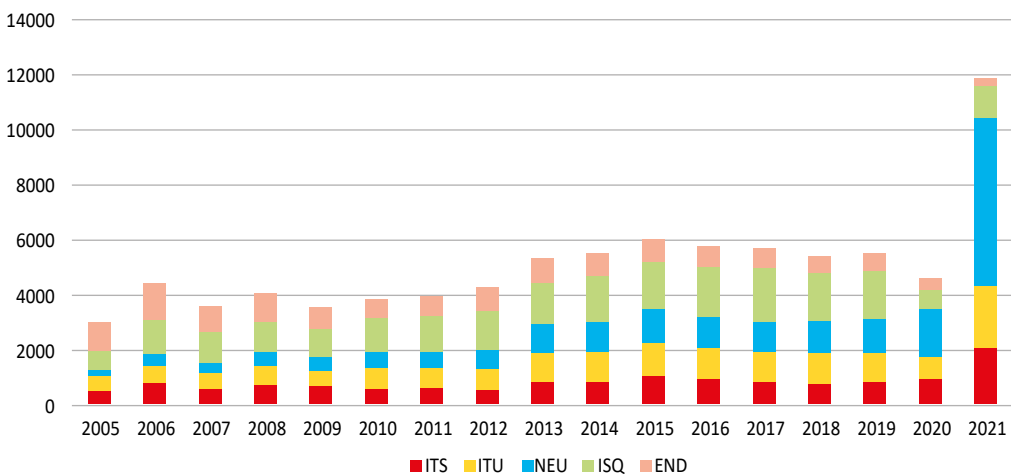
Han transcurrido casi veinte años sin que se modifiquen las recomendaciones para el control de las IAAS y sin incorporar lo que la investigación ha producido en estas dos décadas. Contamos con un magnifico sistema para contar las infecciones asociadas a la atención, pero sin propuestas técnicas actualizadas para su control. Es como tener una mira de arma láser para identificar certeramente al enemigo, pero el arma a utilizar se trata de una carabina. Nos hemos quedado solo con la bendita manía de contar, pero sin una consecuencia concreta y efectiva para su reducción.

IAAS y la epidemia del COVID. En el mes de marzo del año 202 se diagnosticó el primer caso de COVID en el Perú. Los casos se sucedieron uno tras otro, para luego pasar a un crecimiento exponencial. Los pacientes rápidamente coparon los servicios de salud, los cuales ya estaban saturados antes de la

epidemia. Se tuvo que ampliar la capacidad de atención en las unidades de cuidados críticos ampliándose a otros ambientes. El número de pacientes excedía al del personal de salud entrenado, que ya estaba menguado por la ausencia de profesionales sobre los sesenta años; se generaba una tormenta perfecta.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades generó la Alerta epidemiológica N° 20 “Riesgo de incremento de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en el contexto de la epidemia del COVID-19 en el país”, en la que advertía el incremento de las IAAS: se habían reportado ocho brotes de IAAS con 42 defunciones. En otros países también se reportó el incremento de las IAAS en paciente infectados por COVID, de manera particular esta fue más sensible en las unidades de cuidados críticos.

Distribución de casos IAAS, Perú 2005 - 2021



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

A la revisión del número de IAAS nacionales reportadas cada año por los epidemiólogos, se aprecia una disminución en el año que inició la epidemia, el 2020. En realidad, no hubo disminución, sino que se desarticuló el sistema de vigilancia nacional, por la pérdida de recurso humano encargado de la vigilancia, donde muchos de ellos pasaron a trabajo remoto.

Las cifras se sinceraron el año siguiente, el 2021, cuando se logra contar nuevamente con personal de salud ya vacunado. La vigilancia develó el enorme drama que tenía lugar en las unidades de cuidados críticos, el incremento de las IAAS y la consiguiente urgencia en la necesidad de responder ante esta mortífera amenaza. Hasta la fecha, el Ministerio de Salud no ha orquestado una respuesta ante este problema nacional. Lamentablemente cuando uno revisa el Reglamento de Organización y Funciones no encuentra asignada la función del control de las IAAS.

La iniciativa de los Care Bundles. En el año 2006, Peter Pronovost publicó el artículo “An Intervention to decrease Catheter Related Bloodstream Infections in the ICU”, dando cuenta de la implementación de un Care Bundle para reducir casi a cero las infecciones del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central.

El concepto de cuidado mediante un conjunto de medidas para el cuidado de la salud (Care Bundle) se creó durante la realización de un proyecto de diseño de unidades de cuidados intensivos. Toda unidad de cuidados intensivos debería considerar como una

prioridad el mejoramiento en el cuidado de los pacientes.

Un bundle es un conjunto de medidas respaldadas por evidencia científica, que sumadas logran un impacto en la reducción de un evento adverso para una población específica. No se trata de una lista de verificación, sino de un conjunto de medidas a cumplir, donde la máxima adherencia permite lograr un resultado clínico.

En el caso de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central, las medidas a cumplir son:

- Higiene de manos
- Precauciones máximas de barrera
- Antisepsia cutánea con clorhexidina
- Selección óptima del sitio del catéter, evitando el uso de la vena femoral para el acceso venoso central en pacientes adultos
- Revisión diaria de la necesidad de la línea, con pronta eliminación de líneas innecesarias

Estas medidas deben ser cumplidas por la totalidad de personal y las 24 horas del día, todos los días. Para lograr el efecto deseado, deben cumplirse la totalidad de las medidas; si se deja de aplicar una o dos de ellas, el efecto positivo no será predecible.

Los mejores resultados se obtienen no solo implementando adecuadamente el bundle, sino que también va aparejado con intervenciones sobre la cultura de seguridad. Esta parte del modelo se integra en lo que Peter Pronovost denominó Comprehensive

Unit-based Safety Program (CUSP) que abarca las intervenciones técnicas y las adaptativas.

Esta exitosa experiencia fue llevada a España donde se implementó en las unidades de cuidados críticos como el Proyecto Bacteriemia Zero con muy buenos resultados. Con apoyo de USAID, el año 2010 se trajo esta experiencia a Perú participando hospitales del

sector público y privado. Lamentablemente no se institucionalizó y se fue extinguiendo en el tiempo. Esta es una de las iniciativas que debieran estar ya integradas en las no solo medidas de control, sino modelos integrales de seguridad del paciente para la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud.

<https://proyectoszero.semicyuc.org/>

Referencias Bibliográficas

1. Accoce, Matías, Guidetto, Betiana A., Dorado, Javier Hernán, Paravano, Lucía, Galarza, Mercedes T., Outi, Irene Paola, & Abrate, Alejandro Martín. (2022). Infecciones asociadas a la atención de la Salud en pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020. *Revista chilena de infectología*, 39(5), 525-534. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182022000500525>
2. Baskaran V, Lawrence H, Lansbury LE, Webb K, Safavi S, Zainuddin NI, et al. Co-infection in critically ill patients with COVID-19: an observational cohort study from England. *J Med Microbiol*. 2021;70:001350.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta epidemiológica N° 20 "Riesgo de incremento de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en el contexto de la epidemia del COVID-19 en el país". Setiembre 2020.
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, en el Perú. 2022. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2022/SE322022/03.pdf>
5. Llumiyinga MJ. Prevalencia de infecciones asociadas a cuidados de salud y mortalidad de pacientes con COVID-19. *Rev Med Vozandes*. 2021; 32 (2): 15 – 20.
6. Pourajam S, Kalantari E, Talebzadeh H, Mellali H, Sami R, Soltaninejad F, et al. Secondary bacterial infection and clinical characteristics in patients with COVID-19 admitted to two intensive care units of an academic hospital in Iran during the first wave of the pandemic. *Front Cell Infect Microbiol*. 2022;12:784130.

Capítulo 7

La Calidad en Salud: Principio de la Salud Pública y Prioridad en la Agenda de los Sistemas de Salud al 2030

Edson Valdivia Vera

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal. La meta 3.8 de los ODS insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad ⁽¹⁰⁾.

Cada año se atribuyen entre 5,7 y 8,4 millones de muertes a la atención de calidad deficiente en los países de ingresos bajos y medianos, lo que representa hasta el 15 % de las muertes en esos países. El 60 % de las muertes en los países de ingresos bajos y medianos por afecciones que requieren atención sanitaria son imputables a la atención de calidad deficiente, mientras que las muertes restantes son consecuencia de que no se utilice el sistema de salud. En esos países, la atención de calidad insuficiente conlleva pérdidas de productividad por valor de US\$ 1,4 a US\$ 1,6 billones anuales. En los países de ingresos altos, 1 de cada 10 pacientes sufre daños al recibir atención hospitalaria, y cabe prever que 7 de cada 100 pacientes

hospitalizados contraigan una infección relacionada con la atención sanitaria. Se ha estimado que los sistemas de salud de alta calidad podrían evitar 2,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, 900 000 muertes por tuberculosis, 1 millón de muertes de recién nacidos y la mitad de todas las muertes maternas cada año. A nivel mundial, las estructuras esenciales para lograr una atención de calidad son insuficientes: 1 de cada 8 centros sanitarios no tiene abastecimiento de agua, 1 de cada 5 no tiene servicio de saneamiento y 1 de cada 6 no tiene instalaciones para lavarse las manos en los puntos de atención. Se calcula que 1800 millones de personas, es decir, el 24 % de la población mundial, viven en contextos frágiles en los que hay dificultades para la prestación de servicios de salud esenciales de calidad. En esos contextos se registra una gran proporción de las muertes maternas, infantiles y neonatales evitables ⁽¹⁰⁾.

Algunos datos recientes indican que América Latina y el Caribe sigue siendo una de las regiones más inequitativas del mundo, con

un 29 % de la población que vive por debajo del umbral de pobreza y 40 % de la población más pobre que recibe menos de 15 % del total de ingresos. Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población. La segmentación y fragmentación que se observan en la mayoría de los sistemas de salud de la región resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y la falta de integración de estos a nivel de la prestación de los servicios ⁽²⁾.

Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención. El acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras, eficaces y de calidad, así como el respeto de la medicina tradicional, continúan siendo un reto para la mayoría de los países de la región, lo que afecta la calidad de la atención. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ⁽²⁾.

En la Región de las Américas de la cual el Perú forma parte, hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud

cuando están enfermos. Esta región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo ⁽²⁾. Entre el 2013 y el 2014 podrían haberse evitado más de 1,2 millones de muertes en la región si los sistemas de atención de salud hubieran ofrecido atención de salud accesible, oportuna y de calidad. A fines del 2015, 12 países habían puesto en marcha estrategias o planes nacionales para mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Además, 23 países habían aplicado la estrategia de la red integrada de prestación de servicios de salud. La tasa de mortalidad regional por causas evitables mediante la atención a la salud viene disminuyendo, con una reducción estimada de 118,6 por 100.000 habitantes en el 2014 a 108,1 en el 2019 (una disminución del 8,9 %) ⁽³⁾.

Existe un creciente reconocimiento de que la atención en salud óptima no se puede prestar simplemente asegurando la coexistencia de infraestructura, suministros médicos y prestadores de atención en salud. La mejora en la prestación de atención en salud requiere un enfoque deliberado en la *calidad* de los servicios de salud, lo cual involucra prestar atención efectiva, segura, centrada en las personas que sea oportuna, equitativa, integrada y eficiente ⁽⁹⁾.

La calidad de la atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de los resultados deseados en salud y son congruentes con el conocimiento profesional actual ⁽⁹⁾.

Los datos muestran que la calidad de la atención en la mayoría de los países, particularmente los países con ingresos bajos

y medios, es subóptima, según lo revelan los siguientes ejemplos.

La adherencia a guías de práctica clínica en ocho países con ingresos bajos y medios fue por debajo del 50 % en varias instancias, resultando en atención prenatal y de infancia de baja calidad y planificación familiar deficiente. La Iniciativa de Indicadores de Prestación de Servicios en siete países con ingresos bajos y medios mostró una variación significativa en ausentismo de prestadores (14,3–44,3 %), productividad diaria (5,2–17,4 pacientes), precisión diagnóstica (34–72,2 %), y adherencia a guías clínicas (22–43,8 %). Una revisión sistémica de 80 estudios mostró que la práctica clínica subóptima es común en las instalaciones de atención primaria en salud, tanto privadas como públicas, en varios países con ingresos bajos y medios. Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para países de ingreso alto y medio muestran que 19–53 % de las mujeres entre los 50–69 años no recibieron mamografía de tamizaje, y 27–73 % de adultos mayores (de 65 años y más) no recibieron vacuna de influenza ⁽⁹⁾.

Los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud son esenciales para el suministro de atención en salud de alta calidad a individuos, familias y comunidades. En estos momentos hay un déficit estimado globalmente de 2,5 millones de médicos, 9 millones de enfermeras y parteras, y 6 millones de profesionales de área afines a la salud. Como resultado, la atención básica a menudo está ausente o se presta mal. El problema es más severo en los países más pobres. Incluso en las economías

desarrolladas, los trabajadores de salud se concentran con demasiada frecuencia en las ciudades, con la consecuencia de que la calidad de la atención es a menudo peor en áreas rurales y remotas. Incluso dentro de las ciudades, ciertas ubicaciones, los barrios marginales, por ejemplo – tienen un déficit especial de trabajadores de la salud. Además, la disponibilidad de personal directo no asegura en sí misma la buena atención. Los trabajadores de la salud pueden pasar poco tiempo con los pacientes, carecer de habilidad para hacer diagnósticos correctos, o recetar tratamiento inadecuado ⁽⁹⁾.

La *“calidad de la atención”* es el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la posibilidad de resultados deseados en salud y son congruentes con el conocimiento profesional actual ⁽⁹⁾. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades ⁽¹⁰⁾. La definición apunta finalmente a mejoras en salud en lugar de simplemente aumentar las entradas de servicios o refinar los procesos del sistema, y debe reflejar los deseos de partes interesadas clave, incluyendo usuarios de los servicios y las comunidades. Aunque por décadas se han descrito múltiples elementos de calidad, hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad por

todo el mundo deben ser efectivos, seguros, y centrados en las personas. Además, para poder lograr los beneficios de la atención en salud de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes ⁽⁹⁾.

Los servicios de salud de alta calidad involucran la atención correcta, en el momento correcto, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. La atención en salud de calidad aumenta la probabilidad de resultados en salud deseados y es coherente con las siete características medibles: efectividad, seguridad, centralidad en las personas, oportunidad, equidad, integración de atención y eficiencia. Indistintamente del nivel de ingreso de un país, si existe espacio para mejorar los resultados en salud, la calidad de la atención también se puede aumentar ⁽⁹⁾.

La calidad es un concepto complejo y multifacético. Su búsqueda requiere el diseño y el despliegue simultáneo de combinaciones de intervenciones discretas. Entender esta interdependencia es fundamental para diseñar futuros sistemas de salud. Por ejemplo, establecer estándares para la atención es parte de la mejora de calidad, pero, para que los estándares se implementen de manera confiable, se necesitan acciones adicionales, como capacitación y supervisión, monitoreo para el cumplimiento y retroalimentación a los prestadores de atención en salud. El proceso de establecimiento de normas por sí solo, sin estas otras acciones de apoyo e interdependientes, tiene un valor limitado ⁽⁹⁾.

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser: *eficaces*: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten; *seguros*: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención; *centrados en la persona*: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona; *oportunos*: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan; *equitativos*: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política; *integrados*: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y *eficientes*: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro. Muchos de estos atributos de calidad están estrechamente relacionados con principios éticos ⁽¹⁰⁾.

La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se define como la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su

adecuada organización y gestión. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud exige la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud ⁽¹⁰⁾.

Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios de salud integrales que necesitan, es un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la razón de ser de la *“Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”*.

El “acceso” es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. *“Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad”*, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios. *“Acceso universal”* se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa. La *“cobertura universal de salud”* implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la

salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios ⁽²⁾.

El *“acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”* implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar ⁽²⁾.

En la estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: a) *“ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades”*; b) *fortalecer la rectoría y la gobernanza*; c) *aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios*; y d) *fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal* ⁽²⁾.

En septiembre del 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución *“Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*, que contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 metas específicas de desarrollo: *“Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie”* ⁽³⁾.

“Los Objetivos de desarrollo sostenible” son el plan maestro para conseguir un futuro sostenible para todos. Se interrelacionan entre sí e incorporan los desafíos globales a los que nos enfrentamos día a día, como la pobreza, la desigualdad, el clima, la degradación ambiental, la prosperidad, la paz y la justicia. *“Para no dejar a nadie atrás”*, es importante que logremos cumplir con cada uno de estos objetivos para el 2030. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales, son un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad ⁽⁶⁾.

Los ODS son 17 y están integrados: reconocen que la acción en un área afectará los resultados en otras áreas y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Los países se han comprometido a priorizar el progreso de los más rezagados ⁽⁶⁾. Los ODS están diseñados para acabar con la pobreza, el hambre, el sida y la discriminación contra mujeres y niñas ⁽⁷⁾ y entre sus metas esta la *“meta 3 (ODS 3)”*:

“Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” ⁽³⁾.

En setiembre del 2017, los ministros y secretarios de Salud de los países de la Región de las Américas aprobaron por unanimidad la *“Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030)”* como el instrumento estratégico de política que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la región durante los próximos trece años y declararon su compromiso con: una visión regional de un continente americano más saludable y equitativo, en armonía con la visión y los principios mundiales establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La reafirmación del derecho a la salud, donde sea nacionalmente reconocido, y del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, la solidaridad panamericana, la equidad en la salud, la universalidad y la inclusión social, como principios y valores fundamentales. El trabajo continuo en favor del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y el desarrollo de sistemas de salud resilientes y con capacidad para analizar y actuar sobre los determinantes de la salud de manera intersectorial ⁽³⁾.

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030) constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es un llamado

a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprueba esta Agenda ⁽³⁾.

“La Agenda”, establece como principio y valor: El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, para hacer de este derecho una realidad, los países deben trabajar a fin de mejorar el acceso a una atención de salud que sea oportuna, asequible y de calidad apropiada. Así mismo, define como “Visión: Para el año 2030”: “la Región en su conjunto, así como los países que la integran, se proponen lograr el grado más alto posible de salud con equidad y bienestar para todas las personas a lo largo del curso de la vida, con acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, sistemas de salud resilientes y servicios de salud de calidad”. Esta visión está en plena armonía con la visión mundial establecida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se define un marco general para el desarrollo social, económico y ambiental en el que la salud y sus determinantes son claves ⁽³⁾.

Por esta razón, los países de la Región de las Américas se han unido de una manera sin precedentes para elaborar y poner en marcha la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). Esta Agenda ayudará a centrar mejor los esfuerzos a lo largo de la tercera década del siglo XXI

para que se pueda ver un mayor retorno de la inversión en la salud. En los próximos años, el punto central debe ser asegurar la equidad en torno a la salud, para que todas las personas puedan beneficiarse de los principales esfuerzos por lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ⁽³⁾.

En abril del 2019 se celebró en Ciudad de México la reunión de lanzamiento y presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, en el marco de la Estrategia de Salud Universal aprobada por la OPS en el 2014 y del 40° Aniversario de la Declaración de Alma-Ata. En esa reunión se estableció *“El Pacto 30•30•30 APS (Atención Primaria de Salud) para la Salud Universal”, que constituye un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los ODS en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho, y que universal significa universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud de la región, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30 % como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6 % del producto interno bruto, e invertir al menos el 30 % de estos recursos en el primer nivel de atención. Esto catalizará la transformación necesaria para lograr la salud universal y los ODS para el 2030 ⁽⁴⁾, en palabras sencillas implica transformar los sistemas de salud para el 2030.*

“No dejar a nadie atrás” es un principio central y transformador para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y eje de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El énfasis de este principio es promover políticas nacionales de salud con las estrategias y acciones concretas y viables que garanticen la equidad y el goce del derecho a la salud para todas las personas ⁽¹⁾.

