

La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención

Magdalena Delgado Bernal¹
Hilda Márquez Villarreal¹
Javier Santacruz Varela²

INTRODUCCIÓN

Existen importantes razones que justifican situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), hay comparaciones internacionales en materia de salud, que manifiestan la persistencia de variaciones en la calidad asistencial, expresadas en desigualdad de oportunidades, índices de letalidad y supervivencia (DGCES, 2007).

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos relacionados con la atención médica, existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, motivando la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de eventos adversos.

Cuando en 1999 se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) *“To err is human”*, el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países.

Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria. Los estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, señalan que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital, y que el 23.9% provocan daño grave al paciente, incluyendo la defunción (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son pasos fundamentales en la gestión de seguridad del paciente; así mismo, son aspectos

¹ Funcionarias de la Dirección de Seguridad del Paciente/DGCES.

² Director Adjunto de Calidad en Salud/DGCES, SS.

tos de relevancia para la implementación de acciones de mejora de la atención en salud.

Los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varios factores en distintos niveles dentro de la atención a la salud, como puede ser el grado de apoyo gubernamental (financiamiento), a nivel de una institución o un sistema de atención médica (estructuras o procesos), o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales. Por ende, las soluciones procurarán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño, pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria actual (The Joint Commission, 2007).

ANTECEDENTES

En los procesos de atención, hay usualmente una conjunción de circunstancias que confluyen para que ocurran los errores. Por su naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores; por lo tanto, la implantación de sistemas más seguros que puedan impedir que los errores ocurran o que lleguen a dañar al paciente lo menos posible, es indispensable en las acciones a realizar y a contemplar dentro de las organizaciones de salud, en sus diversos niveles de atención. Se observa que a mayor complejidad de las técnicas quirúrgicas y tratamientos, los riesgos para el paciente se incrementan (Leape *et al.*, 1991). A veces el paciente puede sufrir lesiones o complicaciones en la evolución de su atención médica, sin que necesariamente sea un error de los profesionales de la salud.

Desde la publicación de informes en y sobre la magnitud de las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento de la gravedad del problema, lo que ha motivado la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción de las diversas organizaciones de salud, y se ha fomentado de manera importante la investigación en la prevención de eventos adversos.

El problema de los eventos adversos en salud existe desde hace mucho tiempo, sin embargo, es hasta el estudio realizado por el grupo de Harvard que se demostró su frecuencia en los hospitales y sus repercusiones para los pacientes y los daños que ocasionan en su salud (T. A. Brennan *et al.*, 1991).

Desde 1999, cuando se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM): *To err is human* (Cohen, 2000), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado la atención de diversos actores en todo el mundo, entre ellos: los usuarios, los equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como de los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en las organizaciones de atención a la salud.

El informe de referencia tomó como base un estudio que se realizó en el estado de Nueva York por el grupo de Harvard (antes referido) en la década de los ochenta, en el que se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufrió algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, en donde el 70% provocó

daño temporal y el 14% acabó en la muerte del paciente. En ese estudio, el IOM estimó que en los Estados Unidos de América entre 44,000 y 98,000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos (“EA”), datos que superan incluso la mortalidad ocurrida por los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el sida.

Otro informe que vale la pena mencionar, es el que publicó en el continente europeo, el Departamento de Salud del Reino Unido (del año 2000) cuyo título fue “*An organization with a memory*”. En este informe se menciona que los eventos adversos se producen en casi el 10% de las hospitalizaciones, es decir, en términos numéricos, un total de 850,000 EA al año en el sistema de salud británico (Department of Health, 2000).

En estudios realizados en otros países como Australia, se ha encontrado una tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados de 16.6%, mientras que en un Hospital Universitario de Boston se identificaron eventos adversos específicos relacionados con los fármacos en casi 7% de los pacientes hospitalizados (Beckmann *et al.*, 1996).

De acuerdo con los reportes publicados en varios países, se puede resumir que la mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que por la complejidad de los nosocomios, su población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Sin embargo, lo antes descrito no excluye que se puedan producir en otros niveles de la atención para la salud, como puede ocurrir en la atención primaria y otros servicios como los de salud mental, de rehabilitación y odontológicos, así como en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Entre los antecedentes de referencia obligada sobre los accidentes o lesiones que ocurren en las organizaciones, se encuentra el estudio de Heinrich (1931), quien es considerado pionero de la salud ocupacional y la seguridad. Heinrich sugería una razón aproximada de un accidente grave por cada 30 leves y por cada 300 accidentes sin daño, a los que actualmente se les denomina “*near misses*”, es decir, que la relación es de 1-30-300.