Sabemos que la salud pública abarca diversas actividades encaminadas a abordar las necesidades y los problemas colectivos en el ámbito de la salud y sus causas. Esta no solo busca garantizar la oferta de servicios y bienes públicos esenciales para proteger la salud de la comunidad y de las personas, sino que también incluye trabajar sobre los determinantes sociales de la salud y establecer los criterios y parámetros que orientan el fortalecimiento y la reforma de los sistemas de salud ⁽¹⁾.

La fragilidad persistente de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual tiene repercusiones sobre la salud individual y colectiva. Los sistemas inadecuados de vigilancia, respuesta e información de salud, la ejecución deficiente de las estrategias de prevención y promoción, la falta de profesionales de la salud, la persistencia de las distintas barreras de acceso y la existencia de instituciones de salud que no disponen de la infraestructura adecuada, sumado todo ello a la baja inversión, constituyen importantes deficiencias estructurales que continúan estando presentes en los sistemas de salud actuales. Estas deficiencias representan también la falta de coherencia y capacidad de cumplimiento en la planificación de

actividades de salud pública, incluyendo la falta de vinculación y coordinación necesarias entre los servicios de salud individual y los servicios de salud colectivos y, de forma más amplia, las dificultades que enfrentan las autoridades de salud para actuar de manera coherente y sistemática con una interpretación integrada de sus funciones de rectoría del sistema de salud ⁽¹⁾.

La “*Declaración de Astaná sobre la atención primaria de salud*”, aprobada en octubre del 2018 en conmemoración del 40° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, incluye temas altamente prioritarios para la salud pública al reconocer que “*los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud deberán proporcionar una amplia gama de servicios integrales de prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, que deberán ser accesibles, equitativos, de alta calidad e integrales, para satisfacer las necesidades de salud de todas las personas a lo largo del ciclo de vida*” ⁽¹⁾.

Se reconoce la salud pública como un componente del sistema de salud, entendido este como el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud y, de que la salud pública es una acción colectiva, de responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil, con la finalidad de proteger y mejorar la salud de la población a través de intervenciones poblacionales y comunitarias, pero también a través del acceso a una atención de la salud de calidad. Para ello, es preciso actualizar abordajes y utilizar herramientas que nos ayuden a identificar y evaluar las nuevas capacidades indispensables para asegurar el acceso universal y equitativo a todas las

intervenciones necesarias para mejorar la salud de la población ⁽¹⁾.

“Las funciones esenciales de la salud pública (FESP)” constituyen el núcleo de la agenda de fortalecimiento del sector de la salud en la Región de las Américas desde la década de 1980. Su desarrollo conceptual y medición regional se dio en respuesta a reformas sectoriales que amenazaban con reducir el papel del Estado y la salud pública, especialmente el ejercicio de la función rectora de las autoridades de salud. En ese contexto, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se propusieron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales; es así como, en el año 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP para la Región de las Américas, en la publicación *“La salud pública en las Américas”*. Como parte de la iniciativa, se determinaron las funciones esenciales de las autoridades en materia de salud pública ⁽¹⁾.

La iniciativa de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) fue impulsada en la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América en respuesta al debilitamiento de la salud pública en el país, con *tres funciones centrales*: la *evaluación de las políticas de salud*, la *formulación de políticas* y la *garantía de los servicios*. La intención era definir estas funciones como parte fundamental del papel del Estado para asegurar la eficiencia y efectividad de los servicios de los programas de salud pública del país ⁽¹⁾.

En el año 2020 se lanza la *“renovación de las FESP”* que *“apoya los objetivos y espíritu*

de los ODS y de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” y ofrece una guía para que los Estados Miembros desarrollen políticas de salud pública integradas a través del fortalecimiento sectorial e intersectorial en las distintas etapas de formulación de políticas. El nuevo marco conceptual de las FESP se sustenta en cuatro pilares: • Pilar 1. Aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas. • Pilar 2. Abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones. • *Pilar 3. Garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos.* • Pilar 4. Expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública ⁽¹⁾.

El *concepto de acceso a la salud* empleado en la publicación de la renovación de la FESP se define como *“la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan”*, que fue adoptado por los Estados Miembros de la OPS en el 2014 en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud ⁽¹⁾.

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), deben ser entendidas como las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población, entendidas también como las capacidades del Estado y la sociedad para

ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población. Implica reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales. Esta consideración refuerza que *“el ejercicio de las FESP se enmarca en la función de rectoría de las autoridades de salud”*. Sin embargo, la responsabilidad de las autoridades de salud para el ejercicio de las FESP no es suficiente por sí sola, ya que se requiere de la participación de la sociedad civil. Esta visión reconoce que, si bien es el Estado, y especialmente las autoridades de salud, son quienes deben asumir la responsabilidad primaria del ejercicio de las FESP, parte de estas mismas responsabilidades es promover la inclusión de actores de la sociedad civil para que participen en este ejercicio ⁽¹⁾.

El marco propuesto en la renovación de las funciones esenciales de la salud pública introduce un nuevo paradigma para la salud pública basado en cuatro pilares orientados a la acción, a saber: la necesidad de incorporar

el abordaje de derechos humanos en las políticas de salud pública, la necesidad de que la salud pública amplíe su enfoque para tener un abordaje más amplio de los determinantes sociales de la salud, el papel de la salud pública para garantizar de forma integral e integrada el acceso a las intervenciones poblacionales y a la atención individual de calidad, y la necesidad de que las autoridades de salud actúen en colaboración con otros sectores y la sociedad civil para desempeñar funciones de salud pública. Asimismo, se proponen y describen 11 FESP apropiadas para la Región de las Américas, contextualizadas como un conjunto de capacidades que forman parte de un ciclo de políticas alrededor de las cuatro etapas del abordaje integrado de la salud pública: evaluación, desarrollo de políticas, asignación de recursos y acceso. Este modelo orienta el desarrollo de políticas integradas de salud pública a través de la colaboración intersectorial en las cuatro etapas del ciclo, donde cada función tiene igual relevancia y no puede verse aislada de las otras ⁽¹⁾.

Caracterización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el abordaje integrado de la salud pública



Las 11 FESP renovadas son:

EVALUACIÓN

FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud

FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias

FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud

DESARROLLO DE POLÍTICAS

FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población

FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud

FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces

FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo

ACCESO

FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Si bien todas las FESP tienen la misma relevancia y están interrelacionadas entre sí, del mismo modo todas están orientadas a garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud y el acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan; sin embargo, la *"FESP 9: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad"* es específica e incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. La *"calidad de los servicios de salud"* consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y el bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad ⁽¹⁾.

La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales en su definición. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión. Esta función también abarca la ejecución de estrategias para asegurar el acceso equitativo, universal, costo efectivo y sostenible a medicamentos y tecnologías de la salud. Garantizar el acceso equitativo de los servicios de salud integrales y de calidad responde a los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad que sustentan las principales referencias y mandatos regionales y mundiales actuales ⁽¹⁾.

La caracterización integral del acceso a los servicios por la que aboga esta función se explica por la persistencia de un enfoque fragmentado de la atención y gestión de los servicios, centrado en la enfermedad y limitado a los cuidados curativos, con vínculos episódicos entre las personas y los profesionales de la salud. Asimismo, aunque los programas de promoción y prevención han logrado avances significativos, aún predominan los programas verticales, con enfoque de cobertura sin énfasis en el acceso y la calidad. Otros retos de esta función son la baja capacidad resolutoria de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención; las dificultades en la implementación y el control de las normas de calidad; la existencia de contextos que no favorecen la cultura de calidad; la inadecuada disponibilidad, capacitación y educación

continua de los recursos humanos de salud; el limitado acceso a medicamentos y otras tecnologías de la salud; y el financiamiento insuficiente e inadecuado ⁽¹⁾.

“Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)” Reafirman un compromiso global por lograr cobertura sanitaria universal (UHC, por su sigla en inglés) para el 2030. Esto significa que todas las personas y comunidades, en todas partes del mundo, deben tener acceso a los servicios de salud de alta calidad que necesitan ⁽⁹⁾.

La forma en la que habitualmente medimos el progreso en UHC es a través de la cobertura efectiva de servicios de salud y protección financiera esenciales (asegurando que nadie se empobrezca por mala salud). Pero aún si el mundo lograra cobertura esencial en salud y protección financiera, los resultados en salud seguirían siendo pobres si los servicios fuesen de baja calidad e inseguros. La prestación de servicios de salud de calidad es esencial para la UHC.

La evidencia sugiere que la atención deficiente desperdicia recursos significativos y daña la salud de las poblaciones, destruyendo el capital humano y reduciendo la productividad. La calidad de la atención, especialmente la seguridad del paciente, son esenciales para generar confianza en los servicios de salud. También es central para la seguridad global de la salud, la cual comienza con la seguridad de la salud local, y a la vez depende de servicios de salud de primera línea de alta calidad. Los servicios de salud de calidad no solo previenen el sufrimiento humano y aseguran sociedades más saludables,

también aseguran mejor capital humano y economías más saludables ⁽⁹⁾.

Con demasiada frecuencia, la calidad es percibida como un lujo que solo pueden costear los países ricos. Esta es una falacia. La construcción de servicios de salud de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso, y sinceridad respecto de los resultados, los cuales son posibles en todas las sociedades – sin importar su nivel de ingresos. La innovación tecnológica juega un papel clave en la oferta de nuevas formas para expandir los servicios de atención en salud de alta calidad, y de costo moderado ⁽⁹⁾.

Un enfoque centrado en las personas tiene que ser central para la calidad. Es crítico enfocarse en la calidad, pero el liderazgo también se debe enfocar en la celebración de la excelencia; comunicando con transparencia; y fomentando la colaboración entre equipos clínicos, así como también con pacientes, y la sociedad civil – incluyendo grupos de pacientes, organizaciones no gubernamentales, y grupos comunitarios de base. La cobertura sanitaria universal no es un sueño a futuro. Ya es una realidad en muchos países; sin embargo, sin servicios de salud de calidad, esa puede seguir siendo una promesa vacía ⁽⁹⁾.

Los servicios de salud de alta calidad involucran la atención correcta, en el momento correcto, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. La atención en salud de calidad aumenta la probabilidad de resultados en salud deseados y es coherente con las

siete características medibles: efectividad, seguridad, centralidad en las personas, oportunidad, equidad, integración de atención y eficiencia ⁽⁹⁾.

Los cinco elementos fundacionales críticos para la prestación de servicios de atención en salud de calidad son los trabajadores de la salud; instituciones de atención en salud; medicamentos, dispositivos y demás tecnologías; sistemas de información; y financiamiento. Para garantizar que la calidad se incorpore en las bases de los sistemas deben trabajar juntos gobierno, formuladores de políticas, líderes del sistema de salud, pacientes y clínicos para: garantizar una fuerza de trabajo en pro de la salud de alta calidad; garantizar la excelencia en todas las instalaciones de atención en salud; garantizar el uso seguro y efectivo de medicamentos, dispositivos y demás tecnologías; garantizar el uso efectivo de sistemas de información de la salud y; desarrollar mecanismos de financiamiento que soporten la mejora continua de calidad ⁽⁹⁾.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud, y se basan en el derecho de toda

persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad ⁽²⁾.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La salud es un componente central del desarrollo humano sostenible y el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son clave para el logro de mejores resultados en salud, a fin de asegurar la vida saludable y promover el bienestar de todos. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud protegen a los individuos contra el empobrecimiento debido a gastos en salud ⁽²⁾.

Esto requiere de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La “*equidad en salud*” se refiere a la *ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables*. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud. “*Eficiencia*” se refiere a la *utilización*

óptima de recursos para el alcance de objetivos sociales determinados. Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones, y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad. Este compromiso debería incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que permita el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico ⁽²⁾.

El ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades implica: a) avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Estos servicios de salud, integrales y de calidad, son importantes a fin de promover el derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Por consiguiente, estos servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social. Además, la

definición de estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad; b) fortalecer y desarrollar la reglamentación y las entidades, como instrumentos y mecanismos eficaces para promover el acceso y la calidad de los servicios de salud; c) la formación y capacitación, la distribución y desempeño adecuado de los recursos humanos; d) la movilización y la asignación de recursos financieros a fin de promover la equidad y el acceso, y ofrecer protección contra dificultades financieras; e) la calidad y uso de las tecnologías de salud en beneficio de las personas; f) la participación de todos los sectores, en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y g) fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad ⁽²⁾.

La cobertura sanitaria universal es un objetivo importante y noble. Consagrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la cobertura sanitaria universal aspira a brindar seguridad en salud y acceso universal a servicios esenciales de atención sin dificultades financieras para los individuos, familias y comunidades, así permitiendo una

transición a sociedades y economías más productivas y equitativas. Pero la cobertura sanitaria universal no se debe discutir y planificar, mucho menos implementar, sin enfocarse en la calidad. Es esencial garantizar que la atención sea efectiva, segura, y en consonancia con la preferencia y necesidades de las personas y comunidades que se están atendiendo. Más aún, la prestación de la atención debe ser oportuna y equitativa entre las poblaciones, coordinada a través de una atención ininterrumpida y a lo largo del curso de la vida, al tiempo que minimiza el desperdicio de recursos. La calidad de la atención, por tanto, sustenta y es fundamental para la cobertura sanitaria universal. Puesto que, si no se garantiza la *calidad* de la atención, ¿qué sentido tiene ampliar el acceso a la atención? El acceso sin calidad se puede considerar una promesa vacía de cobertura sanitaria universal ⁽⁹⁾.

La calidad no es una prerrogativa de los países de ingresos altos. Si los países pueden permitirse brindar cualquier atención en salud – y aún los más pobres pueden y deben hacerlo – éstos deben brindar atención de buena calidad. La alternativa – “*atención de mala calidad*” – no solo es dañina, sino que también desperdicia recursos valiosos que se pueden invertir en otros impulsores de desarrollo social y económico para mejorar las vidas de los ciudadanos. Se gastan miles de millones de dólares en las consecuencias de la atención de mala calidad – dinero que puede financiar colegios, servicios sociales e infraestructura. Y la mala calidad también puede minar la confianza de la población en los beneficios de la medicina moderna.

Visto de este modo, la cobertura sanitaria universal sin calidad de la atención es un trabajo a medio hacer. Más allá de los efectos sobre las vidas de las personas, la atención de mala calidad desperdicia tiempo y dinero. Hacer de la calidad una parte integral de la cobertura sanitaria universal es tanto un asunto de luchar por vidas más largas y mejores, así como una necesidad económica. Integrar la calidad en los sistemas de salud es costeable para los países en todos los niveles de desarrollo económico. De hecho, la *falta de calidad* es un costo inasequible, especialmente para los países más pobres ⁽⁹⁾.

La “*calidad de la atención deficiente*” no sólo contribuye a la carga global de enfermedad y necesidades de salud no atendidas, también ejercen un impacto económico sustancial, con consecuencias considerables en cuanto a costo para los sistemas de salud y las comunidades en todo el mundo. Aproximadamente el 15 % del gasto hospitalario en países de ingresos altos se utiliza para corregir las complicaciones prevenibles de la atención y el daño al paciente. La atención de mala calidad afecta a los grupos más vulnerables en la sociedad de manera desproporcionada, y los costos económicos y sociales más amplios del daño a pacientes causados por la discapacidad, impedimento y productividad perdida suman billones de billones de dólares cada año. Adicionalmente, la duplicación de servicios, atención ineficaz y las admisiones hospitalarias evitables – rasgos de muchos sistemas de salud – generan un desperdicio considerable. Hasta la quinta parte de los recursos en salud se despliegan en

formas que generan muy pocas mejoras en ésta. Estos recursos escasos se podrían desplegar de manera mucho más efectiva. Los servicios de mala calidad - incluso si se ponen a disposición a costo moderado – son un impedimento para lograr una cobertura sanitaria universal efectiva. Esto es porque las comunidades no utilizarán servicios en los que no confían y que sean de poco beneficio para ellas. Se deben incorporar mecanismos para asegurar, monitorear y continuamente mejorar la calidad en las bases de los sistemas de atención en salud ⁽⁹⁾.

En la definición de los Objetivos y Metas de la Agenda 2018 – 2030 se tiene en cuenta la situación de salud de la región, los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, las metas de impacto y los resultados intermedios de los planes estratégicos de la OPS, y las metas de salud ajustadas al contexto regional del ODS 3 y otras metas relacionadas con la salud en la Agenda 2030 como: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; b) fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social; c) fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud; c) alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros

para todas las personas y sus familias; d) asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional y, e) fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia ⁽³⁾.

El logro del objetivo de *“ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”*, requiere fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud por medio del desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: • ejecución de las estrategias para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; • prestación de servicios de salud integrales según el perfil demográfico, epidemiológico y cultural de la población, con la debida atención a las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y las necesidades específicas de los grupos en condiciones de vulnerabilidad; • implementación de modelos de atención, incluidas la organización y la gestión de los servicios de salud, por nivel de complejidad y sobre la base de las necesidades de la población, mediante una mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención y de redes integradas de servicios de salud; • aseguramiento de la calidad de la atención y mejora del desempeño de los servicios

de salud (por ejemplo, reducción de los tiempos de espera); • empoderamiento de las personas y comunidades para que puedan tomar decisiones fundamentadas ⁽³⁾.

Las metas planteadas en este objetivo para el año 2030 son: reducir al menos en un 50 % la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud; reducir la razón regional de mortalidad materna a menos de 30 por 100 000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna (como las adolescentes, las mujeres mayores de 35 años y las mujeres indígenas, afrodescendientes, romaníes y de zonas rurales, entre otras, según se aplique en cada país); reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 9 por 1.000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos los de mayor riesgo, y la de mortalidad en menores de 5 años a menos de 14 por 1.000 nacidos vivos; garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención de salud, medida como un 15 % de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad; organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutoria alta en el primer nivel de atención ⁽³⁾.

El logro del objetivo de *“Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud”*, a la vez que se promueve la participación

social” requiere el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, el establecimiento o fortalecimiento de los mecanismos de participación social y el diálogo para promover la formulación y ejecución de políticas inclusivas, al igual que la rendición de cuentas y la transparencia. Los siguientes elementos son clave para el logro de este objetivo: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (ODS 3) y su meta 3.8 que es Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos ⁽³⁾; reducir al menos en un 30 % las barreras de acceso a la salud (El Pacto 30•30•30 hace un llamado a los países para disminuir estas barreras al menos en un 30 %, reduciéndolas progresivamente para el 2030 con acciones tanto en el sector salud como en otros sectores sociales. Esto es un requisito previo para que la región alcance la salud universal y los ODS) ⁽⁴⁾; destinar al menos un 30 % del gasto público en salud al primer nivel de atención para el 2030 (Aumentar y optimizar el financiamiento público de manera sostenible para ampliar el acceso y reducir inequidades significa incrementar el gasto público al menos al 6 % del producto interno bruto y asignar los nuevos recursos de manera eficiente, progresando hacia la eliminación del pago directo y asignando al menos 30 % de estos recursos al primer nivel de atención con el fin de mejorar su capacidad resolutoria y de articular las redes de servicios) ⁽⁴⁾.