Posteriormente se sugirió una modificación en la relación antes descrita para quedar en 1-10-600. Estos trabajos han llevado a definir el modelo de “iceberg” que establece la razón entre accidentes graves, accidentes leves e incidentes o *near miss*.

De acuerdo con Heinrich (1931), los accidentes o eventos adversos graves son el pináculo de una amplia base de eventos adversos leves e incidentes, donde todos tienen un proceso causal común, de lo cual se deduce que el análisis de las causas que ocasionan los incidentes (sin daño) y los accidentes leves, es también útil para explicar las causas de los eventos más graves, aquellos que producen lesiones o muerte.

Hablando de los principales factores de riesgo que ocasionan un evento adverso asociado a la atención, se dice que las condiciones propias de salud de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad de base y otras condiciones concomitantes (comorbilidad, por ejemplo), también influyen de manera

importante en su ocurrencia. Muchos de estos pacientes, en particular aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas y los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, son sometidos a varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos, por lo que aumenta el riesgo de sufrir daño.

Con base en los registros y publicaciones aquí citadas, la OMS en mayo de 2002, mediante una resolución de su Asamblea Mundial de la Salud, insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente; a consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (OMS, 2002). Dicha resolución considera además la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales, sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos. Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó establecer una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsara el logro de mejoras a escala internacional (OMS, 2006).

Surge así la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, vigente a partir de octubre de 2004. *La Alianza Mundial* tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo; es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su creación pone de relieve la importancia de la seguridad del paciente en todo el orbe (*idem*).

Las investigaciones confirman cada vez más que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Sobre la base de los mejores datos disponibles, se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1.4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios. Aunque el contexto puede variar, ningún país (rico o pobre) puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente (Ceriani, 2009).

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. 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 efectividad (Suñol y Bañeres, 2003).

Cada año, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas enfermas se agravan aún más por la infección nosocomial. Unas deben permanecer más tiempo

en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras más mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud, como puede observarse en los datos siguientes de infecciones contraídas durante la atención sanitaria (OMS, 2012).

Alcance y costo:

- En todo momento, es posible encontrar más de 1,4 millones de personas que han contraído infecciones en los hospitales del mundo.
- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países emergentes, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25 por ciento.
- En los Estados Unidos de América, uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferma gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y unas 80,000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5,000 muertes directamente relacionadas con la infección.
- En México, se calcula que 450 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes por año, es decir (sobre una base de 105 millones) unas 33,600 defunciones anuales.
- Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de hasta mil millones de libras por año. En los Estados Unidos de América, la cifra es de entre 4,500 millones y 5,700 millones de dólares. En México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de dólares.

Según datos reportados por Kohn en los Estados Unidos, en el año 2000 (Cohen, 2000):

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 % de los pacientes.
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6% y 13.6% de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte en los Estados Unidos de América, por encima de los accidentes en vehículo con 43,458, el cáncer de mama con 42,297, o el sida con 16,516.

En América Latina, el estudio denominado IBEAS coordinado por la OMS y la OPS y realizado en 2007 en hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica,

Perú y México, encontró una tasa promedio de alrededor del 10% (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Esta investigación identificó que la magnitud y las características del problema son el primer paso para encontrar soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Por otra parte, se ha identificado una prevalencia global de pacientes con algún evento adverso en un 10.5%. Entre los cinco eventos adversos más frecuentes detectamos:

- Neumonías nosocomiales (9.4%)
- Infecciones de herida quirúrgica (8.2%)
- Úlceras por presión (7.2%)
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6.4%)
- Sepsis o bacteriemia (5%).

En México y a partir de los resultados arrojados con el estudio IBEAS, se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7% y los principales eventos adversos identificados fueron:

- Neumonías nosocomiales (5.2%)
- Infecciones de herida quirúrgica (5.6%)
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (5.6%)
- Sepsis o bacteriemia (6.9%).

I. CONCEPTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre la evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud, destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves, al causar invalidez permanente o aun la muerte (Leape *et al.*, 1991).

Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de:

- Errores en la atención
- Incidentes que casi causan daño (“*near miss*”)
- Eventos adversos leves
- Eventos adversos graves.

Se califica como *evento adverso* a un daño inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias nocivas para él mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Se denomina *evento centinela* a un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas (OMS, 2009).

Algunos de los eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que existen medidas de prevención no utilizadas (Ministerio de Salud de Chile, 2011) y sugieren ser el resultado de una cadena de sucesos que pueden dañar al paciente. Es importante destacar que casi el 51% de estos eventos son evitables (Cohen, 2000).

Se reconoce que la descripción cuantitativa de los eventos adversos ha dado lugar a la preocupación de las organizaciones de salud, por lo cual se ha implementado una serie de iniciativas que incluyen la investigación y gestión de incidentes en salud (González *et al.*, 2011).

Actualmente podemos tener mayor acceso a las evidencias de los reportes de eventos adversos, así como del daño que estos eventos causan a los pacientes, mediante los cuales se puede analizar su prevalencia e incidencia para promover cambios y mejoras (Leape *et al.*, 1991; Brennan *et al.*, 1991; OMS, 2002).

Gran número de los eventos adversos se detectan en el ámbito hospitalario y han sido más estudiados, razón por la que probablemente se conoce un poco mejor su comportamiento. Cifras de registros internacionales han reportado que la frecuencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados en Nueva York oscila entre 4 y 17% en estudios retrospectivos, y alcanza el 31% en estudios prospectivos (Mahajan, 2010).

II. MARCO INSTITUCIONAL

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el Gobierno Federal decidió incorporar la seguridad del paciente en los diferentes documentos oficiales que involucran las políticas públicas en salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en su eje 3, inciso 3.1, quinto objetivo, a la letra señala: “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y *seguridad para el paciente*” y “*lograr que los mexicanos cuenten con servicios eficientes de salud y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo*”. El Programa Nacional de Salud 2007-2012, refiere en su tercer objetivo lo siguiente: “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, a través del cual el Gobierno propone mejorar las condiciones de salud de una población, para lo cual es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y que tomen en consideración la amplísima diversidad cultural del país.

Se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio incorrecto, prevención de caídas, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud; uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos; cambio de la cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.

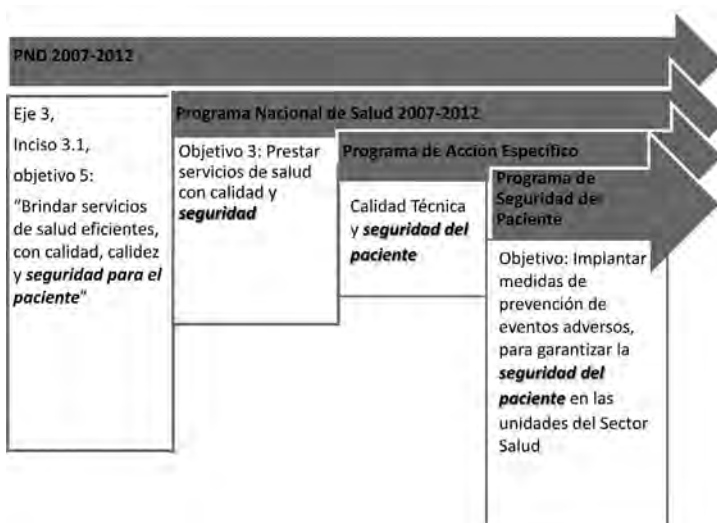
Estas acciones de carácter institucional forman parte del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y responden a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS), que en su artículo sexto plantea, entre otros objetivos del SNS, “[...] proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones previstas”.

Así mismo, en los artículos 50 y 51 de la LGS, se describen los derechos de los usuarios de los servicios de salud como “prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

En la etapa de planeación para la elaboración del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, se convocó al Foro Ciudadano de Calidad en Salud 2007, para escuchar la voz de la ciudadanía, de los profesionales y organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad. En materia de Seguridad del Paciente se propuso:

- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías, y con ello el ejercicio programático con el presupuestario.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.

FIGURA 1.
MODELO DE ALINEACIÓN DEL MARCO NORMATIVO.



- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de Calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y uso de información.

III. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En octubre de 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial por la seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse. La adhesión de México a estas políticas globales de seguridad del paciente y el cumplimiento del marco normativo antes mencionado, sirvieron de antecedente a la Secretaría de Salud para desarrollar a través de su Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (SS/DGCES, 2007).