Así mismo, las redes de salud deben contar con capacidad para la prestación de servicios integrales de calidad, incluyendo los especializados. Este esfuerzo implica cuatro vías de actuación: a) Lograr una mayor equidad acercando los servicios y los equipos interprofesionales de salud en el primer nivel de atención, lo más próximo posible a todas las personas y asegurando la oportunidad, calidad y disponibilidad de la atención, recursos e insumos de una manera sostenible para el país. b) Fortalecer las capacidades del primer nivel de atención para satisfacer las necesidades de salud individual y colectiva de la población y las comunidades, de modo que actúe como coordinador y articulador de la red de servicios ambulatorios especializados, hospitalarios y de apoyo comunitario. c) Fortalecer las capacidades de las redes de servicios para asegurar la continuidad y calidad de la atención integral. d) Incrementar el gasto público en salud hasta alcanzar al menos el 6 % del producto interno bruto, e invertir al menos un 30 % de estos recursos en el primer nivel de atención, dando una mayor prioridad al gasto en salud y mejorando la eficiencia en su asignación y su uso ⁽⁴⁾.

La estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud plantea avanzar en el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, ampliados progresivamente y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional. No basta con mejorar la cobertura y la oferta de los servicios de salud. Complementariamente, debe avanzarse en la eliminación de las barreras de acceso que afronta la población.

Las barreras institucionales, geográficas, económicas, organizacionales, sociales y culturales constituyen los principales impedimentos para la equidad, la salud y el desarrollo en el siglo XXI ⁽⁴⁾.

Los Mecanismos para fortalecer la “*función 9 de las FESP: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad*”, son asegurar el acceso a servicios de salud integrales mediante un primer nivel de atención con capacidad resolutive, en el marco de redes de servicios de salud, para responder a la mayoría de las necesidades de salud individuales y colectivas de la población, con intervenciones para la protección de la salud de la población. La integración y la coordinación con servicios de atención individual de mayor complejidad y servicios provistos a nivel comunitario por otros actores sectoriales, intersectoriales, gubernamentales y no gubernamentales permitirán facilitar mecanismos de articulación y complementariedad como estrategia para fortalecer la capacidad resolutive y profundizar en los logros alcanzados. Un modelo de atención basado en las personas, las familias y las comunidades busca integrar acciones intersectoriales en la medida que busca coordinar con actores, organismos, instituciones, dispositivos y políticas sociales, ubicadas en el espacio territorial de su población a cargo. Se requieren intervenciones desde los sistemas de salud y la intersectorialidad; el fortalecimiento del primer nivel de atención y su articulación con el resto de los niveles; el empoderamiento y la participación de las personas, incluidos los trabajadores de la salud, en las acciones para mejorar la calidad de la atención; y la

orientación a los resultados en salud y a mejorar la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud, más allá de la optimización de los procesos. El abordaje individual y comunitario de la salud implica el desarrollo de condiciones que promueven el empoderamiento de las personas de su propia salud, la coparticipación de la población organizada en la gestión de la salud y el desarrollo de políticas para incidir en los determinantes como protagonistas de la producción social de salud.

El modelo centrado en las personas y comunidades busca establecer lazos profundos con las personas y comunidades que fortalezcan su participación y empoderamiento. Su base, más allá de los cuidados curativos, son las necesidades de salud, con miras a consolidar un cuidado continuo, integral y proactivo, y a aumentar la participación, la responsabilidad y la conciencia del autocuidado de las poblaciones. La adopción de estrategias innovadoras para mejorar el acceso a servicios de salud que sean de calidad, a partir de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación, hace posible transformar los procedimientos de trabajo y mejorar la interacción participativa, la gestión de riesgo y el uso de la evidencia científica. Este enfoque, aplicado a la atención médica, contribuye a mejorar la calidad de vida de la población, y estos servicios, como la telemedicina, la historia clínica electrónica, la georreferencia y la utilización de dispositivos móviles, producirán un impacto más amplio, integral y continuo.

De esta manera, aumentará la eficiencia del tiempo y los recursos, aumentará la equidad en el acceso y, en algunos contextos, disminuirán las limitaciones ocasionadas por la insuficiencia de infraestructura y de recursos humanos y financieros. De igual manera, todas estas estrategias permitirán garantizar un acceso equitativo a servicios de calidad, tanto técnica como percibida ⁽¹⁾.

El análisis de la problemática de la equidad en el acceso y la continuidad de los servicios de salud pública debe ser una actividad crítica de la agenda de fortalecimiento de los sistemas de salud. Este criterio refuerza la necesidad de estructurar los procesos de formulación de políticas públicas a partir del análisis de los problemas de salud de la población y sus determinantes, así como los desafíos o brechas de la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población como parte del ámbito de acción de las FESP ⁽¹⁾.

Para lograr los “*Objetivos de Desarrollo Sostenible*”, es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal para todos en todas las edades como lo plantea específicamente el “*ODS - Objetivo 3: Salud y Bienestar*”, las metas de este objetivo entre otros son: lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos. Se ha logrado grandes avances en la lucha contra varias de las principales causas de muerte y enfermedades. La buena salud es esencial

para el desarrollo sostenible y la Agenda 2030 refleja la complejidad y la interconexión de ambos. La cobertura universal de salud debe ser integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

“Intervenciones para mejorar la calidad de la atención”.

La calidad es un concepto complejo y multifacético que requiere el diseño y despliegue simultáneo de combinaciones de intervenciones discretas. El desarrollo, refinación y ejecución de una política y estrategia de calidad nacional es una prioridad creciente en la medida en que los países se esfuerzan para mejorar sistemáticamente el desempeño del sistema de salud. La mayoría de las aproximaciones hacia el desarrollo de una estrategia nacional de calidad involucran uno o más de los siguientes procesos:

- Una política de calidad y estrategia de implementación como parte del plan formal nacional del sector salud;
- Un documento de política de calidad desarrollado como un documento nacional autónomo, normalmente dentro de un proceso de múltiples partes interesadas, liderado o apoyado por el ministerio de salud;
- Una estrategia nacional de calidad – con una agenda de acción detallada – que también incluya una sección sobre áreas esenciales de política;
- Habilitar legislación y estatutos regulatorios para apoyar la política y la estrategia ⁽⁹⁾.

Siete categorías de intervenciones se destacan y son consideradas rutinariamente por partes interesadas del sistema de salud, incluyendo prestadores, administradores y formuladores de políticas, cuando intentan mejorar la calidad del sistema de atención en salud:

- cambiar la práctica clínica de primera línea
- establecer estándares;
- atraer y empoderar pacientes, familias y comunidades;
- información y educación para trabajadores de la salud, administradores y formuladores de políticas;
- uso de programas y métodos de mejora continua de calidad;
- establecer incentivos basados en desempeño (financieros y no financieros);
- legislación y regulación. Selección por parte de los gobiernos de una gama y mezcla de intervenciones de calidad se deben hacer examinando cuidadosamente las intervenciones de mejora de calidad basadas en evidencia en relación con el ambiente del sistema; reduciendo el daño; mejora en la atención clínica; y compromiso y empoderamiento del paciente, familia y comunidades.⁽⁹⁾

Mejorar la calidad de la atención ha mostrado ser retador para todas las naciones. Sin embargo, brindar atención de calidad a las personas en todas partes sigue siendo la responsabilidad y oportunidad compartida más importante para mejorar la salud de

las personas a nivel global. Con un énfasis deliberado en la calidad, las naciones podrán hacer progreso significativo hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y alcanzar la cobertura sanitaria universal⁽⁹⁾.

“Un llamado a la acción”

Se propone un camino a seguir para los formuladores de políticas de salud, buscando alcanzar el objetivo de acceso a servicios de salud de alta calidad centrados en las personas para todos. Se reclaman acciones de alto nivel de cada uno de los grupos clave que deben trabajar juntos con un sentido de urgencia para apoyar la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para que se logre atención en salud mejor y más segura⁽⁹⁾.

“Todos los gobiernos deben”:

- Tener una política y estrategia de calidad nacional;
- Demostrar rendición de cuentas para prestar un servicio seguro de alta calidad;
- Garantizar que las reformas impulsadas por el objetivo de cobertura sanitaria universal incorporan la calidad en las bases de sus sistemas de atención;
- Garantizar que los sistemas de salud tengan una infraestructura de información y tecnología de información capaz de medir y reportar la calidad de la atención;
- Cerrar la brecha entre el desempeño real y el alcanzable en calidad;
- Fortalecer las alianzas entre los prestadores de salud y usuarios de salud que impulsan la calidad de la atención;

- Establecer y sostener una fuerza de trabajo de profesionales de salud con la capacidad y competencia para atender las exigencias y necesidades de la población para atención de alta calidad;
- Comprar, financiar y comisionar con base en el principio de valor;
- Financiar la investigación de la mejora de calidad.

“Todos los sistemas de salud deben”:

- Implementar intervenciones basadas en evidencia que demuestran mejora;
- Hacer benchmarking frente a sistemas similares que están entregando mejor desempeño;
- Garantizar que todas las personas con enfermedades crónicas sean habilitadas para minimizar el impacto sobre la calidad de sus vidas;
- Promover los sistemas culturales y prácticas que reduzcan el daño a los pacientes;
- Desarrollar resiliencia para permitir la prevención, detección y respuesta a las amenazas a la seguridad de la salud por medio de atención focalizada en la calidad;
- Establecer la infraestructura para el aprendizaje;
- Prestar asistencia técnica y gestión del conocimiento para la mejora.

“Todos los ciudadanos y pacientes deben”:

- Estar empoderados para participar activamente en la atención para optimizar su estado de salud;
- Jugar un papel preponderante en el diseño de nuevos modelos de atención para satisfacer las necesidades de la comunidad local;
- Ser informados que tienen el derecho al acceso a atención que cumple estándares modernos de calidad;
- Recibir apoyo, información y habilidades para manejar sus propias condiciones de largo plazo.

“Todos los trabajadores de la salud deben”:

- Participar en mediciones y mejoras de calidad con sus pacientes;
- Adoptar una filosofía de práctica de trabajo en equipo;
- Ver a los pacientes como aliados en la prestación de atención;
- Comprometerse con suministrar y utilizar datos para demostrar la efectividad y seguridad de la atención.

Aunque un único actor no podrá efectuar todos estos cambios, un enfoque integrado por el cual diferentes actores trabajen juntos para lograr su porción, tendrá un efecto demostrable en la calidad de los servicios de atención en salud alrededor del mundo ⁽⁹⁾.

“La calidad como rasgo fundamental de la cobertura sanitaria universal”

La calidad no llega automáticamente, ésta requiere planeación, y debe ser una prioridad claramente identificada de la cobertura sanitaria universal, junto con el acceso, cobertura y protección financiera. La incorporación de la calidad en los sistemas de salud es posible si se siguen un número de pasos y se aplican principios, a saber, la transparencia, centralidad en las personas, medición y generación de información, e inversión en la fuerza de trabajo, todos sustentados por el liderazgo y una cultura de apoyo. Contando con estos fundamentos, las intervenciones y prácticas comprobadas para asegurar la calidad – tales como lavado de manos, protocolos de tratamiento, listas de verificación, educación, e informes y retroalimentación – se pueden implementar y sostener.

Involucrar a personas y comunidades en su propio cuidado y en el diseño de sus servicios de salud se reconoce ahora como un determinante clave de mejores resultados. Las personas y las comunidades en las que nacen se crían, viven, trabajan y buscan esparcimiento están en el centro de prestación de servicios de salud de calidad. Las personas quienes están activamente involucradas en su propia salud y cuidado sufren menos complicaciones y disfrutan de mejor salud y bienestar. A nivel clínico, esto significa habilitar a los pacientes como aliados en su cuidado y en las decisiones clínicas, y para que manejen activamente su salud. La centralidad en las personas es el “portal a todas las calidades”.

Sostener la calidad requiere la medición y generación de información. La atención en salud es cambiante en todo momento, de manera que la calidad se tiene que monitorear y evaluar en forma continua para impulsar la mejora. Esto depende de información precisa y oportuna. Se deben medir todas las dimensiones de la calidad. También requiere una fuerza de trabajo entrenada en los principios y prácticas de mejora continua de calidad. Esto a su turno depende de los incentivos existentes, incluyendo el financiamiento y remuneración, regulación, informes y retroalimentación, que se tienen que incorporar cuidadosamente en todos los procesos e instituciones ⁽⁹⁾.

“La calidad de la atención como la base de la atención en salud centrada en personas”

A medida que los gobiernos planean brindar cobertura sanitaria universal, hay tres principios clave de diseño que deben considerarse. Primero, los servicios deben construirse de una manera que satisfaga las necesidades locales de atención en salud. Aunque parezca obvio, muchos sistemas de salud carecen de un enfoque en salud poblacional. El segundo principio clave del diseño es construir servicios de atención primaria de alta calidad. Los primeros contactos con la atención en salud y el punto de entrada habitual de una persona en el sistema de salud deben ser continuos y completos. En tercer lugar, el relacionamiento con los pacientes, las familias y las comunidades debe diseñarse en los sistemas de salud, en lugar de incorporarse como algo añadido. La atención centrada en las

personas es un punto de entrada crítico para mejorar la calidad. Involucra a los pacientes en las decisiones sobre su atención y les pide sus opiniones sobre sus resultados de atención. Como dijo el experto mundial en calidad de la atención en salud, Donald Berwick: “La centralidad en la persona no es solo una de las dimensiones de la calidad de la atención en salud, es la puerta de entrada a todas las calidades”. “todas las personas tienen el mismo acceso a servicios de salud de calidad que se coproducen de una manera que satisfaga sus necesidades durante el curso de vida”⁽⁹⁾.

“Organización del Ministerio de Salud para la Política de Calidad en Salud en el Perú”

El ente rector del sector salud en el Perú es el Ministerio de Salud (MINSa), es la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) que, aprobó en el año 2009 el documento técnico “Política Nacional de Calidad en Salud” y en el 2001 publicó el documento técnico “del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM, este documento contiene la primera formulación de la política de calidad en salud, que luego sufre algunas modificaciones que son recogidas en la nueva versión del Documento Técnico en mención, aprobado por R.M. N° 519-2006/MINSa. Los Lineamientos de Política Nacional orientaron la elaboración del Plan Nacional Concertado de Salud aprobado el 2007, donde se recoge de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud a través de su Quinto Lineamiento titulado: “Mejoramiento progresivo del acceso a los

servicios de salud de calidad” y se traza como objetivo estratégico “ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios”, definiendo además un conjunto de metas al 2011. En esta orientación la Política Nacional de Calidad en Salud aún vigente, despliega el Quinto Lineamiento de Política (La Autoridad Sanitaria, en su nivel correspondiente, asigna los recursos para el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las políticas nacionales de calidad, que son implementadas por las organizaciones proveedoras de atención de salud, cuyo objetivo es asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de calidad), precisando su contenido, así como las responsabilidades en su implementación. En consecuencia, la Política Nacional de Calidad en Salud, es la parte de la Política Nacional de Salud referida al desarrollo de la calidad de la atención de salud, con alcance nacional y sectorial. La Visión de la Calidad en la Atención de Salud planteada en el documento de la Política Nacional de Calidad en Salud fue: La Sociedad Peruana al 2020, goza de un Sistema de Salud que brinda atención segura y efectiva; oportuna, equitativa e integral; informada y consentida; respetuosa del derecho y dignidad de las personas; sensible a los enfoques de género, etapas de vida e interculturalidad; y orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social (23). Ahora, al 2023 aún estamos lejos de alcanzarla.

El DS N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, en cuyo Título

Cuarto, sobre la *“Garantía de Calidad en los Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”*, señala en su artículo 96: *“Evaluación de la Calidad de la atención de salud”*, lo siguiente: *“(…) los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios”* ⁽²²⁾⁽³⁷⁾.

El *“Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud Perú, País Saludable”* define como su objetivo prioritario 2 (OP 2): *“Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población”*, Este OP, entre otros objetivos intermedios plantea: Universalizar la salud mediante la implementación de los servicios de Telesalud, garantizando su acceso a mujeres y a hombres en su diversidad, en igualdad de condiciones y sin discriminación; Desarrollar estrategias orientadas a maximizar la experiencia de satisfacción de los usuarios de las IPRESS, UGIPRESS e IAFAS, a través del mejoramiento continuo de la calidad; Implementar acciones efectivas que vigilen y controlen los riesgos asociados a la calidad y disponibilidad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios para la salud e Incrementar progresivamente el gasto público en salud siendo el principal mecanismo el Aseguramiento Universal en Salud. Así mismo establece como cambio clave: Las personas, familias y comunidades del país tienen acceso efectivo a paquetes

de cuidado integral de salud, de calidad, oportunos, y continuos por curso de vida ⁽¹¹⁾.

El *“Plan Estratégico Institucional PEI 2019-2023 Ampliado del Ministerio de Salud”*, plantea como objetivo estratégico institucional OEI.02: *“Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad, organizados en redes integradas de salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad”* ⁽²²⁾⁽³⁶⁾.

La *“Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP, Norma Técnica para la gestión de la calidad de servicios en el Sector Público”*, tiene como finalidad *“mejorar la calidad de los bienes y servicios que brindan las entidades de la administración pública a fin de contribuir con la generación de valor público”* y, define la Calidad de las intervenciones públicas: como la medida en que las intervenciones (bienes, servicios y regulaciones) públicas resuelven el problema público, satisfaciendo las necesidades y expectativas de las personas ⁽¹²⁾.

El *“Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud”* dispone en su capítulo II la Estructura General de Procesos y en el Artículo 10°.- describe el *“Proceso Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud”*: El Proceso Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud tiene como objetivo funcional general prevenir riesgos y daños y restablecer la salud de la persona y la población. conformado entre otros por los siguientes Subprocesos: b. Subproceso Regulación y Supervisión de Salud Individual y Colectiva, cuyo objetivo funcional es lograr la normalización,

estandarización y cumplimiento de la atención integral y universal de la salud de la población. c. Subproceso Prevención de Riesgos a la Salud, cuyo objetivo funcional es lograr la prevención y neutralización de los riesgos a la salud de las personas y de la población. Además, en su Título III Organización Institucional del Ministerio de Salud, capítulo I: Estructura Orgánica, Artículo 22º.- estructura orgánica define como uno de los órganos de línea del MINSA a la Dirección General de Salud de las Personas, en la que estaba la *"Dirección de Calidad en Salud"* ⁽¹³⁾.

El *"Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Ministerio de Salud del 2005"*, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establecía como órganos de línea en su artículo 41º, a la *Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)* y entre sus funciones la de: "diseñar y conducir el sistema nacional de gestión de la calidad de la atención, en los ámbitos institucional y sectorial". En su artículo 44º. Establecía a la *"Dirección de Calidad en Salud"* (dependiente de la DGSP), teniendo a su cargo las siguientes funciones generales: a) Diseñar y conducir el Sistema Nacional de Gestión de Calidad en los ámbitos sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad y de la atención de la salud. b) Definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad de los servicios de salud y controlar su cumplimiento c) Conocer los resultados de la evaluación periódica de la atención de salud a los usuarios para orientar las acciones y promover y apoyar las iniciativas para la mejora continua de su calidad. d) Establecer las normas del sistema de acreditación

para servicios y establecimientos de salud y establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento. e) Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de auditoría en salud y supervisar el cumplimiento de los planes de auditoría de la calidad de atención. f) Brindar asistencia técnica para el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos que se ejecutan en los servicios y establecimientos de salud a nivel sectorial ⁽¹⁴⁾.