Objetivo general

Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la Seguridad del Paciente en las unidades del Sector Salud.

Objetivos específicos

1. Promover proyectos de mejora, ajustados a las circunstancias adversas de cada hospital, para contener los riesgos, desarrollando además indicadores de Seguridad del Paciente que permitan evaluar el avance y proponer ajustes.
2. Difundir el conocimiento generado a partir de las investigaciones en materia de seguridad del paciente en nuestro país, así como de la información más actualizada relacionada con la prevención de los eventos adversos.
3. Ejecución del programa a nivel sectorial, evaluación y retroalimentación para la mejora continua.

Cabe señalar que, siendo la reducción de eventos adversos el principal objetivo del Programa de Seguridad del Paciente, y la cultura de seguridad el elemento o sustrato fundamental que lo puede hacer factible, estas dos líneas de trabajo resul-

CUADRO 1.
LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

<ul style="list-style-type: none"> • Campañas Sectoriales: • Está en tus manos • Cirugía Segura Salva Vidas • Bacteriemia Cero
• Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN)
• Uso Racional de Medicamentos (URM)
• Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínica (MBE-GPC)
• Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)
• Calidad en la Atención Odontológica (CAO)
• Calidad en la Atención Materna
• Cuidados Paliativos (PALIAR)
• Currícula de Calidad en la Formación de los Profesionales
• Desarrollo de cultura de seguridad en los establecimientos de salud
• Desarrollo de sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos en los establecimientos de salud

tan estratégicas para avanzar de manera sustancial en la seguridad de los pacientes en el SNS.

A continuación se describe cada una de esas líneas de acción, sus objetivos, metas e indicadores, así como el avance de éstos.

Campañas Sectoriales: Está en tus Manos, Cirugía Segura Salva Vidas y Bacteriemia Cero

México participa de manera activa para atender los tres retos globales de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, por medio de las tres Campañas Sectoriales: “Está en tus Manos”, “Cirugía Segura Salva Vidas” y “Bacteriemia Cero”.

Las acciones a emprender son:

- Desarrollar capacitación en cascada del personal responsable de las acciones de seguridad del paciente en las entidades federativas.
- Realizar una reunión sectorial con los responsables del proyecto de seguridad del paciente, con la finalidad de implementar las estrategias de Seguridad del Paciente a los hospitales bajo su responsabilidad.
- Evaluar los efectos favorables de la capacitación y realizar el desarrollo de ajustes necesarios para el cumplimiento de la meta.

Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN)

Objetivos:

- Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6.0 por cada 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel.

Objetivos específicos:

- Que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.
- Asociar al mayor número de hospitales del país al Modelo de Gestión de Riesgos para la Prevención y Reducción de Infecciones Nosocomiales (PREREIN).
- Promover la interrelación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en los hospitales.
- Compartir y difundir las experiencias y avances en la reducción de infección nosocomial en los hospitales del SNS.

Acciones propuestas:

- Elaboración de un modelo de gestión de riesgo en infecciones nosocomiales.
- Organización de reuniones de trabajo con los Líderes de Calidad y los enlaces institucionales para la integración o reactivación de los Comités de Infecciones Nosocomiales en los hospitales.
- Promover que los gestores de calidad de hospitales den seguimiento a las infecciones nosocomiales que se presenten.
- Vincular los esfuerzos de PREREIN con las acciones contenidas en el Proyecto de Seguridad del Paciente.
- Incluir en el proyecto las evidencias sobre el uso racional de antibióticos y difundirlos a través de los COCASEP.

Programa de Uso Racional de Medicamentos

Objetivo:

- Proponer estrategias que favorezcan el uso racional y el costo efectividad de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios.

Objetivos específicos:

- Impulsar el desarrollo de la profesionalización de los servicios farmacéuticos en los hospitales. Potenciar el desarrollo de unidades de far-

macias clínicas en los hospitales, reconociendo e incorporando al farmacéutico como parte del equipo de salud.

- Fomentar la creación del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) que coordine y supervise la política de medicamentos en los establecimientos de salud. Generalizar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria para garantizar la eficacia terapéutica y la reducción de costos.
- Promover estrategias para el acceso a la información a los profesionales de la salud y a los pacientes, para que reciban la información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos.