En diciembre del año 2013 se modifica el ROF 2005 del MINSA, mediante el *"Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"* que, modifica la estructura orgánica del MINSA creando el Despacho Vice Ministerial de Salud Pública y el *"Despacho Vice Ministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud"* asignándole a este último con su primera función: "formular, proponer, implementar, ejecutar, supervisar y evaluar la política sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso a la atención y al aseguramiento en salud" ⁽¹⁵⁾.

En enero del 2014 mediante la Resolución Ministerial N° 020-2014/MINSA, se *"dictan medidas para establecer la dependencia funcional de los órganos del Ministerio de Salud y el nivel de coordinación con sus órganos públicos adscritos, en tanto se apruebe el nuevo Reglamento de Organización y Funciones y su estructura organizacional"* y, se dispone que la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) depende del Despacho Viceministerial de Salud Pública,

persistiendo aún la *“Dirección de Calidad en Salud”*, dependiente de la DGSP ⁽¹⁶⁾.

En febrero del 2016 se aprueba el *“nuevo Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”*, mediante Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que ratifica la existencia del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, siendo de este último uno de sus órganos de línea la Dirección General de Prestaciones en Salud en la cual estaba la *“Dirección de calidad en salud”*, responsable de las siguientes funciones:

- a) Formular e implementar la política sectorial en materia de calidad en salud y
- b) formular e implementar las normas, lineamientos y documentos normativos en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos; prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud; gestión por procesos y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud; satisfacción del usuario; conduciendo el desarrollo e implementación del Sistema de Calidad en Salud ⁽¹⁷⁾.

En marzo del 2017 se *“modifica el Reglamento de Organización y Funciones del ministerio de Salud”*, mediante Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que cambia la denominación de la Dirección General de Prestaciones en Salud por la de Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, con solo dos direcciones: la Dirección de Aseguramiento en Salud y la Dirección de Intercambio

Prestacional, Organización y Servicios de Salud; *“ya no considera en la estructura orgánica del MINSA a la Dirección de calidad en salud”* (18). En abril del 2017 mediante Decreto Supremo N° 011-2017-SA, se vuelve a modificar el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y, *“tampoco considera en la estructura orgánica del MINSA a la Dirección de calidad en salud”* ⁽¹⁹⁾.

El 11 de octubre del 2017, mediante Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, se crea en la Secretaría General, la *“Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”*, con las siguientes funciones:

- a) Diseñar y conducir la gestión de la calidad en el ámbito sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud;
- b) Definir los indicadores y estándares para la evaluación de la calidad en el sector salud y controlar su cumplimiento;
- c) Incorporar el enfoque de calidad en el planeamiento estratégico, así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos del sector salud;
- d) Supervisar la implementación de las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua del sector salud;
- e) Conocer los resultados de la evaluación periódica de la gestión de la calidad, para proponer las acciones y promover iniciativas para la mejora continua que correspondan;
- f) Brindar asistencia técnica para la mejora continua de la gestión de la calidad en

los procesos que se ejecutan en el sector salud;

- g) Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la Gestión de la calidad en el sector salud y, h) Asesorar en la formulación de normas, guías y procedimientos de la gestión de la calidad en el sector salud (34). El 23 de octubre del 2017, mediante Resolución Ministerial N° 945-2017/MINSA, se modifica la RM N° 896-2017/MINSA y se resuelve que la *"Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud" depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, permaneciendo hasta la fecha* ⁽³⁵⁾.

La Ley N° 30895, *"Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud"*, aprobada en diciembre 2018, establece en su "Artículo 6, sobre las Funciones Específicas de Competencias Compartidas: i) *"Promover la calidad del servicio de salud"* ⁽²⁰⁾. El *"Reglamento de la ley N° 30895"*, aprobado mediante Decreto Supremo N° 030-2020-SA, de octubre 2020, en su artículo 7, establece los *"Mecanismos para el desarrollo de las funciones Rectoras en el Sector Salud"*: a. Conducción sectorial; b. Regulación y fiscalización; c. *"Armonización de la provisión de los servicios de salud"*; d. Garantía del aseguramiento en salud; e. Modulación del financiamiento y, f. *"Medición de la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública"*. En el Artículo 10.- Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud: Constituye la capacidad de promover la complementariedad de los diversos prestadores de servicios de salud públicos, privados y público-privado, en función a la necesidad de los usuarios, para

lograr la cobertura de atenciones de salud de manera oportuna, equitativa y eficiente. En el Artículo 13.- *"Medición de la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)"*: Implica que la Autoridad Nacional de Salud debe evaluar el grado de ejecución de las FESP, las que realiza directamente y las que desarrollan los otros actores que integran el Sector Salud. En el Artículo 14.- *"Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)"*: Las FESP son aquellas funciones que permiten una mejor práctica de la Salud Pública y se operativizan a través de las siguientes acciones: 9. *"La Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva"* ⁽²¹⁾.

El MINSA, en su rol rector como Autoridad Sanitaria Nacional, define la política sanitaria, el modelo de atención —es decir, cómo interactúan la ciudadanía y los prestadores de servicios de salud— y las reglas del financiamiento para brindar una atención segura y de calidad, que garantice el *Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. Tiene por función *"Promover la calidad del servicio de salud"* y *"Regular la organización y prestación de servicios de salud"*. En tal sentido, conduce e implementa el Sistema de Acreditación en coordinación con las principales organizaciones de salud del sector, su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuenten con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de la atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud. Sin embargo, al no contar en su estructura orgánica al menos con una *Dirección de calidad en salud*, que ejerza y cumpla rectoría

en el campo de la calidad en salud, será difícil resolver las principales causas del limitado acceso a una capacidad resolutoria suficiente, integral y de calidad de los servicios de salud en base a las necesidades diferenciadas de las personas; por tanto, estaremos lejos de poder alcanzar las metas al 2030 y lograr el tan anhelado *“Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”*.

La calidad puede incorporarse en las bases de los sistemas de atención en salud, sin importar qué tanto haya avanzado un sistema de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Un enfoque orientado a la calidad para los trabajadores de la salud, las instituciones de atención en salud, los medicamentos, los dispositivos y otras tecnologías, los sistemas de información y el financiamiento es vital en todas las etapas del desarrollo. La construcción de las bases de sistemas de salud de calidad debe estar a la vanguardia del pensamiento, la planificación y la formulación de políticas. Pero se requiere urgentemente más acción para crear sistemas de salud de calidad. Los sistemas de salud deben cambiar una jerarquía de arriba hacia abajo por rutas y redes basadas en la cooperación y la colaboración, con atención primaria como la base y las personas en el centro. Esta transformación de las relaciones debe combinarse con nuevos mecanismos para hacer que los gobiernos y los líderes del sistema de salud rindan cuentas y generen la confianza de los ciudadanos ⁽⁹⁾.

“Acciones clave: construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud”

Para garantizar que la calidad esté integrada en las bases de los sistemas para lograr la

cobertura universal de la atención en salud, los gobiernos, los formuladores de política, los líderes del sistema de salud, los pacientes y los clínicos deben trabajar juntos para:

1. Garantizar una fuerza de trabajo de atención en salud de alta calidad
2. Garantizar la excelencia por todas las instituciones de atención en salud
3. Garantizar el uso seguro y efectivo de medicamentos, dispositivos y demás tecnologías
4. Garantizar el uso efectivo de sistemas de información
5. Desarrollar mecanismos de financiamiento que apoyen la mejora continua de calidad ⁽⁹⁾.

“Cómo impulsar la mejora por medio de una política y estrategia de calidad nacional”

El desarrollo, refinación y ejecución de una política y estrategia de calidad nacional es una prioridad creciente en la medida en que los países se esfuerzan para mejorar sistemáticamente el desempeño del sistema de salud. Los países enfrentan el reto de desarrollar o refinar sus políticas y estrategias relacionadas con la calidad por medio del consenso nacional. También deben reconocer que impulsar el cambio hacia una visión futura de un mejor desempeño casi siempre estará limitado por las realidades prácticas de cómo y dónde se brinda actualmente la atención en salud. En su forma más efectiva, una estrategia de calidad actúa como un puente entre la situación actual de un sistema de salud y el nivel de calidad que

un país pretende alcanzar. Puede acelerar el logro de objetivos y prioridades de salud, utilizando principios de gestión de calidad que incorporan procesos de planificación, control y mejora ⁽⁹⁾.

“Intervenciones en calidad”

Las intervenciones de calidad pueden tener un impacto significativo en servicios de salud específicos prestados y en el sistema de salud en general. se persiguen los mismos objetivos de calidad en todas partes:

- Reducir el daño a los pacientes.
- Mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud prestados.
- Comprometer y empoderar a los pacientes, las familias y las comunidades.
- Desarrollar la capacidad sistémica para actividades de mejora continua de la calidad.
- Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.

En este contexto, se destacan siete categorías de acción.

- Cambio de práctica clínica en la primera línea.
- Establecimiento de normas.
- Comprometer y empoderar pacientes, familias y comunidades.
- Información y educación para trabajadores de la salud, gerentes y formuladores de políticas.
- Uso de programas y métodos de mejora continua de calidad.

- Establecimiento de incentivos basados en desempeño (financieros y no financieros).
- Legislación y regulación ⁽⁹⁾.

“El llamado a la acción en calidad”: “Desarrollo sostenible, calidad y el camino a seguir”

Los ODS relacionados con la salud no pueden lograrse confiando solo en logros específicos respecto de enfermedades o reformas financieras. Requiere un fuerte compromiso con la creación de servicios de salud de alta calidad centrados en las personas. Lograr una cobertura sanitaria universal construida sobre una base firme de atención segura y de alta calidad, junto con todo lo que es necesario para mantenerla, es el imperativo que enfrentan los formuladores de políticas en la actualidad. Ofrecer servicios de salud de alta calidad también significa vincular las reformas financieras y la reorientación del modelo de prestación con los objetivos de calidad de la atención. El avance en la mejora de calidad, la cobertura sanitaria universal y los enfoques centrados en las personas dentro de la complejidad de los sistemas de salud requieren un pensamiento sistémico: una comprensión deliberada e integral de la dinámica de los sistemas de salud para hacerlos cambiar para mejorar. Al decodificar la complejidad del sistema de salud, el pensamiento sistémico ayuda a fomentar la implementación y evaluación de todo el sistema de aquellas intervenciones que son necesarias para apoyar el logro de los objetivos de salud, de manera equitativa, sostenible y efectiva ⁽⁹⁾.

Ampliar las condiciones de cobertura y acceso es necesario para mejorar el estado de salud y el bienestar. Por ello, incluir indicadores trazadores del estado de salud es de fundamental importancia para monitorear la salud universal y debe enfocarse en medir la cobertura de la población con servicios de salud esenciales de calidad y la cobertura de la población con protección financiera. Si bien las métricas usadas para el monitoreo de la

cobertura universal en salud proporcionan un entendimiento comprensivo de la calidad, la pertinencia y la asequibilidad financiera de los servicios de salud, por sí solas no ofrecen un panorama completo de las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud. Asimismo, el acceso a la salud y la cobertura en salud son requisitos fundamentales para alcanzar el estado máximo de salud y bienestar de la población ⁽⁵⁾.

Referencias Bibliográficas

1. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. OPS. OMS. 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
3. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un Llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar en la Región. OPS. OMS. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017.
4. PACTO 30•30•30 APS para la Salud Universal. OPS. OMS . . . un llamado a la acción a los países de la Región para hacer que la APS sea el eje de los Sistemas de Salud para la Salud Universal. Abril del 2019.
5. Marco de Monitoreo para la Salud Universal en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Objetivos de Desarrollo Sostenible.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
7. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>
8. <https://www.un.org/es/common-agenda/sustainable-development-goals>
9. Prestación de Servicios de Salud de Calidad: Imperativo Global para la Cobertura Sanitaria Universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
11. Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud “Perú, País Saludable”. MINSA. (Decreto Supremo N° 016-2021-SA) - 27 de junio 2021.
12. Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, Presidencia de Consejo de ministros. Lima, 17 de noviembre de 2022.
13. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
14. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Oficina de Organización. MINSA 2005. Decreto Supremo N° 023-2005-SA.
15. Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Legislativo N° 1161. Diciembre 2013.
16. Dictan Medidas para Establecer la Dependencia Funcional de Órganos del Ministerio de Salud y Nivel de Coordinación con los Órganos Públicos Adscritos, en tanto se apruebe el nuevo Reglamento de Organización y Funciones y su Estructura Organizacional. Resolución Ministerial N° 020-2014/MINSA. Enero 2014.
17. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 007-2016-SA. 12 de febrero 2016.
18. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 008-2017-SA. Marzo 2017.
19. Decreto Supremo que Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 011-2017-SA. Abril 2017.
20. Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud. Diciembre 2018.
21. Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 030-2020-SA. Octubre 2020.
22. Proyecto de Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Informe N° 171-2021-OOM-OGPPM/MINSA. Junio 2021.
23. Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. RM N° 727-2009/MINSA. Lima, Perú, 2009.
24. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. Lima, Ministerio de Salud. 2007. 44p.
25. Estrategia y Plan de Acción para Mejorar la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud 2020-2025. 57.o Consejo Directivo. 71.A Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.
26. Situación del País al 2022. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN. Primera edición, febrero 2023.

27. Documento de investigación Nuevo modelo de gestión en el sector salud. VIDENZA Consultores. Lima, setiembre 2020.
28. Patologías del Sistema de Salud Peruano. F. Durand, E. Salcedo, E. Beteta, O. Elorreaga y C. Gianella, 2020. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2020.
29. Sistema de Salud en el Perú. VIDENZA Consultores. Lima, noviembre 2020.
30. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud de calidad: guía de planificación. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325957>.
15. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, © 2002.
16. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: Un Tema Emergente en las Reformas del Sector de la Salud. F. Muñoz, D. López-Acuña, P. Halverson, C. Guerra de Macedo, W. Hanna, M. Larrieu, S. Ubilla, J. Luis Zeballos. Revista Panamericana. Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
17. La Calidad en Salud Pública. Rev. Ciencias Médicas. Julio-agosto, 2012; 16(4): 74-73.
18. Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, que crea en la Secretaría General la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. 11 octubre 2017.
19. Resolución Ministerial N° 945-2017/MINSA, resuelve que la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. 23 octubre 2017.
20. Plan Estratégico Institucional PEI 2019 – 2023. MINSA.
21. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Decreto Supremo N° 013-2006-SA.
22. Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2022 – 2024. Ministerio de Salud. Pliego 011: MINSA.

Capítulo 8

¿Cómo comunicar al paciente y familiares las malas noticias?

Dr. Hugo Renato Siu Guillén

Introducción

Es frecuente que médicos, pacientes y familiares participen en la atención de un paciente en la fase terminal por medio de una conversación en la que se tiene que informar sobre lo sombrío del diagnóstico o de la ausencia de tratamientos curativos para el proceso que sufre el paciente, lo que determina un fin determinado, es difícil de manifestarlo. Así tenemos situaciones que tarde o temprano, el médico se enfrenta el momento en que se debe brindar un diagnóstico de cáncer o explicar al paciente o a su familia que la enfermedad pulmonar o cardiaca que padece no va a mejorar, ¿Qué hacemos y cómo nos sentimos?

Adicionalmente, es un dilema decidir qué informar si consideramos que la noticia no es grata para nuestros pacientes y familiares, aun mayor hay que considerar el escenario donde se produjo algún tipo de error, un “error médico” o “una complicación”. Y no olvidemos la privacidad de la información y la necesidad de informar entra en conflicto con el derecho que tienen los pacientes y familiares de ser informado sobre su

condición de salud, siendo esto monitorizado por las entidades reguladoras del estado como la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

¿Cómo podemos brindar una información correcta a los pacientes y familiares frente a una mala noticia?

Las tendencias actuales buscan que el error médico y la gestión de la comunicación mediante el proceso de comunicar malas noticias se consideren como pieza angular en la relación médico paciente. Cuando pensamos en este tipo de escenario, nos preguntamos ¿Cuándo hemos experimentado este tipo de situaciones?, podemos pensar en momentos que hemos recibido este tipo de noticias de una manera no confortable, “Sr. Juan, sus resultados han sido positivos, no podemos hacer nada por usted”, ¿Cómo nos sentiríamos si fuéramos Juan?, Juan es un padre de familia, de 28 años, con un trabajo prometedor y dos pequeños hijos que están por iniciar su periodo escolar. Es probable que Juan no se haya sentido muy confortable con la noticia recibida.

La experiencia de brindar una mala noticia, por la propia naturaleza de la conversación, puede resultar desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares. Además, si se es poco hábil al informar de las malas noticias, se puede generar un sufrimiento añadido para el paciente o su familia y, como consecuencia, deteriorar la relación posterior con el profesional que dio las malas noticias.

Nuestro objetivo es manejar las malas noticias orientándonos a disminuir el impacto emocional sobre el paciente y familia al momento de brindar la noticia, de esta manera permitimos que asimilen la nueva realidad poco a poco y, al mismo tiempo, reforzamos la relación médico paciente.

¿Qué son malas noticias?

Volvamos al escenario de Juan, pensemos en todas las posibles noticias que se pueden brindar en salud, diagnósticos como enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, hallazgos confirmados de incapacidades o pérdidas funcionales, diagnóstico en un momento inoportuno de la vida, condiciones que afecten el desempeño de su trabajo y todo ellos puede ser mezclado con un componente objetivo sobre el estado de salud y un componente subjetivo relacionado con la situación no relacionado al estado de salud como los sentimientos y pensamientos.

Por lo tanto, debemos de pensar en los factores relacionados a la reacción

1. El contexto psico-social, el estado emocional en que recibe la noticia influye grandemente en la reacción

2. La edad, la edad de la persona y familia se relaciona con el desarrollo emocional de las personas involucradas, la reacción es influenciada por la edad
3. Las obligaciones personales y familiares, las responsabilidades y obligaciones, así como el plan futuro personal y familiar es un factor crítico en la reacción
4. Las experiencias previas, el pasar por situaciones similares y experimentar, permite en cierto grado predecir las reacciones
5. Los valores, las cualidades personales influyen ampliamente en la forma de reaccionar sobre la noticia
6. Las creencias, sus principios y el enfoque de cómo enfrentar los cambios
7. Las expectativas antes y después de recibirla, al recibir la noticia que esperan luego de la información

¿Qué estrategia utilizan los médicos para brindar malas noticias?

Los médicos analizan el escenario antes de brindar una noticia, incluyendo los siguientes factores:

1. Grado, la noticia puede ser clasificada según el nivel de impacto o daño sobre el paciente, cómo presentarlo y manifestarlo, darle un nivel real o disminuirlo, probablemente consideren disminuirlo.
2. Detalle, la información se brinda con un detalle técnico o en simples palabras, generalmente se elige brindar una

información completa y cometemos el error de brindar información técnica.

3. Impacto, determinar cuál será la respuesta del paciente y la familia
4. Afectado, ¿Cómo se siente el paciente?

¿Qué opina el paciente?

Cuando el paciente y la familia recibe la noticia, piensas en el médico y lo consideras competente, honesto, atento, que resuelve todas las dudas y se deja comprender. Este factor de relación entre el médico y el paciente y la percepción que tienen sobre el médico.

¿Qué herramienta puedo utilizar?

La estrategia SPIKES del inglés Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Explore y Strategy que nos permite brindar una forma correcta de brindar una mala noticia. Siguiendo los pasos desarrollemos la nemotecnia en español como EPICEE por Entorno, Percepción del paciente, Invitación, Comunicar, Empatía y Estrategia.

1.- Entorno

Debemos de identificar un ambiente privado que permita que las personas involucradas en la comunicación se sientan cómodas y sentadas, permita el contacto visual y físico. Adicionalmente debe de brindar el tiempo suficiente y sobre todo evitar interrupciones

2.- Percepción del paciente

Nos preguntamos ¿Qué sabe el paciente sobre el tema?, para ello debemos de averiguar y preguntar al paciente y familiares,

valorar el conocimiento previo, y para corregir los errores de comunicación. Con toda la información permite personalizar el mensaje en base al conocimiento y comprensión del paciente

3.- Invitación

El enfoque principal es pedir permiso, para ello debemos de conocer cuánto de información desea adquirir el paciente y la familia, en ese punto evaluamos el ritmo de adquirir conocimientos por parte del paciente y la familia, adicionalmente debemos de considerar la negación como un escenario posible

“¿Es usted el tipo de persona a la que le gusta conocer todos los detalles o quiere que hablemos solo de aspectos del tratamiento?”

Si la enfermedad fuese más grave de lo esperado en un principio, ¿cómo le gustaría que manejásemos la información?

“¿Qué le interesaría que le dijéramos?”

Debemos de estar muy atentos a la respuesta del paciente: si responde abiertamente con ¿qué quiere decir, doctor? probablemente nos está pidiendo más información; si por el contrario, nos dice: “lo dejo en sus manos, doctor”, es más probable que no quiera saber más.

4.- Conocimiento

Para brindar un adecuado conocimiento tenemos que considerar brindar la información en una forma que puedan entender, simultáneamente evaluar el nivel de comprensión, considerar la información por

etapas, utilizar gráficos o referencias y sobre todo confirmar. ¿Me entiende? ¿Quiere que le aclare alguna cosa en particular?

5.- Empatía

La empatía es uno de los puntos más importantes dentro de la estrategia de comunicación, para ello explorar las emociones del paciente, entender estas emociones y transmitirle con comprensión de los hechos, el médico empático es capaz de reconocer la respuesta emocional del paciente o de su familia identificándola en primer lugar y, luego, respondiendo adecuadamente, “Entiendo que le disguste lo que le estoy diciendo”. Puede permanecer en silencio para permitir que el paciente procese la mala noticia y ventile sus emociones. Un pañuelo en silencio es una buena opción.

Podemos aplicar los siguientes pasos para las emociones y las preocupaciones (Maguire y Faulkner)

Paso 1: Identificar la emoción:

¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?

Paso 2: Etiquetar la emoción:

“Así que le asusta...”

Paso 3: Legitimar/comprensión/normalizar.

“Es normal tener sentimientos de este tipo...”

Paso 4: Respeto:

“Debe ser duro para usted...”

Paso 5: Indagar más y más:

“¿Hay algo más que le preocupe?”

Paso 6: Apoyo:

“Veamos qué podemos hacer...”

6.- Estrategia

Luego de la mala noticia, esta genera en el paciente sensaciones de soledad e incertidumbre, debemos de identificar estos tres puntos:

1. Resumir lo que se ha hablado
2. Comprobar qué es lo que ha comprendido
3. Formular un plan de trabajo y de seguimiento

Adicionalmente usar de herramientas visuales y/o escritas, brindar acceso a manejar síntomas y responder preguntas

Existe un riesgo que lo definimos como la conspiración con buenas intenciones, en donde organizamos una estrategia para no informar o dar malas noticias por medio de no exponer al paciente, apoyarnos en el silencio, restringir la información e incluso mentir.

¿Y si cometemos un error?

En el caso de cometer un error, debemos de agregar algunos detalles adicionales, conocer el grado del incidente, debemos de querer hacerlo, analizar nuestros sentimientos de miedo, culpa y vergüenza, evaluar nuestras reacciones emocionales y conductuales de los pacientes y familiares y pensar siempre en que nos puede ocurrir sanciones, perder la reputación y confianza, o incluso ser demandado legalmente.

El médico también se considera afectado por sentir miedo de causar dolor porque las malas

noticias causan dolor, siendo este mayor con el desarrollo de empatía, sumado al miedo de ser culpado con el escenario de culpar al mensajero, el portador de malas noticias, la falla terapéutica al sentirlo como un fracaso que puede conllevar a un miedo legal por judicialización del problema, al no conocer realmente la situación en que ocurre y no

considerar una respuesta de “no sé” porque pensamos que nos desvalorizamos, así como nos guardamos nuestras emociones

En conclusión, necesitamos contar con una estrategia o herramienta de brindar malas noticias, siendo EPICEE una manera de manejarlo adecuadamente.

Referencias Bibliográficas

1. Baile, W. et al. SPIKES – A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 2000; 5:302-311.
2. Buckman, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 183-142.

Capítulo 9

¿Cómo se producen los eventos adversos en salud?

Imelda Leyton Valencia

¿Por qué es necesario conocer cómo ocurren los eventos adversos?

Todos los seres humanos buscamos como objetivo final el vivir bien, desarrollándonos dentro de lo que queremos hacer, de la mejor manera, y cuando lo hacemos dentro de nuestra profesión, poder lograr el conocimiento de ello y desarrollar y aplicar lo aprendido, incluso seguir aprendiendo y servir a los demás. La profesión médica es considerada una de las más relacionadas con el servicio a la humanidad (Harden & Laidlaw, 2016).

Así mismo, el médico debe reunir competencias que permitan el desarrollo de su rol en la sociedad. Por ejemplo, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME) describe seis competencias que todo médico debe poseer al momento de culminación de sus estudios como especialista. Estos son: conocimiento médico, la atención al paciente, las habilidades interpersonales y de comunicación, los sistemas basados en la práctica, el profesionalismo, es decir, cumplir

su trabajo, con altos estándares de calidad y compromiso, y el aprendizaje basado en la práctica y la mejora.

Un buen médico luce un perfil como experto, colaborador, defensor de la salud, buen comunicador y gestor. Estos atributos que son reconocidos generalmente en un profesional médico o de la salud pueden sufrir un cambio de manera opuesta cuando ocurre algún incidente con un paciente, y puede ocurrir desde alguna apreciación de leve descontento por parte del usuario, hasta llegar a una acusación grave en el fuero judicial por un daño grave en el paciente. Y es que no se debe a que los médicos pueden cometer fácilmente delitos durante su ejercicio, pero es lo que con facilidad pudiera verse ante la familia del paciente que sufrió algún daño durante su atención. Este daño involuntario causado como consecuencia de la atención en salud se llama evento adverso en salud, y repercute no solo en el paciente, y su familia, sino también en el personal de salud involucrado. La imagen de ese profesional con varios años de estudio esforzado y méritos adquiridos a lo largo de la carrera puede sufrir fácilmente un deterioro a causa

de estos eventos, razón por la cual la segunda víctima del evento adverso es el personal de salud involucrado. Es por ello que el conocer cuáles mecanismos y herramientas existen para evitar la ocurrencia de eventos adversos, cobran una alta importancia para el profesional médico y el personal de salud en general.

Surge entonces la pregunta: ¿los egresados de pre grado y los médicos en general están preparados en seguridad del paciente?

Las escuelas de medicina en todo el mundo están bien preparadas en la base científica de la medicina. Sin embargo, pocos médicos recién graduados o ya con un tiempo de servicio reconocido tienen las habilidades necesarias para mejorar la seguridad del paciente durante su atención. Si hacemos un análisis rápido de acciones que desarrolla el estudiante de medicina para aprender en el aula, en la biblioteca, en la web, o con el paciente, caeremos en cuenta de que lo que más le importa al alumno de medicina es aprender lo relacionado con la nosología médica en teoría y práctica junto al paciente, pero no orientados a la seguridad de la atención, siendo incluso un tema desconocido en esta instancia.

Es alentador saber que ya en una de las no pocas universidades peruanas que enseñan medicina humana y otras carreras de la salud, el curso de Seguridad del paciente que es electivo, está en el plan de estudios de Medicina Humana (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018). Esto nos permite deducir pues que, la mayoría de egresados en pregrado y los médicos en general no están

preparados en seguridad del paciente, y si han llevado este curso electivo cuentan con conocimientos básicos de ello.

¿Existe la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos?

Antecedentes

Si revisamos lo que se ha escrito acerca de la ocurrencia de eventos adversos en salud, existe evidencia científica en el mundo, acerca de ello. La publicación del libro *"To err is human"* (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) en la que se presentaron por primera vez, cifras alarmantes de ocurrencia de eventos adversos, y su impacto en los pacientes hospitalizados, marcó un punto de inicio de una serie de movimientos orientados al abordaje del problema. Una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para investigar cómo es la prevalencia de los eventos de seguridad del paciente cercano a la realidad nuestra, es el Estudio de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica publicado por dicha organización (Organización Mundial de la Salud, 2010). Este estudio se desarrolló en cinco países: México, Costa Rica, Colombia, Argentina, y Perú, con la participación de 14 000 camas de 58 hospitales, en un total de 11 379 pacientes. Esta publicación nos muestra las siguientes razones para pensar en la seguridad del paciente:

- *"Uno de cada diez pacientes que son hospitalizados, sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia".*
- En un día cualquiera, 1,4 millones de personas están sufriendo en el mundo

alguna infección contraída en el entorno sanitario.

- En algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos.
- Alrededor de la mitad de los incidentes podrían haberse evitado con los estándares de cuidados sanitarios.
- Consecuencias muy negativas para los pacientes: además del daño físico y moral, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o incluso, en algunos casos extremos, su muerte.
- Coste económico anual de varios miles de millones de dólares (bajas laborales, aumento de días extra en el hospital y consumo de más recursos)”.

Es por ello, que la seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial y una prioridad sanitaria (World Health Organization, 2019). Todas las personas y entidades que de un modo u otro tienen que velar por los cuidados de los pacientes (no sólo el personal sanitario, sino también las personas con responsabilidad en la gestión y en la autoridad sanitaria). Y todas las gestiones posibles son esenciales para que se establezca una cultura de seguridad.

Entonces, existiendo una posibilidad de ocurrencia de eventos adversos, y siendo que afecta en primer lugar al paciente y en segundo lugar al personal de salud, es importante conocer cómo ocurren y que se debe hacer para evitarlos.

¿A qué se debe la ocurrencia de eventos adversos?

James T. Reason, Catedrático Emérito de Psicología en las Universidades de Manchester y Leicester, Reino Unido y especialista en error médico, riesgo y organización, propuso en 1990 un modelo para explicar la causalidad de los grandes accidentes o desastres, en los que falla el sistema como consecuencia de una concatenación de varios factores (Reason, 2000). Según Reason, el problema del error humano se puede ver de dos maneras: el enfoque de la persona y el enfoque del sistema. Así pues, utilizó como ejemplo organizaciones que requieren muy alta confiabilidad, como los portaaviones nucleares de la Marina de los EE. UU., plantas de energía nuclear y centros de control de tráfico aéreo para sustentar un enfoque del sistema en vez del enfoque centrado en la persona que señala al individuo como culpable.

El enfoque de la persona

Este enfoque se concentra en los errores de los individuos, que, en el sistema sanitario, corresponde al personal de salud, como la causa de los eventos adversos derivados de los errores; esto se refiere a situaciones humanas como el olvido, la desatención o la debilidad moral. Ello se refiere a las actuaciones inseguras que incluyen errores y violaciones de procedimiento en los médicos, enfermeros, farmacéuticos, personal técnico y similares. Los actos inseguros pueden surgir a partir de procesos mentales como la distracción, un despiste, el olvido, la falta de

atención, la falta de motivación, el descuido, la negligencia y la imprudencia.

No resulta difícil recordar que alguna vez hemos asistido a una situación de error médico tanto como personal de salud, así como como experiencia como paciente con nosotros mismos o con algún familiar. y es que cometer errores es inherente a la condición humana, y especialmente cuando existen muchas condiciones versátiles en el contexto de la atención y la variabilidad misma de la condición biológica humana. Se advierten los errores retrospectivamente, sin tener conciencia de estarse produciendo. *La apreciación del error es histórica, podemos prevenir o disminuir su frecuencia, pero nunca dejaremos de cometerlos.* (Mena P, 2008)

Los médicos, y otros profesionales de la salud son humanos, por tanto, tienen que salir del mito de su infalibilidad. Independientemente de cuán bien estén entrenados y su experticia, están expuestos a errar, lo que rompe la imagen de autoridad o de líder en la ejecución de tareas. Bastaría que ocurra un desliz, un estado de cansancio, o de estrés para que ocurra un error, aunque se espera que este no sea reconocido.

En unas entrevistas realizadas por el Grupo de estudio del error humano de la Universidad de Texas en el año 2006, encontraron que más del 50 % de los médicos entrevistados manifestaron su dificultad para reconocer algún error cometido aun siendo conscientes del mismo. El 76 % manifestó temor al deterioro de su reputación personal, el 71 % dejó ver su temor a las demandas judiciales y el 68 % reconocía un compromiso frente a

las altas expectativas que tenían de ellos la familia del paciente o la sociedad en general (Álvarez, 2006). Además, muchos médicos y enfermeras consideran que el error, los hace ver inferiores, o que los expone a comentarios desfavorables sobre sus capacidades.

Así mismo, en los programas de medicina y de especialización las presiones apuntan al mismo mensaje: las equivocaciones son inaceptables. Por tanto, nadie consciente o inconscientemente acepta que comete errores. Esta información se transmite por generaciones, y los docentes de los médicos en formación, son autoridades en la materia y son reconocidos en su ámbito y por tanto no son capaces de equivocarse porque todo lo saben. Esta situación genera un contexto en el que los errores no se admiten, se ocultan, no se exponen abiertamente. Pero peor aún, resulta común que al equivocarnos sigamos suponiendo que nuestra acción, juicio o hipótesis son correctas, y esa creencia continuará hasta que no nos percatamos del error (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Y entonces tenemos que ocurre falta de "atención" por el error decir, aceptamos implícitamente del error, aduciendo que las prácticas médicas tienen un porcentaje de efectos adversos definido. En fin, se da una falta de capacidad para reconocer que cometemos errores y para manejarlos abiertamente cuando ya se presentaron (Smallwood, 2000).

Rasmussen y Jensen (Cernadas, 2001) describieron un modelo de actuación humana dentro de tres niveles:

- Nivel basado en las habilidades: donde el pensamiento y las acciones se basan en instrucciones programadas, es decir prácticamente inconscientes.
- Nivel basado en las reglas o normas: en donde la solución de los problemas está regida por la regulación existente y es reconocida.
- Nivel basado en el conocimiento: principalmente basado en la resolución de problemas no comunes, interpretando situaciones. Este nivel requiere un proceso analítico consciente y necesita contar con un conocimiento previo. Aunque podemos utilizar los tres niveles simultáneamente, el foco primario será diferente según la experiencia o cuán experto sea uno en ese campo. Cuanto más experto se es, el foco se mueve desde el nivel del conocimiento hacia el de las habilidades (Smallwood, 2000), sin embargo, esto no libera al médico de cometer errores.

El médico es humano y como tal es falible, puede cometer errores según la condición: como alumno o estudiante por deficiencia

en su formación, como profesional por deficiencia en su educación médica continua, por imprudencia o negligencia: por deficiencia en formación ético-humanista (García-Solís, 2018).

Por estas razones, el médico debe contar con una buena formación científico-técnica y ética, de manera que cuando se enfrente a un error, además de aceptarlo, siga adquiriendo conocimientos para no repetirlo y darlo a conocer, a fin de que sus colegas no repitan ese error. Sin embargo, existen otros factores que entran en juego como veremos más adelante.

El enfoque del sistema

Es necesario saber, que la ocurrencia de errores en la atención de salud, tiene como causa principal la escasa cultura de seguridad del personal de salud, en donde dichos errores se ocultan, no se aprende de ellos y en consecuencia no se implementan mejoras en el sistema a fin de prevenirlos. Asimismo, es de destacar un concepto importante, los errores ocurren en todos los niveles, incluyendo a los profesionales más capaces,

Figura N°1.
Causas de error según la condición en su etapa de desarrollo profesional

Como estudiante	Déficit en su formación individual
Como profesional	Déficit en su formación continua
Por ignorancia	Déficit en formación científica
Por falta de habilidad o destreza	Déficit en formación técnica
Por imprudencia o negligencia	Déficit en formación ético - humanitaria

y a los que tienen mayores habilidades y altos niveles de conocimientos, porque errar es humano (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Por ello, es que también se hace necesario comprender que las condiciones de los sistemas en los que las personas desarrollan su actividad, son también causa de que se cometan errores que pueden devenir a su vez en eventos adversos.

Veamos un ejemplo: No es infrecuente que el personal médico llegue tarde a su turno programado, y el que es saliente se vaya un poco antes, y esto último debido a que muchos trabajan en diversas instituciones; este hecho puede poner en riesgo el cuidado o manejo de algún paciente crítico durante este lapso. Estamos frente a una acción insegura en la que la falla del individuo se pone evidente. Pero, si el sistema regula que la entrega de guardia de manera presencial bajo responsabilidad, además de un marcado electrónico, estos profesionales tendrán que cumplirla si desean mantenerse en ese puesto de trabajo, y por tanto el riesgo baja, a consecuencia de que el sistema es quien está poniendo el control. Otro concepto que debemos aprender, es que los errores humanos son realmente consecuencias más que causas, y que su actuación en el contexto del sistema se ve amenazado por una especie de trampas que están esperando que se cometa el error para sumarse a éste y generar el evento adverso. Según la National Patient Safety Agency del Reino Unido (National Safety Patient Agency NPSA, 2014) existen factores contribuyentes que están presentes en el sistema, esperando que el prestador de salud se equivoque y sumar un

factor de ocurrencia de eventos adversos. Así tenemos que existen diversos factores que a continuación se enlistan con algunos ejemplos:

Veamos un ejemplo práctico para comprender los factores derivados del sistema: un evento adverso común, es la suspensión de cirugías programadas. Aquí el paciente espera mucho para ser operado, queda en ayunas, no duerme por pensar en su cirugía, su familiar pide permiso en su trabajo para estar pendiente de sus resultados, si es madre de familia sus hijos son encargados y todo su entorno está alterado. No hay peor noticia para el paciente que saber que suspendieron su cirugía, Utilizamos el diagrama de Ishikawa para analizar las posibles causas y terminamos identificando que pueden existir variables presentes en el sistema como, por ejemplo, entre los factores que dependen del individuo, que el cirujano o anestesiólogo suspenden la cirugía porque ven hora de término de turno próximo, o porque toda la programación se inició tarde.

Entre los factores de comunicación, para las cirugías ambulatorias no se confirmó su programación con los pacientes, o faltó una ayuda de comunicación por escrito al paciente o con material de folletería y esto ocasiona fácilmente deserción.

Entre los factores relacionados con la tarea podemos citar que no se estima bien los tiempos para programar las cirugías, ni tampoco se cuenta con alguna regulación al respecto; se descubre también que el personal que limpia sala de operaciones demora en llegar después de cada cirugía.