Acciones propuestas:

- Involucrar a las instituciones de educación superior y media superior para la formación de especialistas farmacéuticos que se incorporen en los servicios de salud para dar apoyo a la prescripción médica.
- Definición de las funciones de los COFAT, integrando directrices clínicas y fomentando la educación a los usuarios y pacientes. Garantizar una terapéutica racional mediante una selección **óptima** de los medicamentos que formarán parte del cuadro básico de cada hospital, mediante un análisis y valoración de la información científica de los mismos, atendiendo criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo, así como su utilización y los resultados en el paciente.
- Emitir recomendaciones para la organización y gestión de la Farmacia Hospitalaria para el desarrollo de servicios farmacéuticos, a partir de la implementación del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (“*unidosis*”).
- Difundir las guías elaboradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) e impulsar el desarrollo de guías terapéuticas que permitan el Uso Racional de Medicamentos.
- Identificar y promover los Centros de Información de Medicamentos o Centros de Información Toxicológica a través de las Instituciones de Salud y/o Educativas, para que el profesional de la salud reciba información objetiva, completa y actualizada sobre medicamentos para fomentar un uso racional de éstos.
- Impulsar recomendaciones para que el paciente reciba información objetiva, completa y actualizada sobre el uso adecuado de los medicamentos.

Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínicas (MBE-GPC)

Objetivo:

- Establecer los mecanismos de coordinación, mediante el consenso sectorial, las acciones que permitan desarrollar actividades de difu-

sión, modelo de capacitación, lineamientos para la implantación y el seguimiento para lograr el conocimiento y utilización de las *Guías de Práctica Clínica* desarrolladas e incluidas en el Catálogo Maestro.

Objetivos específicos:

- Distribuir las Guías elaboradas por el CENETEC en las unidades de atención a la salud, de acuerdo a su nivel resolutivo.
- Brindar capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del SNS.
- Promover el uso de protocolos de atención médica.

Acciones propuestas:

- Integración de los grupos Cochrane en el país para homologar criterios en la selección de las mejores alternativas de decisión médica mediante un análisis comparativo de la mejor evidencia disponible.
- Definición y difusión de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible así como de un modelo de gestión clínica.
- Difusión de las Guías en las unidades de atención a la salud de acuerdo a su nivel resolutivo.
- Desarrollar programas de capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica, en las unidades médicas del SNS.

Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)

Objetivo general:

- Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la aplicación de procesos de atención en enfermería o planes de cuidados.

Objetivos específicos:

- Identificar las mejores prácticas en la atención de pacientes para promover su generalización en el ámbito interinstitucional y nacional.
- Compartir hallazgos de experiencias exitosas sobre la aplicación de planes de atención de enfermería, en las unidades médicas del SNS, destinados a mejorar la calidad de la atención de enfermería.
- Promover la implementación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del Sistema de Salud, a fin de estandarizar los cuidados de enfermería.

- Contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de enfermería y la seguridad de los pacientes a partir de la estandarización de los planes de cuidados de enfermería.
- Constituir un instrumento técnico normativo que permita a los profesionales de la Enfermería, documentar y comunicar la situación del paciente y la evaluación de los cuidados.
- Homologar la práctica profesional de Enfermería, sin que esto impida brindar un cuidado individualizado que favorezca la continuidad en la atención de los pacientes y con la menor variabilidad en el plan terapéutico establecido por el equipo de salud. Con ello se pretende disminuir la probabilidad de producir eventos adversos.

Acciones propuestas:

- Difusión de las guías de planes de cuidados de enfermería en las unidades de atención a la salud, según su nivel resolutivo.
- Promover la participación de las áreas de enfermería en los COCASEP.
- Promover la implantación en las unidades médicas del SNS, de los indicadores de enfermería incluidos en el Sistema INDICAS.
- Difundir la importancia de la estandarización de los cuidados de enfermería y calidad de los registros clínicos de enfermería, de conformidad con la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, como parte sustantiva del expediente clínico.
- Promover la participación de las unidades de enfermería en los apoyos financieros a la capacitación en calidad, y compromisos de calidad en acuerdos de gestión que anualmente convoca la DGCES por medio de SICALIDAD.

Calidad en la Atención Odontológica (CAO)

Objetivo general:

- Integrar y adecuar a la Estomatología en la estrategia integral de calidad del SNS, para proporcionar seguridad al paciente, brindar atención de calidad y crear un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional.

Objetivos específicos:

- Promover la regulación y ordenamiento de la actividad de todo el personal asistencial, auxiliar y técnico que se relacionen con el ejercicio de la odontología.
- Lograr elevar la calidad de vida y seguridad del paciente odontológico, mediante acciones de mejora continua, la aplicación de la odontología basada en evidencia y la difusión de la normatividad entre los profesionales de la salud bucal.

- Integrar a las Instituciones formadoras de recursos para la elaboración de propuestas que actualicen los programas de estudio vigentes, según las necesidades de atención odontológica de la población.
- Homologar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia, contribuyendo a minimizar los errores derivados de dicha práctica.

Acciones propuestas:

- Involucrar a los grupos gremiales en un proceso único de certificación en el Sistema Integral de Calidad en Salud; promoción y difusión de las acciones implementadas para mejorar la calidad de los servicios odontológicos en el país.
- Propiciar la incorporación en la malla curricular de las instituciones educativas formadoras de los profesionales de la salud bucal; aplicación y conocimiento de modelos de gestión de calidad en la formación profesional.
- Participación en el diseño, así como la difusión de guías de práctica clínica odontológica basadas en la mejor evidencia disponible.
- Diseñar y promover la mejora en los centros de atención buco-dental al contexto de la atención odontológica pública y privada, para gestionar los riesgos, desarrollando además indicadores para la evaluación de calidad asistencial mínima requerida.
- Homologar los criterios que permitan elaborar el Expediente Clínico Unificado y de Calidad en Estomatología, con el que se pueda contar en el SNS.

Calidad en la Atención Materna

La mortalidad materna relacionada con el embarazo es uno de los problemas centrales en nuestro país asociados con la deficiente calidad en la atención. La estrategia de SICALIDAD dirige sus esfuerzos, en colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a rescatar y difundir aquellas buenas prácticas y experiencias que mejoren la atención materna y neonatal, amén de contribuir a reducir la razón de mortalidad materna.

Objetivo general:

- Incorporar en la agenda de las instituciones del SNS, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica dirigidos a la prevención de muerte materna.

Objetivos específicos:

- Institucionalizar el proyecto de calidad para la prevención de muerte materna mediante su inclusión en los niveles directivos y operativos del SNS.

- Apoyar el proyecto de calidad en la atención materna, mediante la difusión de guías de práctica clínica, con apoyo y reconocimiento a buenas prácticas del personal involucrado en la atención obstétrica.
- Instrumentar y supervisar el proyecto, identificando oportunidades de mejora en materia de calidad y la adherencia a las recomendaciones en atención obstétrica, especialmente en la enfermería obstétrica.

Acciones propuestas:

- Participación de los Responsables Estatales de Calidad en los Comités Estatales de Mortalidad Materna y Perinatal, y en los Grupos de Atención Inmediata a la Defunción Materna (AIDEM), informando en los Comités Estatales de Calidad.
- Inclusión de indicadores de calidad para la atención obstétrica en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Incentivar experiencias exitosas de atención a la mujer embarazada mediante el Premio a la Innovación de la Calidad, compromisos de la calidad en Acuerdos de Gestión y el Programa de Capacitación en Calidad.
- Incluir criterios relacionados con la prevención de la muerte materna en la cédula del nuevo Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad, y en el Programa de Supervisión en Acreditación.
- Incorporar, a los planes de mejora en los COCASEP, propuestas destinadas a la mejora del trato, resolución y emergencia obstétrica.

Cuidados Paliativos (PALIAR)

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación terminal.

Objetivos específicos:

- Impulsar la existencia de un programa de cuidados paliativos, de carácter integral e interdisciplinar en los hospitales de mediana y alta complejidad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal y de sus familias, mediante la homologación de protocolos de atención al dolor, apoyo tanatológico y atención domiciliaria.
- Compartir y difundir buenas prácticas, regular el desarrollo de los cuidados paliativos y apoyar la capacitación y profesionalización del equipo de salud.

Acciones:

- Desarrollo de un plan nacional de cuidados paliativos (PALIAR) que implique que los hospitales cuentan con un programa de cuidados paliativos para pacientes en situación terminal.

- Apoyar la publicación de una NOM de criterios para cuidados paliativos, que regule la atención a pacientes en situación terminal.
- Establecer un grupo técnico para la formulación de criterios, recomendaciones de buena práctica y construcción de indicadores, para Cuidados Paliativos.
- Desarrollo de acciones de capacitación vinculadas a SICALIDAD, para la operación de programas de cuidados paliativos para pacientes terminales y de alternativas a la hospitalización.
- Evaluación de los resultados de implantación del modelo y generación de espacios para compartir experiencias destacadas.