Figura 2.
CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES
 National Patient Safety Agency (NPSA) Reino Unido

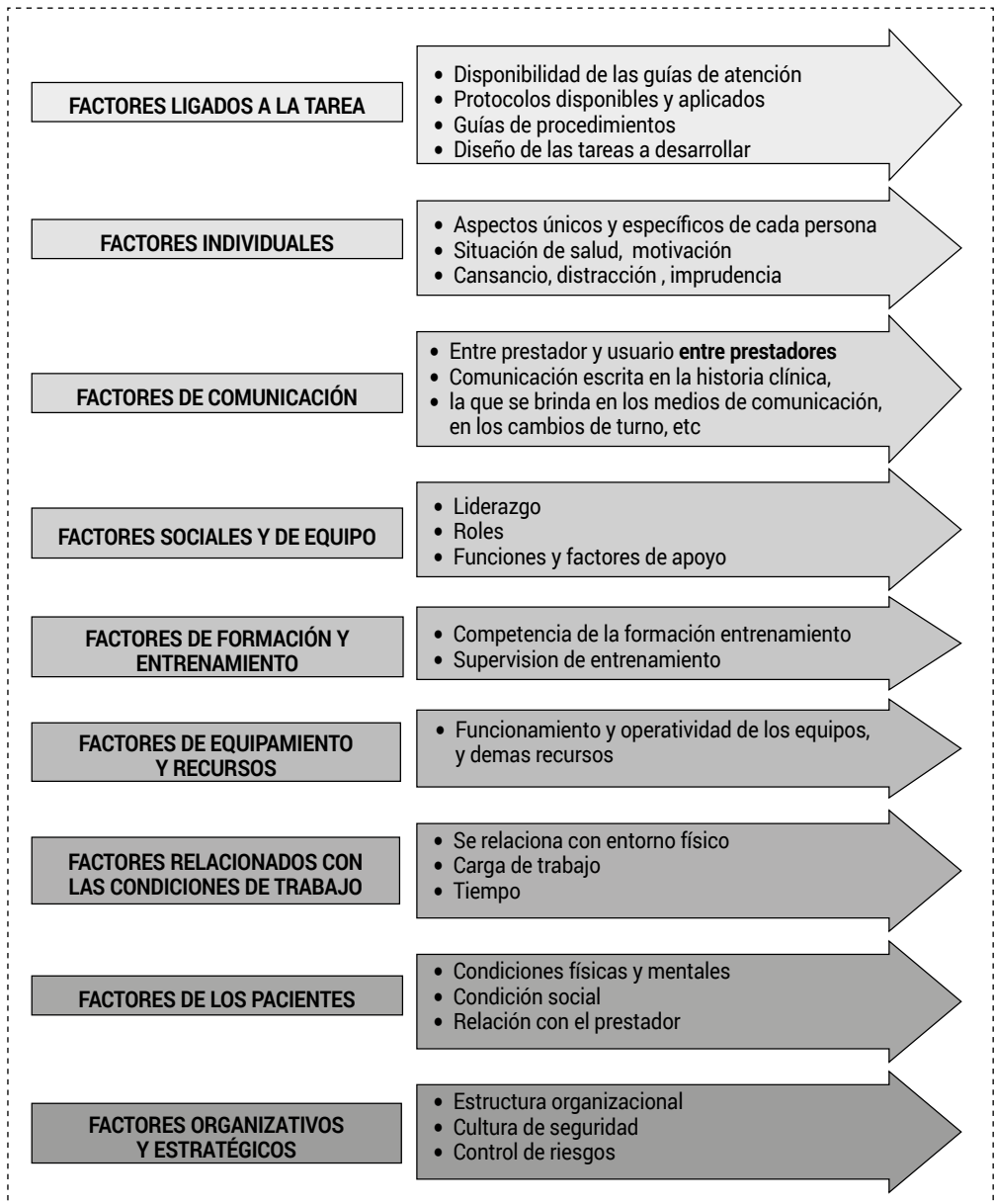
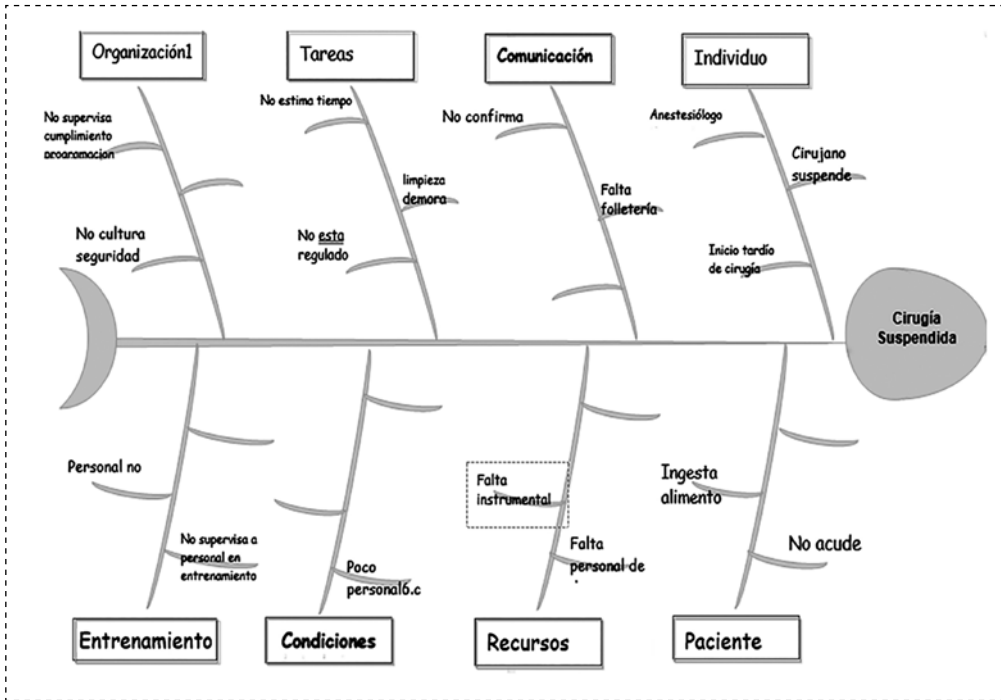


Figura 3.
Análisis de causa raíz de evento cirugías suspendidas



Fuente: elaboración propia basada en la Clasificación de los factores contribuyentes de la National Patient Safety Agency (NPSA) Reino Unido

Entre los factores organizacionales se identifica que nadie supervisa el cumplimiento de toda la programación y que en general no existe una cultura de seguridad entre el personal, puesto que toman como un hecho esperable que una cirugía se suspenda.

Entre los factores de entrenamiento, podemos ver que las cirugías demoran porque hay déficit en el conocimiento de seguridad de la atención y una falla en la supervisión del personal en entrenamiento.

Entre las condiciones de trabajo nos encontramos que no se cuenta con el número necesario de personal para el número de salas de las que se dispone.

Entre los factores relacionados con los recursos se identifica que el instrumental necesario es insuficiente como para realizar cirugías simultáneas y falta personal para que desarrolle el papel de circulante.

Entre los factores dependientes del paciente se identifica que, en las cirugías ambulatorias, muchas veces el paciente simplemente no se

presentó, o en los que están hospitalizados, el paciente ingiere alimento debiendo haber estado en ayunas para su cirugía bien sea por no comprender la información o por no contar con ella.

Entonces como podemos ver en este ejemplo, los factores van más allá de que el cirujano suspenda la cirugía y los factores presentes en el sistema están influyendo para que ocurra el evento adverso.

Estos factores pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos externos. Así pues, es común ver que los eventos adversos son visibles como

la punta del iceberg, en donde sólo emergen los eventos que generaron reclamos, o situaciones muy graves, sin embargo, los factores condicionantes que están en el sistema están ocultos y pueden ser muchos.

A ello se debe agregar la naturaleza compleja de la práctica médica, es decir, la existencia de procedimientos cada vez más sofisticados, más invasivos, más complejos y de alta especialización.

Así tendríamos dos categorías de errores:

- **Fallas activas:** Pueden consistir en despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, e incumplimiento de normas establecidas por la organización.

Figura 4.
Visibilidad de los eventos adversos



- **Condiciones latentes o fallos de los sistemas:** Son fallas presentes en la organización o en el diseño de las actividades, o en dispositivos que están esperando que los humanos cometan errores y sumarse para causar un daño en los pacientes
- Por tanto, existen dos formas de analizar el error:

Figura 5.
Formas de analizar el error

Centrándose en las personas como la causa de los efectos adversos derivados de los errores.

Centrándonos en las condiciones de los sistemas en los que las personas desarrollan su actividad, como causa de que estas cometan errores que pueden devenir a su vez en eventos adversos.

Fuente: J Reason. Error humano: modelos y gestión.2000

Modelo explicativo del “Queso Suizo” de Reason

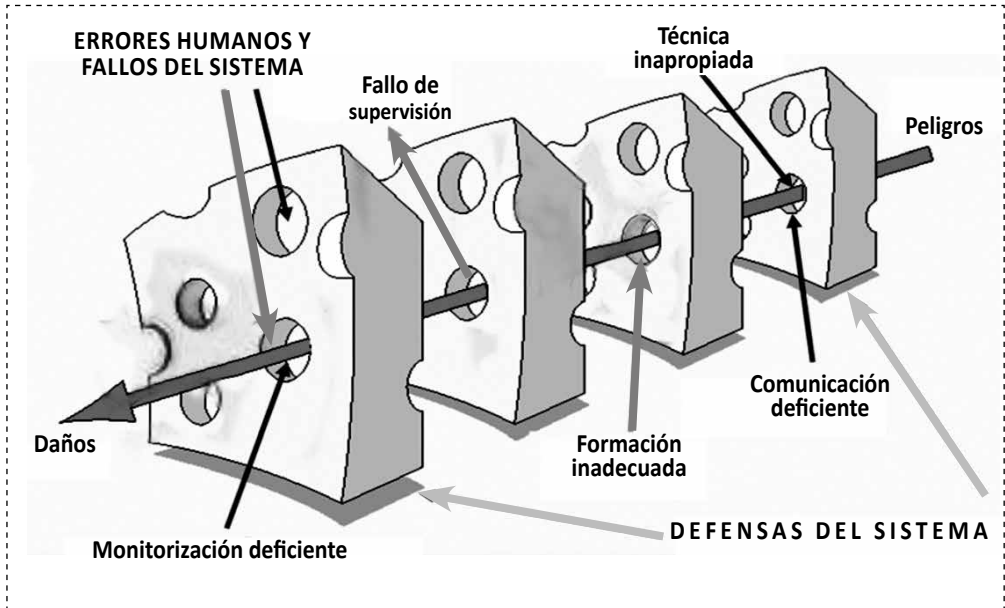
El modelo del queso suizo, llamado también el modelo de efecto acumulativo fue propuesto por James T. Reason de la Universidad de Mánchester (Reason, 2000). En este modelo se identifican todas las situaciones que pueden existir en las que de manera simultánea se alinean una serie de factores que contribuyen a que el accidente ocurra, y que el error finalmente llegue al paciente. Entre los factores implicados que desencadenan estas situaciones se destacan la presencia de:

- Errores latentes en el sistema
- la coincidencia con el error humano

- Las deficiencias de las barreras de protección.

Los eventos adversos se producirían por una combinación de errores humanos y una cadena de fallos del sistema. El sistema pone en la organización barreras de seguridad a fin de evitar la ocurrencia de efectos adversos para los pacientes. Dichas barreras están representadas por rebanadas de queso. Las fallas de estos mecanismos de control o barreras están representadas por los agujeros del queso suizo. Cuando varios “agujeros” se alinean, tienen lugar los eventos adversos, es decir, se desarrolla una cadena de fallas que, solas no necesariamente son evidenciadas, pero que en conjunto constituye una cadena que ha causado un daño en el paciente.

Figura 6.
Modelo Explicativo del Queso Suizo



Fuente: Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*. 320:769

En el mundo algunas tragedias han dejado lecciones y han sido punto de partida para mejorar la seguridad de sus procesos con el diseño de alarmas, barreras físicas, apagados automáticos, etc. Otros sistemas como en la aviación dependen de pilotos y operadores de control, que se ven precisados de cubrir todas las posibles fallas ya que está de por medio su propia vida y la de sus pasajeros. Así, en las organizaciones de salud, la seguridad depende de personas (cirujanos, anestesiólogos, neonatólogos, ginecólogos,

internistas etc.) y dependen de procedimientos y controles administrativos. En todos estos casos el objetivo es proteger a las víctimas potenciales y los bienes de los peligros locales. Generalmente estas barreras son muy efectivas, pero siempre hay debilidades como agujeros dentro de las rebanadas de queso suizo. Lo cierto es que, en los sistemas de salud, tenemos que aprender de aquellos que ya tienen organizado sus controles de seguridad, para ofrecer una mejor atención a los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Álvarez, G. A. (2006). El error en la práctica médica: una presencia ineludible. *IATREIA*, 40, Vol.19 no.1.
 2. Cernadas, J. M. (2001). El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch.argent.pediatr*, 17 (3) 293-307.
 3. García-Solís, E. (2018). Error en medicina, una reflexión bioética. *CONAMED*, Vol. 23 Supl. 1, PPs40-s45 Folio: 004.
 4. Harden, R., & Laidlaw, J. (2016). *Habilidades esenciales para un profesor de medicina*. Elsevier.
 5. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer System*. Washington DC: National Academic Press.
 6. Mena P. (2008). Error médico y eventos adversos. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (3): 319-326.
 7. National Safety Patient Agency NPSA. (May de 2014). *Contributory Factor Classification Framework*. Obtenido de http://www.msnpa.nhs.uk/rcatoolkit/resources/word_docs/Guidance/Guidance_Factors_Framework_Checklist.doc
 8. Organización Mundial de la Salud. (2010). IBEAS: RED PIONERA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LATINOAMÉRICA. *RESEARCH Better knowledge for safer care*, 3.
 9. Organización Panamericana de la Salud . (2018). Abordaje y la prevención de errores que ocurren en el cuidado de los recién nacidos. *ISBN: , 978-92-75-32006-8 .*
 10. Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237):768-70.
 11. Smallwood, R. (2000). Learning form adverse events. *Intenational Journal for Quality in Health Care*, vol 12, number 5: 359-361.
 12. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2018). *Plan Curricular 2018. Escuela Profesional de Medicina Humana*.
 13. Vélez, A. (2006). El error en la práctica médica: una presencia ineludible. *IATREIA*, VOL 19/No.1 / Marzo.
- World Health Organization. (2019). 72.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA ALUD. *Accion mundial en pro de la seguridad del paciente*. Ginebra.

Capítulo 10

Sistema de Notificación de Incidentes y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Glicería Lavado de la Flor

La seguridad del paciente es el principio fundamental de la atención en salud y el eje central de la calidad en salud, sin embargo, los pacientes pueden sufrir daños evitables durante la atención y su frecuencia de presentación no se ha reducido como se esperaba durante las últimas décadas, a pesar de los esfuerzos desplegados por la seguridad del paciente.

En los países de ingresos altos, existe una mejor información sobre los tipos de daños relacionados con la atención en salud, análisis de los incidentes de seguridad del paciente y resultados de los estudios de investigación; mientras que en los países de mediano y bajos ingresos la información sobre los daños relacionados con la atención de la salud es limitada ⁽¹⁾.

Por otro lado, los sistemas de salud deben funcionar en circunstancias cada vez más complejas y si bien es cierto se dispone de nuevos tratamientos, tecnologías y se pueden ofrecer mayores posibilidades terapéuticas, también pueden generar riesgos en la

atención, teniendo en cuenta siempre que el riesgo es inherente a la atención en salud ⁽²⁾. Entonces se infiere que la máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo ⁽³⁾.

Incidentes de Seguridad del Paciente

Para identificar cuáles son los riesgos inherentes a la atención en salud, es necesario tener en cuenta la conceptualización de los incidentes de seguridad del paciente, tal como se describe en el Marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (2).

Las definiciones de estos tres tipos de incidentes son:

1. **Near miss** (cuasi incidente): un incidente que no llegó al paciente (por ejemplo, una unidad de sangre que está conectada a la línea intravenosa del paciente

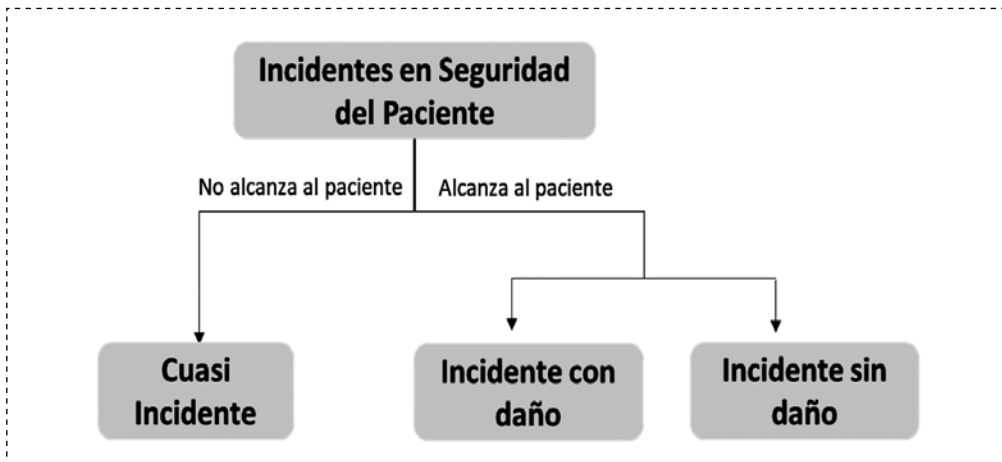
equivocado, pero se detectó el error antes de que comenzar la transfusión).

2. **Incidente sin daño:** uno en el que un evento alcanzó a un paciente, pero no causó daño (por ejemplo, si la unidad de sangre fue transfundida, pero no fue incompatible).
3. **Incidente con daño o “evento adverso”:** un incidente que resulta en daño a un

paciente (por ejemplo, se transfundió una unidad de sangre equivocada y el paciente murió de una reacción hemolítica).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que, un “evento adverso” es un incidente que resulta en daño prevenible mientras que una “reacción adversa” es un daño no prevenible que resulta de una acción justificada donde se siguió el proceso correcto para la atención.

Gráfico N°1
Clasificación de los Incidentes en Seguridad del Paciente



Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente WHO 2009

¿Cómo identificar los riesgos?

Petersen identifica ocho métodos utilizados para medir errores y eventos adversos en el cuidado de la salud que se presentan en la Tabla N° 1. Como se observa, los Sistemas de Notificación (SN) tienen ventajas evidentes

como son el bajo costo, pueden detectar errores latentes a lo largo del tiempo, aportan perspectivas diversas y pueden ser rutinarios; no obstante, como cualquiera de las fuentes de datos también pueden presentar desventajas como son la infranotificación y sesgo en el reporte ⁽⁴⁾.