Currícula de Calidad en la formación de los profesionales

Objetivo general:

- Incorporar a los programas docentes de pregrado y posgrado de Enfermería, Trabajo Social y Medicina, una materia dedicada a la calidad en los servicios de salud.

Objetivos específicos:

- Elaboración de una propuesta del Programa Docente de calidad en la atención a la salud.
- Desarrollo de “experiencia semilla” en instituciones académicas para la validación del Programa Académico de calidad en la atención a la salud.
- Lograr la implantación del módulo o materia de calidad y seguridad del paciente en la atención a la salud en el máximo de unidades docentes de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Psicología y otras profesiones de salud.

Acciones propuestas:

- Creación de un grupo de consenso sobre las características de los programas docentes en materia de calidad en la atención a la salud.
- Establecer acuerdos con las autoridades de instituciones educativas de pregrado y posgrado, especialmente de Medicina y Enfermería, para incluir una materia de calidad en sus programas de estudios, como parte de la currícula de sus egresados.
- Homologar, mediante la capacitación y el adiestramiento oportuno, al profesorado responsable de la currícula de calidad.
- Actualizar los programas docentes con que se cuenta en el seno de la comunidad académica, bien sea que aborden tangencial o principalmente el tema de la calidad en la atención a la salud.

- Difundir experiencias de programas docentes idóneos, contenidos y referentes bibliográficos, así como de casos documentados que refuerzen y consoliden la preparación en calidad en la atención a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Beckmann U, Baldwin I, Hart GK, Runcimans W, “The Australian incident monitoring study in intensive care”, *Anesthesiology Intensive Care*, 1996. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/5917/1/hdl_5917.pdf.
- Brennan TA, Leape LI, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, “Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I”, *N Engl J Med*, 1991 Feb 07. [Acceso: 30-03-2012]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>.
- Ceriani-Cernadas JM, “La OMS y su iniciativa ‘Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente’”, *Arch Argent Pediat*, 2009; 107(5):385-6. [Acceso: 20-08-2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001.
- Cohen MR, “Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors”, *BMJ*, 2000; 320 (7237). Disponible en: <http://www.bmj.com/content/320/7237/728>.
- Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty’s Stationery Office. *An organisation with a Memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer*, Londres, Ministerio de Salud, 2000. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf.
- González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MF, Rial A, Lago- Deibe FI *et al.*, “Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial”, *BMC Family Practice*, 2011. [Acceso: 10-07-2012]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-50.pdf>.
- Heinrich HW, *Industrial accident prevention: a scientific approach*, Nueva York y Londres, McGraw-Hill, 1931. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: <http://www.library.wisc.edu/selectedtocs/ca4563.pdf>.
- Leape LI, Brennan TA, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA *et al.*, “The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II”, *N Engl J Med*, 1991 Feb 07. [Acceso: 29-04-2012]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>.
- Mahajan RP, “Critical incident reporting and learning”, *British Journal of Anaesthesia*, 2010; 105(1):69-75. [Acceso: 10-08-2012.] Disponible en: <http://bjaoxfordjournals.org/content/105/1/69.full.pdf+html>.
- Ministerio de Salud de Chile, *Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela*, Santiago, 2011. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575-articles-6921_Norma.pdf.

- Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS, *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009. [Acceso: 19-07-2012.] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
- OMS, *Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura*, Ginebra, OMS, 2012.
- _____, *Marco conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1*, Ginebra, OMS, 2009 Ene. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- _____/The Joint Commission, *Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, Ginebra, OMS, 2007 Mayo.
- OMS, *59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional (Serie A59/22)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
- _____, *55ª Asamblea Mundial de la Salud. Tercer informe de la Comisión A (Serie A55/52)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf.
- Runciamani W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P, "Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms", *Intqhc*, 1993 Oct. [Acceso: 30-07-2012.] Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.short>.
- Secretaría de Salud (SS)/DGCES, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud*, México, SS, 2007.
- Suñol R, Bañeres J, "Conceptos básicos sobre seguridad clínica", *Mapfre Medicina*, 2003 Sep 11; 14(4):265-9. [Acceso: 17-07-2012.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.