Tabla N° 1
Fuente de datos para el estudio de los eventos adversos

Fuente de Datos	Ventajas	Desventajas
Sistemas de notificación de errores.	Bajo costo; pueden detectar errores latentes a lo largo del tiempo; aportan perspectivas diversas. Pueden ser rutinarios.	Subnotificación y sesgo en el reporte, principalmente en errores graves. Al ser voluntario y confidencial no existe control en su utilización.
Análisis de reclamaciones y demandas.	Aportan la perspectiva directa del paciente. Pueden detectar fallos latentes.	Sesgos de percepción. Fuente de datos poco estandarizada. Falsos positivos y negativos. Variabilidad judicial.
Aplicación rutinaria de encuestas de percepción.	Permite conocer la percepción tanto de prestadores como de usuarios.	Sesgos de percepción. Esfuerzo inicial de diseño y control operativo.
Observación directa de la atención al paciente.	Potencialmente precisa y exacta. Aporta información no disponible por otras vías. Detecta más errores activos que fallos del sistema.	Costoso. Dificultad de entrenar observadores. Problemas de confidencialidad. Exceso de información. Poco útil para detectar fallos latentes.
Autopsia verbal, Sesiones anatomoclínicas.	Pueden sugerir fallos latentes. Son bien aceptados por los profesionales; requeridos por normas de acreditación.	Centradas en errores diagnósticos. Se utilizan poco y sin selección al azar.
Revisión de documentación clínica (expedientes).	Utiliza datos disponibles. Uso frecuente.	Utiliza datos disponibles. Uso frecuente.
Análisis de datos administrativos.	Utiliza datos disponibles. Bajo coste.	Pueden ser incompletos, poco precisos y ajenos al contexto clínico.
Registros médicos electrónicos.	Poco costosos de mantener. Control en tiempo real. Integración de fuentes múltiples de datos.	Esfuerzo inicial de diseño. Puede incluir entradas de errores. Poco útil para detectar fallos latentes.
Seguimiento clínico.	Potencialmente exacto y preciso.	Costoso, poco útil para detectar fallos latentes.

Fuente: Thomas Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. Journal of General Internal Medicine 2003; 18:61-78

El Sistema de Notificación de Incidentes y Aprendizaje

Los Sistemas de Notificación (SN) tienen su origen en sectores industriales con alto riesgo de accidentes de consecuencias fatales, como en el caso del transporte aéreo, ferroviario y marítimo, así como la industria petroquímica o las centrales nucleares, donde los sistemas de notificación son de carácter obligatorio, lo que permite analizar los factores que contribuyeron a su presentación, para corregir aquello que pueda generar o perpetuar los riesgos de nuevos accidentes⁽⁵⁾.

En el sector salud, la experiencia de los Sistemas de Notificación tiene menor tiempo que en el sector industrial. Los países con mayor experiencia en su implementación son Australia, Canadá, Estados Unidos de América y el Reino Unido. En Australia, en 1993, se implantó un sistema de notificación de incidentes conocido como Australian Incident Monitoring System. En 2001, el Reino Unido puso en marcha un sistema de notificación al que los centros podían sumarse de forma voluntaria y, Canadá impulsó el Canadian Adverse Event Reporting and Learning System⁽³⁾.

Con la finalidad de reducir la frecuencia de los riesgos durante la atención, no basta con notificar los incidentes, **es necesario analizarlos para entender sus causas y diseñar métodos para prevenirlos o detectarlos antes de que produzcan daño a los pacientes.**

Es así que el aprendizaje de los errores se ha convertido en uno de los objetivos de las estrategias para la seguridad de los pacientes. Una forma de conseguirlo es disponer de un

Sistema de Notificación para contribuir en la reducción los EA⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Según Bañeres, “un Sistema de Notificación es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la **cultura de seguridad**”, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar⁽⁷⁾.

Los Sistemas de Notificación sirven fundamentalmente para **aprender** de la propia experiencia y para **contribuir a la mejora del clima de seguridad** en los establecimientos de salud, por lo que la denominación Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente traduce mejor su finalidad.

Los objetivos del Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje son:

- a) Aprender de los errores y
- b) Contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo.

No se considera una herramienta útil para monitorizar los progresos en la prevención de los eventos adversos⁽¹⁾⁽⁷⁾.

Características de los Sistemas de notificación de incidentes y aprendizaje

Según Leape, el sistema de notificación y aprendizaje **ideal** tiene las siguientes características⁽⁸⁾:

No punitivo: las personas que notifican están libres del miedo a represalias o castigo como resultado de la notificación. La información registrada se utiliza en el marco de la mejora continua de la calidad de la atención de salud.

Confidencial: la identificación del paciente, notificador y la institución nunca deben ser reveladas a terceras personas.

Independiente: el programa es independiente de cualquier autoridad con poder para castigar a la organización o al notificante.

Análisis por expertos: los informes son evaluados por expertos que conocen las circunstancias clínicas y están entrenados para reconocer las causas del sistema.

Análisis a tiempo: los informes son analizados pronto y las recomendaciones rápidamente difundidas a las personas interesadas, especialmente cuando haya riesgos graves.

Orientación sistémica: las recomendaciones deben centrarse en mejoras hacia el sistema más que hacia la persona.

Capacidad de respuesta: el área que recibe los informes debe ser capaz de difundir las recomendaciones.

Los Sistemas de notificación de incidentes conllevan a identificar los errores en el proceso de la atención; permiten identificar barreras de seguridad a implementar, y son muy útiles para promover y fortalecer los programas y la cultura de seguridad del paciente; reiteramos

que no pretenden determinar la frecuencia de los eventos adversos, para lo cual se recomiendan los estudios de incidencia o de prevalencia, que se han revisado en capítulos anteriores ^{(7) (9) (10)}.

Modelo de Información Mínima para la Seguridad del Paciente (MIM PS)

Desde el año 2005 la OMS ha trabajado el proyecto de directrices para los informes de eventos y sistemas de aprendizaje con la finalidad de proponer una arquitectura común mínima para los sistemas de informes de incidentes. El año 2011 se formuló el Modelo de Información Mínima de los Sistemas de información y aprendizaje sobre incidentes de seguridad del paciente (MIM PS). El año 2015 se llevó a cabo una segunda evaluación en un proyecto conjunto entre la Unión Europea y OMS, las conclusiones finales fueron que (a) existe una necesidad reconocida de definir un enfoque común para informar y aprender; y (b) un MIM PS validado puede servir como marco básico para compartir información y lecciones aprendidas ^{(11) (12) (13)}.

El MIM PS básico, que consta de ocho categorías de datos, se recomendó como un buen modelo para iniciar sistemas de notificación en entornos y países donde aún no existen. Se aceptó el MIM PS avanzado, que consta de 10 categorías de datos. (Tabla N° 2)

Tabla N°2
Sistemas de notificación de incidentes y aprendizaje
 Modelo de Información Mínima (MIMPS) para la Seguridad del Paciente

MIMPS Básico	MIMPS Avanzado
a) Parte estructurada	a) Parte estructurada
Información del paciente	Información del paciente
Años	Años
Sexo	Sexo
Tiempo del incidente	Tiempo del incidente
Lugar del incidente	Lugar del incidente
Agentes involucrados	Causas
¿Causa supuesta o sospechosa?	Factores contribuyentes
¿Factores contribuyentes?	Factores atenuantes o mitigantes
¿Factores atenuantes?	
Tipo de incidente	Tipo de incidente
Resultado del incidente	Resultado del incidente
Acciones resultantes	Acciones resultantes
El rol del que reporta	El rol del que reporta
b) Parte de texto libre	b) Parte de texto libre

Tipo de incidente que se debe notificar

La aplicación de la pirámide de Heinrich Figura N° 1 a la seguridad del paciente muestra que por cada evento adverso grave se producen al menos 30 incidentes con lesiones menores y 300 incidentes sin daño para el paciente ^{(14) (15)}.

Si nos imaginamos un iceberg, los eventos adversos graves son la punta visible y los incidentes sin daño la base del problema, que son invisibles, pero están presentes.

Figura N° 1
Pirámide de Heinrich



Si bien es cierto los Sistema de notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente inicialmente buscaban identificar eventos adversos ocasionados por fallas (o errores) en la atención en salud, con el tiempo han evolucionado hacia la identificación y análisis de los incidentes sin daño y cuasi errores. Asimismo, los incidentes con o sin daño, tienen un proceso causal común, por lo que el aprendizaje que se puede obtener de todos ellos es de gran utilidad para la prevención de los eventos adversos.

Recordemos que los Sistemas de Notificación sirven fundamentalmente para aprender de la propia experiencia y para contribuir a la mejora del clima de seguridad en los centros sanitarios⁽⁷⁾, por lo que es necesario precisar que se deben notificar los incidentes con daño (evento adverso) así como aquellos que no produjeron daño o que lo podrían haber producido.

Proceso del Sistema de notificación y aprendizaje

Como se ha mencionado, es fundamental **fortalecer la cultura de seguridad** para implementar el **Sistema de notificación y aprendizaje**.

Desde hace algunos años, en el Perú se cuenta con sistemas de notificación fragmentados, como son fármacovigilancia o tecnovigilancia; notificación de muerte materna y perinatal, notificación de infecciones asociadas a la atención en salud; notificación de eventos asociados a transfusión de hemoderivados, vacunas, etc.

El Estudio de Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima describe la primera experiencia del proceso para la implementación del Sistema de Notificación, integrando los diferentes subsistemas y que se desarrolló en base a la notificación voluntaria, así como la vigilancia epidemiológica que se venía realizando de manera continua. La frecuencia de EA encontrada fue de 3,9 %, muy similar a la reportada en los estudios iniciales sobre prevalencia de EA, ostensiblemente menor al 10 % reportado en otros estudios en países cuyas condiciones sanitarias eran mucho más favorables⁽¹⁶⁾.

Si comparamos con los resultados del Estudio IBEAS, Prevalencia de eventos adversos en hospitales iberoamericanos, en el que participaron cinco hospitales del Perú, como país presentamos una prevalencia de 11.6 %, mientras que la notificación no llegó a superar el 4 %, es decir se evidenció

una subnotificación importante, que persiste a la fecha. Esto no hace más que traducir que debemos trabajar mucho en fortalecer la **cultura de seguridad** por el bienestar de nuestros pacientes ^{(10) (16)}.

Qué se requiere para implementar el Proceso del Sistema de Notificación y Aprendizaje?

En base a la información disponible ⁽¹⁾⁽³⁾, se requiere:

1. Liderazgo y cultura de seguridad*.
2. Equipo responsable de implementación y monitoreo del sistema de Notificación de Incidentes.
3. Sensibilización y capacitación al personal.
4. Elaboración y difusión del formato o ficha de notificación (físico o virtual). **
5. Diseño del flujo de la notificación hasta el análisis e implementación de recomendaciones y acciones de mejora (lo define cada institución de acuerdo a su organización). En la mayoría de las instituciones, es función de la Oficina de Gestión de la Calidad.
6. Identificación de incidentes a notificar.**
7. Consolidación de base de datos.
8. Análisis de la información.
9. Plan de acción.

10. Implementación de mejoras para la seguridad de la atención.

11. Medición del cambio.

¿Qué se debe notificar?

En el formato o ficha de notificación se deben definir los tipos de incidentes a notificar.

En las instituciones que han fortalecido la cultura de seguridad del paciente se notifican tanto eventos adversos como incidentes sin daño, lo que permite actuar de manera proactiva para disminuir el riesgo de la atención en salud.

El formato o ficha de notificación debe ser fácil de llenar y para ello se puede agrupar en categorías y tipos de incidentes más frecuentes, según el tipo de institución, por ejemplo, para un hospital general la ficha podría describir:

A. Categoría Cuidados:

1. Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente.
2. Agresiones y/o autolesiones
3. Caída de paciente con daño
4. Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria por catéter mal posicionado
5. Eritema del pañal
6. Error en la identificación del paciente

* Cultura de Seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente (22). La cultura de seguridad incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales.

** Al final se presenta un Ejemplo de Ficha que incluye categorías y tipos de incidentes.

7. Error en la entrega de paciente a padres o tutores
8. Extravasación de vía endovenosa
9. Distress respiratorio por extubación
10. Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina
11. Suicidio de un paciente
12. Úlcera por presión
13. Quemadura post aplicación de bolsas con agua y agentes químicos
14. Fuga de paciente
15. Salida accidental de sonda nasogástrica o vesical, tubo endotraqueal, traqueotomía, otros
16. Neumonía aspirativa por manejo inadecuado de sonda nasogástrica
12. Hipotensión arterial post administración de medicamentos
13. Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina
14. Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos
15. Muerte o grave discapacidad por medicamento
16. Náuseas, vómitos y/o diarreas por medicamentos
17. Reacción adversa a medicamentos
18. Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO-Rh y/u otro subgrupo

B. Categoría Medicación:

1. ACV – TEP por medicamentos
2. Alteraciones neurológicas por fármacos
3. Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos
4. Deterioro de la función renal por dosis excesiva
5. Edema pulmonar por sobrehidratación
6. Encefalopatía por oxigenación inadecuada
7. Error en la medicación (Prescripción, Dispensación y Administración)
8. Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI
9. Hemorragia digestiva
10. Hemorragia por anticoagulación
11. Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina

C. Categoría Infecciones:

1. Absceso secundario a inyección Intramuscular IM
2. Corioamnionitis
3. Endometritis
4. Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
5. Infección de prótesis ortopédicas
6. Infección del sitio quirúrgico/ herida operatoria (HO)
7. Infección del torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central (CVC)
8. Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
9. Muerte por infección nosocomial
10. Neumonía intrahospitalaria
11. Infección del Trato Urinario asociado a Catéter Urinario permanente (CUP)

D. Categoría Procedimientos:

1. Cefalohematoma
2. Caput succedaneum
3. Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
4. Cirugía en paciente equivocado
5. Cuerpo extraño intraabdominal quirúrgico
6. Cefalea post punción de duramadre
7. Cefalea post punción lumbar
8. Dehiscencia post cesárea
9. Dehiscencia de sutura en episiorrafia
10. Dehiscencia de herida operatoria
11. Desgarro perineal grado III - IV
12. Desgarro Vaginal
13. Encefalopatía hipóxica
14. Eventración o evisceración
15. Fractura durante atención del recién nacido
16. Hematoma post parto (de pared, episiorrafia)
17. Hematoma post procedimiento
18. Hemorragia intra y/o post operatoria
19. Hemotórax post procedimiento
20. Lesión de plexo braquial de recién nacido
21. Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica
22. Neumotórax
23. Perforación uterina
24. Quemadura por uso de electrocauterio

25. Retención de membranas
26. Trombo embolismo pulmonar post cirugía
27. Trombosis venosa profunda post cirugía
28. Punción Lumbar traumática

E. Categoría Otros, Describir

¿Notificación voluntaria u obligatoria?

Se han definido dos tipos de sistema de notificación:

- a. obligatoria, en el cual se notifican los denominados eventos centinela, por las implicancias que tienen y por requerir un análisis exhaustivo del caso, independientemente de las implicancias legales a las que pueda llevar, ejemplo amputación del miembro equivocado.

Se consideran dentro de esta forma de notificar, que además las tenemos implementadas en el Perú, la vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, de muerte materna y perinatal, de efectos adversos a medicamentos/vacunas etc.

- b. voluntaria, con un enfoque de prevención. Se suele dar en instituciones que han fortalecido la cultura de seguridad en el personal, lo que facilita la notificación de incidentes con o sin daño.

Los sistemas notificación voluntarios suelen ser anónimos, mientras que los obligatorios no lo son.

Teniendo en cuenta la importancia del sistema de notificación para el aprendizaje en seguridad del paciente, ambos tipos de notificación podrían complementarse.

¿Quién notifica y cómo?

Cualquier personal de salud que tome conocimiento y/o participe en la generación de un incidente, puede notificar según lo establecido en la institución.

La notificación se debe implementar de manera física y/o virtual en los diferentes niveles de atención, en atención ambulatoria, hospitalización, servicios médicos de apoyo incluyendo los extra institucionales que brindan algún tipo de servicio al establecimiento de salud. Cada institución establece el flujo de la notificación, por ejemplo, en establecimientos del Ministerio de Salud, la Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de implementar el proceso en coordinación con todas las áreas, tanto administrativas como asistenciales. Es decir, si se notifica un incidente se informa a las jefaturas correspondientes y a la Oficina de Gestión de la Calidad para continuar con el proceso definido internamente.

Recordemos que el éxito del Sistema de Notificación es el aprendizaje institucional, **requiere y fortalece la cultura de la Seguridad del Paciente** entonces, debemos tener en cuenta que la sola notificación no basta, **además** se debe realizar el análisis de los incidentes identificados para implementar las mejoras y fortalecer la seguridad de la atención.

¿Cómo realizar el análisis de los incidentes notificados?

Los Sistema de notificación de incidentes no pretenden identificar culpables; conllevan a realizar un análisis sistemático que permita identificar las fallas en los sistemas y

procesos de atención para lo cual existen diferentes metodologías, siendo las de uso más frecuente el Análisis causa raíz y el Protocolo de Londres.

Brevemente recordaremos que el análisis causa raíz, como muchas herramientas de calidad, se originó en la industria y ha sido desarrollada con mucho éxito por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), en el programa de vigilancia de eventos centinela. “El Análisis de Causa-Raíz permite de manera retrospectiva, entender las causas subyacentes mediante una revisión paso a paso de la cronología de los hechos y de aquellos factores que podrían haber facilitado la presentación del evento adverso”⁽¹⁷⁾

El Protocolo de Londres utiliza el modelo de James Reason para la identificación de las barreras que fallan, las acciones inseguras, los factores contributivos y las fallas latentes en la organización⁽¹⁸⁾.

¿Qué incidentes deben ser analizados?

La institución debe identificar si el incidente con daño o evento adverso, requiere el análisis con la metodología elegida. Por lo general, se aplica a los denominados evento centinela, “se incluyen en el grupo de incidentes catastróficos” por lo que obliga a investigar sus causas y dar respuesta inmediata”⁽¹⁹⁾. Por ejemplo, la reacción transfusional hemolítica por error en la administración de sangre, la cirugía realizada en el paciente equivocado o parte del cuerpo equivocado, el olvido de un objeto extraño en el cuerpo del paciente o la sobreirradiación en un paciente o la radiación en una zona equivocada del cuerpo del paciente.

También se podría aplicar la metodología de análisis a aquellos incidentes de presentación frecuente y/o que potencialmente podrían producir eventos adversos graves.

Barreras para la Notificación

A pesar de la importancia de la Implementación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, se siguen observando algunas barreras. En el estudio de Vincent del año 1999, "Razones del no reporte de eventos adversos: un estudio empírico", se describen que "las principales razones para no reportar los eventos adversos son el temor de que el personal subalterno sería culpado, alta carga de trabajo y la creencia de que las circunstancias o el resultado de un evento particular no justificaban un reporte; los sistemas actuales de notificación de incidentes, mientras que proporcionan una información valiosa, no ofrecen un índice fiable de la tasa de incidentes adversos, por parecerle innecesario al personal, por el incremento de la carga de trabajo, por miedo al castigo, por olvido y finalmente por la probabilidad de un litigio" ⁽²⁰⁾.

Tanto Bañeres, como Castro describen que persisten algunas barreras que llevan a la infranotificación como son que: se considera innecesario, no existe percepción del beneficio; aumenta la carga de trabajo; culpabilidad; pérdida de reputación; desaprobación; preocupación por un posible litigio; falta de apoyo, no es anónimo, no existe confidencialidad. ^{(7) (21)}. Estas barreras constituyen un reto para las autoridades del sector, así como para los profesionales y personal de salud, que requiere implementar y/o fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente.

Importancia de la implementación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

No existe un modelo único de Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, éste se debe implementar según la institución y el tipo de servicios que brinda a los pacientes. Los sistemas de notificación no pretenden ser meramente estadísticas o identificar culpables, por el contrario, fortalecen la **cultura de seguridad en las instituciones de salud**, permiten compartir información y facilitan datos para mejorar la atención.

Recordemos que el riesgo es inherente a la atención de salud y que un porcentaje importante de los eventos adversos puede ser prevenible ⁽¹⁰⁾, el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente permite **reconocer los incidentes, analizarlos con enfoque de sistema e identificar aquellos factores que pueden contribuir a su presentación; posteriormente mejorar el proceso de atención, implementando acciones de mejora, prácticas seguras y barreras de seguridad, para disminuir el riesgo de presentación y/o recurrencia de los eventos adversos.**

Tal como se describe en la publicación de la Organización Mundial de la Salud, "Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance", el aprendizaje debe verse como un proceso participativo que involucra al personal de salud e implica cambios activos en el comportamiento, va más allá que aumentar la comprensión y debe verse como **cambio en la cultura organizacional** ⁽¹⁾.

Ejemplo de Ficha de Notificación

Nº de Ficha:

Ficha de Notificación, Análisis y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente Hospital Nacional "Dos de Mayo"	
Servicio	Nro. Historia Clínica
Fecha de ingreso al servicio	Fecha y hora del incidente/evento adverso Fecha de la notificación
Datos de paciente Edad:	Sexo: Hombre () Mujer ()
Diagnóstico de ingreso	
Personal que notifica Médico () Enfermero/a () Obstetrix () Interno () Residente () Otro personal Especificar	
Se trata de: Incidente sin daño () Evento Adverso () Evento Centinela () Si es un Evento Adverso es Leve () Moderado () Grave () Muy grave ()	
Marcar el/los Tipos de incidente/evento adverso en la categoría correspondiente	
CATEGORÍA CUIDADOS	CATEGORÍA INFECCIONES
01- Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente	01- Absceso secundario a inyección Intramuscular IM
02- Agresiones y/o autolesiones	2- Corioamnionitis
03- Caída de paciente con daño	03- Endometritis
04- Edema Agudo de Pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria por cateter mal posicionado	04- Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
05- Eritema del pañal	05- Infección de prótesis ortopédicas
06- Error en la identificación del paciente	06- Infección del sitio quirúrgico/ herida operatoria (HO)
07- Error en la entrega de paciente a padres o tutores	07- Infección del torrente sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central (CVC)
08- Extravasación de vía endovenosa	08- Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
09- Distress respiratorio por extubación	09- Muerte por infección nosocomial
10- Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina	10- Neumonía intrahospitalaria
11- Suicidio de un paciente	11- Infección del Trato Urinario asociado a Cateter Urinario permanente CUP)
12- Úlcera por presión	CATEGORÍA PROCEDIMIENTOS
13- quemadura post aplicación de bolsas con agua y agentes químicos	01- Cefalohematoma
14- Fuga de paciente	02- Caput succedaneum
15- Salida accidental de sonda nasogástrica o vesical, tubo	03- Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
16- Neumonía aspirativa por manejo inadecuado de Sonda Nasogástrica	04- Cirugía en paciente equivocado

Ficha de Notificación, Análisis y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente Hospital Nacional "Dos de Mayo"		
CATEGORÍA MEDICACIÓN		05- Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
01- ACV – TEP por medicamentos		05- Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
02- Alteraciones neurológicas por fármacos		06- cefalea post punción de duramadre
03- DESEQUILIBRIO DE electrolitos iatrogénicos		07- cefalea post punción lumbar
04- Deterioro de la función renal por dosis excesiva		09- Dehiscencia de sutura en episiorrafia
05- Edema pulmonar por sobrehidartación		10- Dehiscencia de herida operatoria
06- Encefalopatía por oxigenación inadecuada		11- Desgarro perineal grado III - IV
07- Error en la medicación (Prescripción, Dispensación y Administración)		12- Desgarro Vaginal
08- Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI		13- Encefalopatía hipoxica
09- Hemorragia digestiva		14- Eventración o evisceración
10- Hemorragia por anticoagulación		15- Fractura durante atención del recién nacido
11- Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina		16- Hematoma post parto (de pared, episiorrafia)
12- Hipotensión arterial post administración de medicamentos		17- Hematoma post procedimiento
13- Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina		18- Hemorragia intra y/o post operatoria
14- Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o antibióticos		19- Hemotorax post Procedimeinto
15- Muerte o grave discapacidad por medicamento		20- Lesión de plexo braquial de recién nacido
16- Náuseas, vómitos y/o diarreas por medicamentos		21- Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica
17- Reacción adversa a medicamentos		22- Neumotórax
18- Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO-Rh y/u otro subgrupo		23- Perforación uterina
		24- Quemadura por uso de electrocauterio
CATEGORÍA OTROS - Describir		25- Retención de membranas
		26- Trombo embolismo pulmonar post cirugía
		27- Trombosis venosa profunda post cirugía
		28- Punción Lumbar traumática
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO:		
ACCIONES REALIZADAS PARA MITIGAR EL DAÑO:		
REPORTAR LA HOJA DE NOTIFICACIÓN A LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. PROCEDER AL ANÁLISIS SEGÚN METODOLOGÍA DEL PROTOCOLO DE LONDRES / ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD INTERNA		

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance.
2. World Health Organization. (2010). Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety.
3. Organización Panamericana de la Salud. (2013). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina.
4. Petersen, T. (2003). Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine* 18:61-78
5. Barach, P., Small, SD., Kaplan, H. (1999). Designing a confidential safety reporting system: in depth review of thirty major medical incident reporting systems, and near-miss safety reporting systems in the nuclear, aviation, and petrochemical industries. *Anesthesiology*, 91
6. Kohn, LT., Corrigan, JM., Donaldson, MS. (1999) *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press.
7. Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Revista de Calidad Asistencial*. 20(4):216-22.
8. Leape, L. (2002). Reporting of adverse effects. *N Engl J Med*. 2002;347:1633–8.
9. Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J., Ruiz, P. (2006) Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Ministerio de Sanidad,
10. Aranaz-Andrés, JM., Aibar-Remón ,C., Limón-Ramírez, R. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. Doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284.
11. World Health Organization. (2016). *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: User Guide*.
12. World Health Organization. (2015). *International consultation on European validation of the Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning: technical report*.
13. World Health Organization. (2016). *Inter-regional Consultation on Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems in Africa and the Asia Pacific Regions*,
14. Heinrich, HW. (1941). *Industrial accident prevention: a scientific approach*. New York and London: McGraw-Hill.
15. Bird, FE. (1974). *Management guide to loss control*. Atlanta: Institute Press.
16. Espíritu,N., Lavado, G. (2007). Notificación de eventos adversos en un Hospital Nacional en Lima. *Revista de Calidad Asistencial*, Vol.22. Número 6: 335-341.

17. Pandit, S., & Gong, Y. Event reports promoting root cause analysis. (2016). *Stud. Health Technol. Inform.*, 225:452-6, 2016.
18. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal* 18; 320(7237): 768–770.
19. Veterans Health Administration. (2011). *National Patient Safety Improvement Handbook*. Washington, DC: Department of Veteran Affairs, Veterans Health Administration.
20. Vincent, C., Stanhope, N., Crowley, M. (1999). Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract.* 1999;5(1):13-21.
21. Castro, M., Tizón, E., Pesado, J. (2021). Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP): Situación actual en atención primaria de Ferrol. *Rev Esp Salud Pública.* vol. 95.
22. R.P. Mahajan. Safety culture in Anesthesiology. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.*, 58 (2011)

Capítulo 11

El Error humano

Montañez Mendoza, Ana María

Introducción

En la vida del ser humano, el error es parte de su vida cotidiana. Se considera que el equivocarse es inherente del hombre en su aprendizaje en la vida. Todo error es un error humano porque son las personas las que deciden que hacer, como hacerlo y ellas los realizan. Lo importante es reconocer el error, analizarlo y aprovechar la oportunidad de que no vuelvan a producirse.

En el campo de la medicina la preocupación social por la existencia de errores médicos está creciendo en todo el mundo y esto genera la necesidad de mejorar la eficacia, la seguridad y protección de los pacientes.

En los errores en medicina, la verdadera dimensión del error médico ocurre en un sistema de salud que no es infalible, un sistema donde la actividad clínica, que representa los mayores riesgos precisamente se realiza en el marco de organizaciones muy complejas. Ante los errores de salud no cabe otra actitud que no sea la de concientizar al sistema en el sentido, que los errores pueden y deben ser evitados de forma sistemática, a sabiendas que determinadas prácticas clínicas no garantizan un riesgo nulo.

En la mayor parte de los sistemas de salud los errores son relativamente frecuentes, pero dada a la capacidad de las personas y organizaciones de recuperarse de éstos; son pocos los que tienen un gran impacto en la seguridad. En el área de la aviación muchos estudios muestran que los pilotos cometen al menos un error evidente cada hora pero lo importante es que los detecta rápidamente por la persona que los cometió. El indicador de verdad de la pericia, es que se logre detectar los errores, y no la producción de éstos.

Normalmente damos por sentado que la mejor manera de hacer que un sistema sea más seguro es reducir el número de errores y de fallas. Esto en muchos casos es fundado. Un procedimiento más organizado durante el traspaso del paciente podría mejorar la transferencia de la información. No obstante eliminar todos los errores, lo que sin duda supondría restringir en gran medida la conducta humana; no es posible y se podría hasta sostener que no es conveniente.

Como lo menciona Donaldson, líder de la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la salud; cometer errores es humano, ocultarlos

es una estupidez y no aprender de los mismos, imperdonable.

Definición

El error según el diccionario de la Real Academia, lo define como: concepto equivocado o juicio falso, acción desacertada o equivocada y cosa hecha erradamente.

Generalmente esta definición se utiliza en varios sentidos, que genera la sensación de que es algo inevitable y que siempre ocurrirá, no importa lo que hagamos al respecto. Es algo con consecuencias negativas.

Según Lucian Leape, médico pediatra que hizo una base de datos de problemas de errores médicos (1984)

“Error: acto no intencionado (acción u omisión) que no logra alcanzar su objetivo o un acto que no logra el resultado esperado”.

“Fracaso de una secuencia planificada de actividades físicas o mentales para lograr un fin el cual no se pueda atribuir a la suerte”. (James Reason)

En la práctica asistencial, un error es un acto de equivocación por comisión u omisión en la práctica de los profesionales de salud que puede contribuir a que ocurra un evento adverso.

Los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión, pero representan un problema de mayor magnitud. El error de comisión puede ser ocasionado bien por un fracaso al realizar una acción correctamente planificada o bien por un plan incorrecto.

Causas

Todo ser humano se equivoca y comete errores, uno de los errores más frecuentes es sobreestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de recursos óptimos y problemas personales se presentan en la vida cotidiana.

Los despistes (distracciones o fallos de la atención) y los olvidos (fallas asociadas a la memoria) son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades diarias en forma rutinaria.

Clases: Errores y Transgresiones

Mediante los olvidos y despistes se puede provocar que realicemos una acción de forma indebida, sabiendo como debería hacerse, los errores suponen que de forma consciente hemos realizado una acción no correcta.

Entender que hay diferentes clases de error, nos permite dar a cada una la solución más efectiva.

Pueden darse por dos razones:

No disponer del conocimiento necesario para abordar una situación: errores relacionados con el conocimiento; o no aplicar las pautas o procedimientos adecuados: errores relacionados con la aplicación de pautas.

Las transgresiones o el incumplimiento de normas o procedimientos de seguridad, es una desviación intencional que supuestamente es la más apropiada para realizar la actividad, puede deberse a actitudes personales o motivaciones laborales.

Se puede considerar transgresiones rutinarias, que el personal por su experiencia

o personalidad lo hace suponer que no le son aplicables; las reglas generales y circunstanciales, no las cumple.

Los errores y transgresiones no son mutuamente excluyentes, pero sí proporcionan una referencia necesaria para analizar las posibilidades de errores relacionados a la actividad asistencial.

Errores y Casi – Errores

Un casi error (near miss) o incidente que no ha llegado a causar daño, incluye casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco, pero en otra situación podría haber tenido graves consecuencias; o puede ser situaciones peligrosas que no han producido daño personal, pero si material y que sirven de alerta de riesgo de la posibilidad de la ocurrencia de eventos adversos (EA).

Los casi errores son importantes porque son indicativos de una situación que involucra la seguridad del paciente. El hecho de que no hayan producido daño o de que sus consecuencias hayan sido mínimas, no significa que no se le preste la menor atención que a errores graves que son mucho menos frecuentes que los cuasi errores, ya que estos son en mayor presentación y hay que evitar que se conviertan en un evento adverso que produzca daños irreversibles.

Errores en la práctica clínica.

Como sabemos, la asistencia de salud es una actividad muy compleja y todos se pueden equivocar, sobre todo en aquellos que desempeñan actividades de alta complejidad como en los servicios quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos y urgencias.

En la práctica necesitamos distinguir los errores que tienen consecuencias inmediatas para los paciente de aquellos que pueden ser considerados como desviaciones de menor importancia del procedimiento de trabajo, que pueden percibirse y corregirse. El primer tipo de errores necesita, de hecho normas formales y rigurosas para proteger al paciente.

Para los millones de errores de menor importancia resulta más eficiente y efectivo depender de la detección y recuperación, mediante la toma de conciencia y la buena coordinación y comunicación con el equipo. Estos resultados sugieren también de una interacción fiable entre el ser humano y el sistema se puede alcanzar más fácilmente diseñando interfaces que minimicen las posibilidades de injerencias en el control y contribuyan a la recuperación de los errores.

En los procesos asistenciales, según el momento de la ocurrencia; los errores, pueden ser relativos, al plantear y realizar pruebas diagnósticas; en la elección y aplicación de tratamientos, procedimientos de cuidado y su seguimiento y las técnicas de prevención: y errores relacionados con el uso de los múltiples equipos y dispositivos.

De manera muy especial por su trascendencia debe considerarse lo relacionado con el uso de medicamentos. Este error por medicación significa que cualquier evento o situación que se puede evitar, relacionado con el uso incorrecto de la medicación; mientras la medicación está bajo control del personal de salud, paciente. Además, se considera y se incluye todo lo relacionado con el etiquetado, envasado, distribución, administración y uso de medicamentos. Se excluyen por supuesto;

las reacciones adversas a los medicamentos, que son difíciles de evitar y que han sido producidas por medicamentos utilizados de manera adecuada.

Errores en el uso adecuado de los recursos

En la adecuación de la aplicación de las técnicas y procedimientos disponibles para la atención de salud; pueden presentarse los siguientes tipos de errores:

Por sobreutilización de pruebas diagnósticas y de tratamiento, en el que el daño potencial excede al posible beneficio, por ejemplo, el uso inadecuado de antibióticos en afecciones de origen viral, ensañamiento terapéutico, exceso de pruebas diagnósticas por laboratorio e imagenología, etc.

Por infrautilización, relacionado a la ausencia de procedimiento y técnicas de prevención, diagnóstico o tratamiento que según el conocimiento existente habría producido un beneficio para el paciente, por ejemplo, el empleo de dosis bajas de aspirina en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, administración de inhaladores con corticoides en asmáticos, el uso de heparina de bajo peso molecular como profilaxis de trombosis venosa profunda, etc.

Etiología de Eventos Adversos

Error de la persona y falla del sistema

En los sistemas o actividades laborales se presenta dos formas de manejar o afrontar el error, asumir que los eventos adversos son consecuencia de los errores de los trabajadores (usuarios internos), o considerar que los errores son consecuencia de las

condiciones latentes o fallas del sistema en el que laboran.

La creencia de que las personas son la causa principal de los eventos adversos está muy difundida sobre todo en las autoridades laborales. Presumen que los empleados se equivocan porque son despistados, olvidadizos o por último malos empleados.

En este caso se sigue la estrategia conocida como Name Blame & Shame, que se enfatizan en la identificación de los culpables, los adoctrina o readiestra, siguen adelante con las acciones disciplinarias y si lo consideran, llegan a retirar al personal de sus labores. No son buenas estas experiencias para el logro de la mejora de los procesos.

La segunda forma en la que los empleados son personas y como tal se equivocan. Se consideran que los errores muchos de los cuales son consecuencia de fallas latentes en el sistema laboral y de los procedimientos que se aplican en los procesos de las actividades.

En este caso la estrategia de prevención de eventos adversos se centra en analizar los errores y aprender de los mismos (learn from errors), identificándolos, buscando las causas en el sistema y rediseñándolo en función de los resultados del análisis. Es por tanto más positivo que el anterior.

Las situaciones latentes o de falta del sistema que puedan facilitar la aparición de errores que están relacionados con la organización, el mantenimiento de las instalaciones y dispositivos, las condiciones de trabajo (clima laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, etc.); la cohesión y comunicación del equipo de trabajo. Como se puede esquematizar este proceso en el cuadro siguiente:

Condiciones y fallas latentes			Errores	Barreras y defensas			
Decisiones de gestión y organización	→	Adecuación de instalaciones y dispositivos	→	Despistes			
	→	Cohesión y comunicación del equipo de trabajo	→	Lapsus			
	→	Factores de los individuos (formación)	→	Errores		→	Incidente
	→	Definición de tareas	→	Incumplimiento de normas			
	→	Factores del paciente	→				

¿Cómo evitar errores y reducir las fallas?

Sería muy importante tener una base de datos de los errores y fallas para decidir las intervenciones complementarias sobre las personas y el entorno laboral en el que esta se desempeña.

Actividades o condiciones que pueden reducir la aparición de errores son:

- Limitaciones de las horas de trabajo continuado para evitar errores relacionaos a la fatiga y estrés.
- Mejorar la comunicación verbal en el equipo y con los pacientes y familias.

- Conocimiento actualizado de las normas y procedimientos de sus actividades.
- Evitar interrumpir frecuentes durante el trabajo a fin de producir errores con la atención.
- Cuidar los aspectos de confort en el ambiente de trabajo, iluminación adecuada, control de ruidos, orden, limpieza y medidas de bioseguridad (materiales adecuados).
- Evitar las órdenes y anotaciones escritas a mano, en todo caso contar con las firmas de modo legible.
- Conocimiento preciso de datos de equipos y determinados dispositivos y

tratamientos de urgencia y entrenamiento supervisado.

- Diseño de equipos y dispositivos a prueba de errores y adaptados a los conocimientos de los empleados.
- Estandarización de los equipos en todos los servicios del hospital.
- Desarrollo de un entorno proclive al aprendizaje continuo, donde se cometan los errores y analizando las causas y consecuencias de los mismos.
- Aceptar que pedir ayuda a otros no es un signo de debilidad, falta de experiencia o formación diferente.
- Ser humilde en solicitar apoyo mental o emocional cuando se comete una equivocación y aceptar que con el error aprenderé más.

En una medicina organizada y muy compleja, en que todo o casi todo requiere trabajar en equipo, es sorprendente que los errores sigan siendo primordialmente individuales. El problema no son las malas personas, el problema es que necesitamos aplicar un sistema de provisión de atención médica más seguro. Si un error ha ocurrido en la realidad es porque potencialmente podría haber ocurrido, es porque durante muchas y repetidas ocasiones anteriores, otro podría haber evitado el error. Detectar, marcar y, si puede ser, prevenir los errores latentes es la forma más eficaz de avanzar en la superación.

En conclusión, pienso que se requiere un abordaje sistemático, sin culpas, basado en el positivismo científico y en la confianza social, nos podrían ayudar a esbozar y luego afirmar un largo camino para avanzar a una medicina más segura.

Referencias bibliográficas

1. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria? An Sist Sanit Navar 2003;26(2):195-209.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
3. Institute of Medicine. To err is human; building a safer health system. Washington, DC; National Academy Press, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson ML, To err is human: Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press, 2000.
5. Lancet agosto 2001;358:432.
6. McDonald CJ, Weiner M, Hui Sui L. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine Report, JAMA 284:93-85; 2000.
7. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320: 768-70.
8. Vincent C. Patient safety. London: Churchill-Livingstone, 2006.
9. Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774-6.



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL

ISBN: 978-612-49441-0-9



9 786124 1944109